

Conseil Départemental de la Citoyenneté

Et de l'Autonomie de l'Indre

Séance plénière du 26 mars 2018

Avis sur le projet régional de santé

Le CDCA a adopté à l'unanimité moins 3 abstentions l'avis sur le projet régional de santé ci-dessous

1) Concernant le cadre d'orientation stratégique.

Si le diagnostic est une fois de plus posé, l'approche régionale ne prend pas suffisamment en compte la diversité régionale entre l'axe ligérien (départements 37 et 45) et les deux départements berrichons caractérisés par une population plus rurale et vieillissante. La définition d'une politique régionale ne peut s'amender d'une analyse fine des besoins des différents composants de la région, notamment dans une région telle que la nôtre où, comme il est très justement noté, de fortes disparités entre les zones urbaines et les zones rurales sont constatées. Les zones rurales sont de plus en plus dépourvues de services publics de proximité. Médecins, kinésithérapeutes, se déplacent le moins possible au domicile. Pour consulter, il faut se déplacer mais comment quand on ne peut être véhiculé ? Les transports sont en déshérence et les autorisations d'utilisation de VSL ont été considérablement réduites. Un aménagement du territoire ne peut favoriser les seules métropoles au détriment des zones rurales sans aggraver encore les inégalités territoriales.

Il est nécessaire de préciser la notion de territoire telle qu'elle est entendue ici, infrarégionale, infra-départementale, à l'échelle des Conseils Territoriaux de Santé ? L'approche « *territorialisée et priorisée* » s'impose dans une logique de proximité réelle (infra-départementale).

Nous observons que cette volonté, affirmée dans le cadre d'orientation stratégique, n'apparaît peut-être pas suffisamment explicitée dans les différents objectifs du Projet Régional de Santé.

Le contexte économique et social a aussi amené la population plus jeune à quitter notre département en raison en particulier de l'insuffisance d'emplois qualifiés d'où un éloignement des enfants et petits-enfants pesant sur une population âgée plus isolée et moins soutenue en proximité par les aidants naturels. Ce contexte pèse aussi sur la solidarité intergénérationnelle dans le sens descendant.

L'isolement conduit à un accompagnement très insuffisant faisant peser sur les aidants des charges considérables sans qu'ils bénéficient d'aides adaptées. Le HCFEA a analysé les besoins des aidants et émis plusieurs propositions de réponses. Elles passent par un accompagnement médical,

psychologique, par la mise à disposition de services de proximité, par la mise en place d'un congé de proche aidant de droit et indemnisé (comme le congé parental pour le jeune enfant).

Le plan régional de santé affirme la volonté d'une ambition partagée. Mais que vaut un plan dont les actions ne sont pas accompagnées d'un plan pluriannuel de financement.

Déjà combien de lois et règlements insuffisamment ou pas financés n'ont pas atteint les objectifs ? Si les lois de financements de la sécurité sociale n'intègrent pas les financements nécessaires à l'ensemble des objectifs des projets régionaux de santé chaque année, (alors que l'on constate depuis plusieurs années que des crédits de la CNSA sont retirés de leur destination pour pallier aux insuffisances de crédits de la loi de financement de la sécurité sociale) combien de temps va être consacré par les diverses parties prenantes en réunions multiples pour essayer de pallier aux insuffisances en appelant à l'effort les intercommunalités et les communes (dont ce n'est pas la mission) alors qu'en même temps, l'Etat réduit leurs dotations ?

La mobilisation des ressources telles qu'appelées pour une coordination renforcée des politiques publiques au service du citoyen ne peut faire abstraction des données budgétaires. Les développements des axes stratégiques reposent sur cette condition.

Nous notons aussi dans les axes « favoriser *l'inclusion* pour les personnes malades ou en situation de handicap ». Cette donnée se retrouve aujourd'hui dans de nombreuses orientations. Mais que sous-entend politiquement *l'inclusion* ? Si inclusion entend une meilleure intégration, pourquoi alors retarder les échéances pour mettre en conformité d'accessibilité les espaces publics, les transports, l'adaptation des bâtiments. Et combien d'autres situations : démarches imposées par le numérique, plateformes téléphoniques (y compris pour les rendez-vous chez les professionnels de santé) etc.

L'objectif positif d'une société plus inclusive ne doit pas, en étant affichée comme solution privilégiée masquer les réalités des insuffisances dans l'accompagnement des personnes âgées, des personnes handicapées et des malades (plus particulièrement ceux touchés par des maladies mentales).

Concernant l'axe 3 réduire les inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé, nous ne pouvons que rêver d'atteindre des objectifs.

- *Mieux coordonner les politiques publiques influant sur la santé*

Que de structures mobilisant de très nombreux secteurs pour une efficacité relative tant les déterminants essentiels leur échappent. Que d'injonctions contradictoires rendent impossible la mise en œuvre d'une réponse adéquate.

- *Agir sur les principaux risques environnementaux*

La prévention est toujours bonne mais là aussi dans un environnement où les pesticides sont tolérés, ou la qualité de l'alimentation se pose, une réflexion nationale, européenne et mondiale s'impose.

- *Promouvoir une logique territoriale d'organisation de l'offre de santé et faire face au défi de la démographie des professionnels de santé*

Sans des mesures coercitives sur l'installation des médecins, comment assurer un maillage du territoire. Aussi sur le statut des médecins. La médecine libérale est-elle la seule réponse ?

Combien de maisons de santé sans médecins ou avec des médecins à temps partiel

Combien d'EHPAD sans médecins coordonnateurs, avec un nombre de médecins prescripteurs insuffisants

Il est nécessaire d'augmenter le numérus clausus des professionnels de santé : médecins mais aussi infirmiers, kinésithérapeutes, aides-soignants.

2) Concernant le Schéma Régional de Santé

Dans la logique des points évoqués ci-dessus, le sentiment général après une première lecture des éléments du Schéma Régional de Santé, est celui d'une approche beaucoup trop « Méta » pour prendre suffisamment et précisément en compte les disparités qui peuvent exister entre les différents départements de la région centre.

Axe inégalités territoriales et environnementales de santé

Chapitre 1 coordination des politiques publiques

Que de structures mobilisant de très nombreux secteurs pour une efficacité relative tant les déterminants essentiels leur échappent. Les modalités de mise en œuvre dressent un catalogue d'intentions mobilisant de nombreux secteurs en tension pour une efficacité incertaine. La signature de contrats locaux de santé risque de présenter un affichage trompeur pour la population.

Chapitre 2 inégalités environnementales

Les modalités de mise en œuvre dressent un catalogue de mesures dont l'application engage des responsabilités multiples non coordonnées et soumises aux réglementations nationale et européenne en vigueur lesquelles ne répondent pas aujourd'hui aux problématiques énoncées.

Axe accès au système de santé

Chapitre 1 : prévention -promotion de la santé

L'intervention précoce et universelle en direction des populations commence dès le plus jeune âge. Si la petite enfance reste accompagnée par les PMI, dès l'entrée en milieu scolaire cet accompagnement est très insuffisant quand il n'est pas absent. Pas de médecin scolaire dans notre département, à tel point que les visites obligatoires ne sont pas assurées. Pas davantage d'accompagnement par des infirmiers. Or la première prévention passe par le contrôle de la vue, de l'audition et l'hygiène bucco-dentaire.

Qui va contrôler que les vaccinations obligatoires sont bien effectuées ?

Comment introduire au mieux au sein de la Communauté Educative les applications des progrès des connaissances des possibilités du Cerveau des Humains, connues maintenant sous le nom de " NeuroCognitif ou Des Sciences Neuro Cognitives "malheureusement en partie toujours contestées par le tout " psychanalytique ".

Ces connaissances permettant des dépistages dès " la Maternelle" mais surtout dans les premières années de Scolarité Primaire amenant ainsi une meilleure prévention et une aide complémentaire aux Rééducations, cet ensemble d'Actions suivi le long de la scolarité seront un gage d'une diminution du trop grand nombre d'élèves sortant du milieu scolaire sans diplôme.

Comment aussi tenir compte des progrès de compréhension des Troubles Autistiques permettant de bénéficier au mieux pour notre département des possibilités offertes par les divers » Plans Autismes ".

La prévention en collège et lycée suppose une information sur les addictions (alcool, drogue, dopage, jeux vidéo, sexualité). Elle repose sur les seuls professeurs et les infirmiers d'établissements (là aussi quand il y en a en nombre suffisant).

La promotion de la santé mentale est aussi essentielle et doit débiter en milieu scolaire. La santé mentale reste encore taboue tant elle fait peur. Or les évolutions de notre société, les ruptures familiales, les conséquences de consommations d'alcool et de drogues accélèrent les risques et la prévention est loin d'être à la hauteur des enjeux.

Cela passe aussi par une prise en compte des risques psychosociaux dans tous les milieux professionnels privés et publics. Or la médecine du travail voit son rôle réduit. Bon nombre d'employeurs privés comme publics ne disposent plus de médecins du travail dont le rôle de prévention

et d'alerte est primordial. Les plus petites entreprises, les artisans, les commerçants, les agriculteurs doivent se conformer à la législation. Les indépendants n'ont pas accès à la médecine du travail. Que dire aussi de l'Education Nationale qui n'accompagne pas ses enseignants dans ce domaine.

L'accent doit aussi être mis sur la prescription et l'usage des médicaments : prévenir les risques de sur médication, iatrogénie, procédures et protocoles de soins éthiquement acceptables.

La notion abordée page 10 du COS concernant les valeurs affirmées pour une meilleure prise en compte de la santé doit être dépassée ; la question de la responsabilité individuelle et collective ne pourra constituer une action viable et mesurable que dans l'optique de la possibilité pour tout un chacun d'avoir son mot à dire sur les choix opérés en la matière, moyens, formations, accueil, conditions de travail, etc... Dans ce cadre, la notion du juste coût en limite déjà grandement les ambitions.

Limiter son ambition au seul fait de « réduire l'impact sur la santé des inégalités sociales » sans s'attaquer à celles-ci est réducteur. Pourtant le COS inscrit page 16 le principe d'action « privilégier l'action sur les déterminants de l'état de santé de la population ». Mais n'apparaît nulle part la nécessité et les moyens d'amélioration d'un déterminant essentiel, les conditions de vie (conditions d'accès à une saine nourriture, à un logement décent, à un lieu de travail pas trop éloigné, à un service public, aux conditions de travail elles-mêmes). Dans les résultats attendus à 10 ans n'apparaissent quasiment qu'alcool et tabac !

Chapitre 2 : personnes vulnérables démunies

Il apparaît nettement dans les éléments de diagnostic du PRAPS et particulièrement au sujet des taux de pauvreté, que l'approche régionale doit intégrer la spécificité de l'écart constaté entre les éléments économiques et sociaux du nord de la région centre, (l'axe ligérien) et le sud de cette dernière (Indre et ouest du Cher).

Ainsi, si, en moyenne, la région Centre Val de Loire fait partie des 5 régions françaises les plus riches avec un taux de pauvreté s'établissant à 12.3% (ensemble en 2012), il convient de bien prendre en compte le fait que le Cher et l'Indre présentent un taux de pauvreté entre 14 et 20% (carte p10 du doc PRAPS).

Actualisé à 2014, Le taux de pauvreté (moyenne départementale) de l'Indre s'est établi à 14.6%¹, soit légèrement supérieur à la moyenne France hexagonale 2012. La part médiane du revenu disponible est la plus faible de l'ensemble des départements de la région centre.

La question de l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis doit particulièrement intégrer ces éléments de diagnostic. De même, il apparaît qu'une articulation étroite des déclinaisons départementales du PRAPS

¹ Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-36>

avec les orientations des Plan Départementaux d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées doit être privilégiée.

Chapitre 3 : évolution de l'offre sanitaire

La description de l'objectif ne peut faire abstraction de la grave désertification médicale et paramédicale dont souffre notre département. Plus de 15000 personnes sans médecin traitant. Des délais d'attente de plusieurs mois à plus d'un an pour consulter un spécialiste. Un impact sur le recours aux services d'urgence pour simplement renouveler des ordonnances.

Les services d'urgence sont débordés par des pathologies qui devraient être traitées en médecine de ville si celle-ci avait une organisation assurant la continuité des soins la nuit et les week end.

Toutes les structures énoncées ont été installées par de très nombreuses communes et intercommunalités. Mais combien ne sont pas dotées des professionnels de santé attendus malgré les efforts d'aide consentis par le conseil départemental, les communes et intercommunalités.

Rien ne peut se faire sans des mesures contraignantes. Les Indriens s'acquittent comme chaque français de leurs contributions aux impôts comme de leur cotisation sociale sans bénéficier en retour de l'offre sanitaire qu'ils sont en droit d'attendre.

Les soins palliatifs ne reposent que sur une seule équipe et ils ne parviennent pas à répondre à la demande. En fin de vie, des décès surviennent avant que le service n'ait pu intervenir. De même quand l'accompagnement est nécessaire pour franchir une étape difficile de la maladie.

Le soutien aux professionnels de santé isolés ou coordonnés repose une fois de plus sur des services assurés par le conseil départemental qui s'ils doivent être encore développés se feront sur des crédits qui n'engageront pas l'Etat. La mise en place de services numériques notamment les outils de télémedecine ne seront un plus que quand un personnel compétent sera à chaque bout de la chaîne (infirmière et médecin). La coordination des soins suppose aussi que les actes correspondants soient codifiés en temps par la sécurité sociale.

L'organisation des soins non programmés suppose que les cabinets médicaux soient ouverts hors des plages horaires de travail des salariés en général pour qu'ils puissent consulter en sortant du travail, que les secrétariats soient mieux formés à l'écoute du patient demandeur afin de ne pas opposer un barrage systématique à la demande.

Concernant l'optimisation du parcours de l'utilisateur, la plateforme via trajectoire ne doit être qu'un outil et non traduire des mesures d'injonctions qui vont à l'encontre du respect de la personne et de la recherche de son consentement tels que définis par la loi.

Les recompositions hospitalières ne doivent pas aboutir à la suppression systématique des services de proximité. Certains territoires sont éloignés de plus de 60 km du centre hospitalier le plus proche. Un premier accueil d'urgence et d'orientation doit demeurer en proximité.

La finalité du GHT ne doit pas être la mutualisation à tout prix pour une économie de coût plus que pour la réelle efficacité de l'organisation.

Le département se trouve face à une importante pénurie de médecins généralistes et spécialistes. Étant obligé de faire appel à des compétences hors département (spécialistes), cela amène à des hospitalisations et des soins sur les départements limitrophes qui sont dotés de CHU, au détriment des établissements du département qui se retrouvent avec des lits vacants (rentabilité).

En conséquence, cela amène à une désertification plus importante du département de l'Indre.

Chapitre 4 : évolution de l'offre médico-sociale

Le chapitre IV présentant l'évolution de l'offre médico-sociale nous paraît devoir être abordé avec des notions beaucoup plus précises et explicites pour que les différents objectifs opérationnels puissent être envisagés avec une perception plus claire des impacts qu'ils auront sur l'organisation et les fonctionnements actuels, sur les équipements qui existent aujourd'hui et les conséquences sur ces équipements (notamment concernant l'accueil des publics et l'emploi).

En matière de politique relative aux personnes handicapées, les objectifs d'inclusion et de prévention qui sont avancés doivent être salués. Ils rencontrent une attente profonde des personnes handicapées d'accéder enfin à la reconnaissance de leur place pleine et entière au sein de notre société. Pour autant la manière de réaliser cet objectif n'apparaît pas clairement.

Ainsi, quand est évoquée la question de l'inclusion pour **les adultes ou les enfants en situation de handicap**, l'objectif de diversification des accompagnements à domicile, l'évolution du fonctionnement des SAVS et SAMSAH afin de répondre à l'ensemble des besoins, le développement des modalités d'accompagnement des enfants en scolarité ordinaire et dans l'ensemble des activités périscolaires ne sont pas précisés ? est-ce que ce ne sont pas là des modalités d'accompagnement graduées, permettant une société inclusive ? Quel serait, alors, l'équipement plus inclusif que ce que proposent ces services ?

Il est observé qu'une approche plus volontariste doit pouvoir être recherchée concernant l'accompagnement des parents d'enfants en situation de handicap. Le moment de l'annonce du handicap ou de la maladie sont des temps sur lesquels il convient de travailler, y compris en termes de pré-

vention pour la bonne prise en charge à venir de l'enfant. Concernant la prise en charge, il est observé qu'il est important de respecter les choix de vie de l'intéressé ou des parents et de l'enfant concernés.

Concernant les aidants, il est observé que la notion de répit ne doit pas obligatoirement sous-tendre une idée de séparation de l'aidant et de l'aidé. D'autres formes de soutien, psychologique, par la médiation, peuvent aussi être envisagées. Il convient également de ne pas négliger le fait que le soutien à l'aidant, quel que soit sa forme, pourra potentiellement avoir un impact sur l'aidé (incursion dans l'intimité par exemple quand c'est un tiers extérieur qui intervient en soutien à l'aidant).

Il est également observé que le PRS n'aborde peut-être pas suffisamment les carences de réponses en matière de transport et d'accessibilité. L'accès à certains professionnels de santé déjà rares dans notre département (ophtalmo, dentistes etc...) est encore souvent rendu difficile par une inadaptation architecturale de leurs locaux (marches, locaux exigus). Les personnes souffrant de maladies évolutives et invalidantes, qui utilisent des fauteuils électriques et doivent se déplacer hors département pour leurs soins ont beaucoup de difficultés à trouver des transports adaptés (TPMR).

Enfin, le PRAPS doit aussi considérer que parmi les personnes en grande précarité, se trouvent également des personnes en grande dépendance ainsi que leurs aidants. Le cumul des deux « handicaps » génère bien souvent des situations d'isolement extrêmes.

Concernant **les personnes âgées** la sécurisation et la qualité de la vie à domicile repose sur des services d'aide à domicile en grandes difficultés (difficultés de recrutement, métiers difficiles insuffisamment reconnus et rémunérés souvent précaires en raison de la variation permanente de la demande, reste à charge croissant pour les usagers, couverture insuffisante des coûts de ces services par les financeurs).

Si les SSIAD répondent aux besoins, le nombre de lits est insuffisant pour répondre à la demande et renvoie les malades qui n'ont pu être pris en charge vers un accompagnement classique qui outre une coordination très perfectible entraîne un reste à charge pour le patient. Il n'y a donc pas égalité de traitement sur le territoire.

Concernant les EHPAD la crise latente de leurs situations éclate aujourd'hui au grand jour. Cette crise est parfaitement posée par le rapport parlementaire de Mme IBORRA et Mme FIAT (présenté le 15 mars) et ne peut être ramenée au seul problème de management comme l'avait indiqué Mme la ministre des solidarités. Le rapport parlementaire fait 31 propositions. Même si ce rapport n'engage pas l'exécutif, le gouvernement a mis

en place des groupes de travail sur l'évolution des personnes accueillies, l'évolution du modèle EHPAD , réfléchit à des réponses concernant les rémunérations des personnels, Donc toute cette partie du PRS est déjà dépassée en grande partie.

La problématique du vieillissement de la population (et la perte progressive d'autonomie en découlant) apparue dramatiquement lors de la canicule de 2003 n'a hélas reçu aucune réponse politique à la hauteur de l'enjeu de société qu'elle représente. Les mises en place des nouvelles procédures de tarification ont encore ajouté aux difficultés aggravant de fait les conditions d'accompagnement et de soins des résidents. Une mission est en cours sur ce sujet.

Concernant les systèmes d'information, la liberté laissée aux établissements pour se doter de logiciels entraîne des difficultés multiples de compatibilité avec les partenaires dont les médecins. La multiplicité des intervenants ne garantit pas la pérennité des logiciels ni la sécurisation des données. Pour être opérant un effort de formation des personnels est indispensable. Il ne peut se faire sans être compensé pour assurer la continuité du service au quotidien auprès des résidents.

L'objectif opérationnel n°2 vise à « améliorer l'équité dans la répartition de l'offre médico-sociale sur les territoires, pour privilégier la réponse aux besoins de proximité »

La question doit-elle être de viser à améliorer l'équité dans la répartition de l'offre ? ou bien de s'assurer que l'offre existante répond aux besoins du territoire considéré au temps T et en projection justement mesurée.

Ainsi la comparaison entre « départements mieux dotés et département les moins dotés »² ne semble pas être une approche qui pose justement la question des besoins du territoire.

« L'amélioration de l'équité », si elle doit bien permettre une réelle adaptation des moyens aux besoins, dans un contexte bien perçu de contraintes budgétaires, doit aussi tendre à une réelle efficience de la transversalité des politiques publiques aux besoins des publics les plus fragiles.

Les indicateurs de résultat mesurant les écarts de taux d'équipement entre le département le plus et le moins doté ou les écarts de coûts/habitant ne nous semblent pas être ceux qui permettront d'évaluer le plus justement l'objectif d'amélioration de l'équité, notamment pour les départements qui sont concernés par une baisse importante de leur démographie.

² P57

Pour un avis éclairé concernant ces objectifs, il serait nécessaire que les données des diagnostics départementaux, données initiales et objectifs à atteindre, soient précisément présentés dans le PRS.

Chapitre 6 attractivité des territoires pour les professionnels de santé

Le département de L'Indre fait partie des territoires frappés par la désertification médicale.

Le nombre de médecins libéraux généralistes installés ne cesse de diminuer. De plus de 200 il y a quelques années, ils sont à peine plus de 150 aujourd'hui. Les nouvelles installations ne compensant pas les seuls départs à la retraite, 65 % des médecins généralistes ayant plus de 55 ans, l'effectif atteindrait un peu plus de 110 généralistes pour une population de 230.000 habitants à court terme.

L'accès aux soins n'est plus assuré pour une part croissante de la population et se détériorera encore plus à l'avenir. Concrètement, à chaque départ à la retraite de généraliste, c'est au moins 1.000 patients (sans compter les visites effectuées en EHPAD) qui doivent retrouver un médecin référent. La plupart de ceux qui restent ne peuvent déjà plus accepter de nouveaux patients faute de places... et les patients sans médecin référent se comptent déjà par milliers. La situation des médecins spécialistes est tout aussi préoccupante avec des délais d'attente qui se comptent en mois, voire en semestre.

Ce contexte médical est évidemment d'autant plus dramatique que la population du département est plus rurale, plus âgée et plus précaire que les « moyennes nationales » qui servent aujourd'hui de règle d'or aux politiques publiques.

Il est indéniable que d'ici quelques années, les « indicateurs » utilisés pour mesurer « les inégalités territoriales de santé » (et qui sont déjà préoccupants) témoigneront aux administrations de la santé ce que les élus locaux savent et disent déjà : on constatera une hausse de la mortalité prématurée, des pathologies chroniques, une baisse de l'espérance de vie, etc.

Les acteurs locaux ont développé des initiatives afin de lutter contre cette désertification, toutefois seules des décisions nationales pourront réellement réguler cette situation car le déficit observé sur de nombreux territoires en matière de santé trouve sa cause essentielle dans la mauvaise répartition spatiale des médecins en France.

Les parcours spécifiques

La mise en place de plans spécifiques à diverses pathologies et handicaps doit s'inscrire dans le maintien des personnes concernées dans le cadre de vie général de l'ensemble de la population. L'affirmation du spécifique va à l'encontre de l'*inclusion* que le PRS affirme.

Des réponses doivent être apportées pour intégrer avec des moyens adaptés et suffisants les malades mentaux dits stabilisés, les personnes âgées en milieu carcéral, les malades du SIDA vieillissants. Aucune anticipation

n'a été pensée dans ce domaine et ainsi ces personnes intègrent des établissements non préparés, non dotés de personnels en nombre suffisants et formés (particulièrement les EHPAD).

La santé mentale reste une fois de plus le parent pauvre du plan (une seule page dans le document). Les moyens dont elle dispose ne sont pas dignes de notre société « sécuritaire ». La société s'insurge quand un drame résultant de risques non mesurés, analysés, anticipés survient. Mais un accompagnement médical adapté et respectueux a un coût qu'il faudra bien assumer. Les places en MAS UGECAM sont saturées et ne permettent pas d'accueillir toutes les orientations en MAS à vocation psychiatrique (qui représentent un tiers des orientations). Il manque des places en accueil temporaire.

Près d'un tiers des adultes souffrant de troubles psychiques ou des patients atteints de pathologies psychiatriques n'ont pas accès aux soins. Notre éloignement des centres experts comme Limoges, Bordeaux, Clermont Ferrand et Lyon ne facilite pas le suivi des personnes concernées qui sont écartées des dispositifs contribuant au rétablissement. Pourquoi ces personnes ne peuvent pas bénéficier des accompagnements dans ces lieux précités ? La psychiatrie locale n'a pas accès à toutes les techniques disponibles (réhabilitation, psychoéducation, remédiation cognitive) permettant de provoquer l'implication de la personne souffrante et sa réinsertion sociale (un élément d'inclusion). Les aidants ne disposent pas de services d'accompagnement (quasi inexistant) et les structures foyers et EHPAD ne sont pas adaptées pour cette population. Si le département ne devient pas attractif, nous n'aurons plus de psychiatres formés en France sur Gireugne.

Les risques psychosociaux en évolution doivent être regardés du point de vue de la prévention comme des soins. Des professions comme les psychologues et les psychothérapeutes non reconnues par les caisses maladies participent à la prévention comme aux soins. La charge de ces consultations restreint l'accès à ces soins.

En conclusion, le schéma régional de santé dresse un diagnostic et une projection des disparités en infrarégional. Sans se doter de l'objectif de mettre en œuvre des actions pour inverser ces tendances, la phrase « donnons-nous rendez-vous dans 10 ans » incite peu à l'optimisme.