

Sous la Présidence de : M. Christian MONTEIL, Président du Conseil Général

Vice-Présidents :	M. MUDRY, M. de MENTHON, M. BARDET, Mme CAMUSSO, M. DUVERNAY, M. BOUCHET, M. MOGENET, M. HEISON, M. BAUD-GRASSET, M. RABATEL
Présents :	
Autres membres :	M. PUTHOD, M. PEILLEX, M. BEL, M. AMOUDRY, M. MORAND, M. PITTET, M. ZORY, M. MARTIN, M. VIELLIARD, M. NEURY, M. GALLAND
Absent(s) Représenté(s) :	
Absent(s) excusé(s) :	M. CHAVANNE, M. EXCOFFIER, M. JEANTET, M. LOSSERAND, M. MIVEL, M. RIGAUT, M. SONNERAT

Membres en exercice :	29
Présents :	22
Adopté à la majorité	
20	Voix Pour
	Voix contre
2	Abstention(s)

**OBJET : PROJET REGIONAL DE SANTE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE
RHONE-ALPES 2012/2017 - AVIS DU CONSEIL GENERAL DE LA
HAUTE-SAVOIE**

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, dispose que l'Agence Régionale de Santé (ARS) a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional, des objectifs de la politique nationale de santé, dans le respect des principes de l'action sociale et médico-sociale, d'une part, et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), d'autre part, conformément aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans ce cadre, l'ARS Rhône-Alpes a élaboré un Projet Régional de Santé (PRS) pour la période 2012/2017 destiné à répondre aux enjeux de l'amélioration de l'espérance de vie en bonne santé, de renforcement de l'égalité d'accès à la santé, et de l'amélioration de l'efficacité du système de santé. A cet effet, le PRS définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA), le représentant de l'Etat dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le PRS au recueil des actes administratifs de la Préfecture de Région, pour transmettre leur avis à l'ARS.

A cet effet, l'ARS Rhône-Alpes a saisi le Conseil Général de la Haute-Savoie afin de rendre un avis avant le 16 octobre 2012 sur les documents suivants dont l'ensemble constitue le PRS :

- *le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS)*, première étape du PRS, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région et prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Le PSRS Rhône-Alpes sur lequel la Commission Permanente du Conseil Général avait rendu un avis le 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) a été arrêté par l'ARS le 4 août 2011 ;
- ces objectifs prioritaires sont déclinés dans *trois schémas régionaux* : le *Schéma Régional de Prévention (SRP)*, le *Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)* désormais assorti d'un volet ambulatoire, et le *Schéma Régional d'Organisation Médico Sociale (SROMS)* nouvellement institué par la loi HPST ;
- les modalités spécifiques d'application de ces schémas sont définies dans *trois programmes* : le *Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS)*, le *Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie (PRIAC)*, et le *Programme Régional relatif au développement de la Télémédecine* ;
- *cinq programmes territoriaux* précisent le contenu des objectifs et la mise en œuvre des actions pour chacun des cinq territoires de santé arrêtés par l'ARS en Rhône-Alpes : le Programme Territorial - *Territoire de santé Sud*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Ouest*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Centre*, le Programme Territorial - *Territoire de santé Nord*, et le Programme Territorial - *Territoire de santé Est* dans lequel le département de la Haute-Savoie est intégré.

Dans un document intitulé « Thèmes chapeaux », l'ARS Rhône-Alpes a souhaité présenter les orientations stratégiques et les axes d'intervention communs aux trois schémas régionaux concernant les droits des usagers, les systèmes d'information en santé, et les ressources humaines. Y est joint également l'avis du CRSA.

Ces treize documents sont mis à la disposition des élus sur le portail extranet du Conseil Général qui leur est dédié, et sont consultables sous forme papier à l'Hôtel du Département.

Pour malaisée que soit l'analyse des presque 2 000 pages que constitue le PRS, l'avis du Conseil Général sur leur contenu n'en revêt pas moins une importance certaine dans la mesure où :

- le PRS doit tenir compte des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par le Conseil Général ;

- certaines dispositions du PRS sont opposables, qu'il s'agisse du Schéma Régional d'Organisation des Soins, ou des zones déficitaires pour la médecine libérale (zones fragiles), ou bien encore du PRIAC qui est l'outil de programmation financière du Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale notamment pour la réalisation de places nouvelles dans les établissements sanitaires et médico-sociaux destinées aux personnes âgées et aux personnes handicapées ;
- certaines priorités du PRS en matière de programmation peuvent obliger le Conseil Général au plan financier dans le cadre des appels à projet conjoints, en particulier dans le domaine de l'accueil, de l'accompagnement et des soins en faveur des personnes adultes handicapées.

Il importe donc de veiller à la cohérence du PRS au regard des missions sociales et médico-sociales dont le Conseil Général assume la responsabilité, des priorités arrêtées dans ses schémas départementaux, et des besoins de la population haut-savoiarde sur un territoire départemental spécifique à bien des titres.

Tel était d'ailleurs le sens des observations formulées par les élus départementaux dans l'avis rendu par la Commission Permanente du 12 juillet 2011 (délibération n° CP-2011-0417) ; partir des réalités du terrain, se donner les moyens de son action, tenir compte de la dynamique et de la spécificité de chaque territoire.

A cet égard, l'examen des documents constitutifs du PRS devant la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement et la 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap, de même que la participation aux travaux de la CRSA et à ceux de la commission de coordination des politiques publiques de l'ARS, conduisent à formuler les réserves sur :

- le contenu et l'ordre des priorités du PRS ;
- les moyens humains nécessaires à leur mise en œuvre ;
- les moyens financiers disponibles pour leur réalisation ;
- la prise en considération des spécificités de la Haute-Savoie ;
- la coordination entre le sanitaire et le médico-social aux échelons régional et départemental.

*

• **Sur les priorités du PRS**

- Il est légitime de s'interroger d'emblée sur la possible mise en œuvre en 5 ans d'un projet qui contient 3 axes, 13 orientations, 18 priorités, et pas moins de 70 actions transversales déclinées en 270 sous-actions. Des priorités avec lesquelles chacun ne peut certes qu'être d'accord, qu'il s'agisse du développement de la prévention notamment en réponse aux risques environnementaux, de l'accès à une offre de santé adaptée et efficiente, et de la fluidité des prises en charges et accompagnements. Cependant, ces priorités, orientations et autres actions ne sont pas toutes mises sur le même plan, certaines relevant de la programmation ou de la prescription, quand d'autres sont l'expression d'un simple vœu. Si l'on ne peut que saluer l'effort pour favoriser une réponse globale à partir d'actions transversales, on ne retrouve pas dans le PRS leur traduction opérationnelle ni chiffrée.

- Se pose également la question de l'articulation entre le PRS et les nombreux plans nationaux en cours dans le domaine sanitaire et médico-social, en particulier pour les personnes âgées et handicapées (Plan psychiatrie et santé mentale, Plan solidarité grand âge, Plan Alzheimer, Plan autisme, etc.). C'est aussi le cas pour la petite enfance lorsque les orientations de l'ARS (accompagnements mis en place par les réseaux périnataux) et celles de la CPAM (dispositif PRADO) se superposent.
- Avant d'envisager de nouvelles actions, il eût été logique d'achever la mise en œuvre de ces plans et d'en dresser un bilan. De même pour le Schéma Régional d'Organisation des Soins, le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS), et le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie ([PRIAC](#)) qui existaient déjà. Or, dans le PRS, tel n'est pas le cas.

Ceci est particulièrement sensible en ce qui concerne le nouveau Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS) institué par la loi HPST de 2009. Son contenu semble avoir été arrêté en fonction des moyens financiers prévus au PRIAC alors que le PRIAC devrait, au contraire, être la déclinaison financière des priorités du SROMS. A titre d'exemple, le PRS indique sans autre explication que la priorité sera donnée par l'ARS à l'offre sur les adultes handicapés alors que ce domaine relève plutôt de l'intervention du Département, principal prescripteur et financeur, tandis que la responsabilité première de l'Etat concerne les enfants porteurs d'un handicap. Le constat est identique pour les personnes âgées avec la confusion entre les enjeux sanitaires et médico-sociaux autour des lits de soins de suite et de rééducation (SSR) et des lits en unités de soins de longue durée (USLD).

- ***Sur les moyens humains***

- La question de la mise en œuvre des nombreuses priorités et actions inscrites au PRS se pose avec d'autant plus d'acuité que la région Rhône-Alpes, en général, et le département de la Haute-Savoie, en particulier, se heurtent au manque de professionnels de santé.

C'est tout aussi vrai pour les infirmières (taux le plus bas avec 83,7 pour 100 000 dans le territoire Est contre 98,9 pour 100 000 en Rhône-Alpes), que pour les médecins généralistes (106 médecins généralistes pour 100 000 en Haute-Savoie, contre 107/100 000 en Rhône-Alpes, et 110/100 000 en métropole).

- Ça l'est plus encore pour les personnels soignants. Ainsi, dans les établissements sanitaires, la Haute-Savoie a le taux de vacance de postes sur le total des postes budgétés le plus élevé (10,9 % pour les infirmiers, 16,1 % pour les aides-soignants). C'est aussi le département dont les établissements de santé ont la part la plus importante de faisant-fonction d'aides-soignants sur le total des postes budgétés (17,86 %), et qui connaît le plus de départs vers la Suisse (77,57 % pour les infirmiers, 87,88 % pour les aides-soignants). En 2010, les départs vers la Suisse ont été la cause d'un tiers des postes vacants d'infirmiers en Haute-Savoie, et d'un poste vacant sur 10 d'aides-soignants.

Quant aux établissements médico-sociaux, la Haute-Savoie affiche le taux de vacance pour 100 lits le plus important de Rhône-Alpes (1,07 pour les infirmiers, 10,8 pour les aides-soignants) et compte le plus de faisant-fonction (10,44/100 lits pour les aides-soignants).

- C'est ainsi une part essentielle des missions médico-sociales du Conseil Général qui risque de s'en trouver pénalisée. En particulier pour ce qui concerne le soutien au domicile des personnes âgées et des personnes handicapées, priorité n° 1 du Département. De même pour l'autorité sanitaire contrainte de fermer des lits en EHPAD hospitaliers, comme ce fut le cas en 2011 à l'hôpital de SAINT-JULIEN-EN-GENEVOIS et sans réouverture depuis. Il y a donc urgence à agir.

Au-delà de l'augmentation des quotas de places en formation qui dépend non seulement de l'autorité sanitaire et de la Région, mais aussi de la capacité d'accueil en stage dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, la situation exceptionnelle de la Haute-Savoie appelle de la part de l'ARS des solutions exceptionnelles qui passent notamment par une évolution de la coopération franco-genevoise dans le domaine de la santé. Cette évolution doit concerner aussi bien les écarts de rémunération que les conditions de travail proposées aux professionnels de santé de part et d'autre de la frontière. Sans quoi il est à craindre qu'un projet comme celui de la reconstruction et de l'agrandissement de l'école d'infirmières d'ANNEMASSE vienne alimenter prioritairement les hôpitaux genevois ainsi que le futur établissement hospitalier annoncé près de LAUSANNE, plutôt que contribuer à une amélioration de la situation des établissements français.

- Quant à la démographie médicale, autre enjeu essentiel, il est préoccupant de constater que, à la lecture du SROS, les zones fragiles établies en nombre limité par l'ARS pour le territoire de la Haute-Savoie sont loin de couvrir la réalité des besoins dans un département dont la population progresse de 9 000 habitants par an. A fortiori avec l'importance des zones de montagne dont les habitants ont moins facilement accès aux soins. Sur ce point, l'Assemblée Départementale se prononcera prochainement sur la mise en œuvre d'un dispositif de soutien au développement de l'offre de soins de premier recours prenant en considération le zonage plus large établi en lien avec l'Union Régionale des Professionnels de Santé Rhône-Alpes (URPS) avec laquelle une convention de coopération a été signée.

- **Sur les moyens financiers**

- La mise en œuvre effective de ce PRS dépend également des moyens financiers disponibles. A fortiori, chacun en convient, dans le contexte de forte exigence budgétaire résultant de la crise économique sans précédent qui perdure. Dans cette perspective, l'inscription au PRIAC des seuls projets autorisés et financés marque un changement significatif.

- Toutefois, comment ne pas s'inquiéter devant le net écart entre les besoins constatés et les programmes envisagés, ainsi qu'en témoignent l'accueil, les soins et l'accompagnement pour les personnes âgées dépendantes ?

Le taux d'équipement du Territoire Est s'avère inférieur à la moyenne régionale (124 places pour 1 000 habitants contre 139/1 000 au niveau régional) avec d'importantes disparités entre territoires (par exemple : la filière gériatrique des Hôpitaux du Mont-Blanc est notoirement sous-équipée avec un taux de 88,9/1 000). Or le cadrage budgétaire du PRIAC présenté par l'ARS fait ressortir une création de 391 places en EHPAD pour les 8 départements de Rhône-Alpes sur la période 2012/2016, dont 200 places déjà autorisées. A titre de comparaison, pour le seul département de la Haute-Savoie, 391 lits autorisés sont en attente de réalisation et le besoin était évalué à 819 lits supplémentaires dans le schéma départemental gérontologique 2008/2012. Soit une projection régionale bien éloignée de nos prévisions départementales dont l'ARS doit, selon la loi, tenir compte dans le PRS.

- Il convient également de souligner le risque de transfert de charges entre l'autorité sanitaire et le Département, à l'exemple des réponses à apporter aux personnes handicapées.

En maintes occasions, le Conseil Général a fait montre de volontarisme en apportant son concours financier et technique à la réalisation d'établissements, équipements et autres services dans le champ sanitaire. Et tout récemment encore en cofinçant avec l'ARS une structure expérimentale à LA ROCHE-SUR-FORON pour l'accueil et la prise en charge d'enfants souffrant de difficultés multiples et objets d'une mesure de protection. De même pour l'expérimentation de consultations spécialisées (gynécologie, bucco-dentaire) au Centre Hospitalier de la Région d'ANECY (CHRA) pour les personnes en situation de handicap dans le cadre du nouveau dispositif « Handiconsult » qui aura vocation à s'étendre au reste du territoire dans le cadre d'unités mobiles.

Dans le cadre du PRS, il importe que l'autorité sanitaire prenne pleinement ses responsabilités dans les domaines d'action qui lui incombent en propre. Cela vaut pour l'enfance handicapée et l'ouverture de places en Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile (SESSAD) pour lesquels les besoins sont avérés (128 enfants en liste d'attente en Haute-Savoie en 2011 alors que le PRS prévoit + 138 places à l'échelle du Territoire Est à l'horizon 2016).

En Haute-Savoie, il est également indispensable que le soutien aux Institut Thérapeutique, Educatif et Pédagogique (ITEP) soit effectif et constitue une priorité pour l'ARS. Or, dans le PRIAC, seulement 9 places pour le Territoire Est sont annoncées en cours d'installation et aucun projet nouveau ne figure. Ceci alors que le taux d'équipement (0,89 ‰) est le plus bas de la région (moyenne à 1,40 ‰). Comme le démontre le rapport d'activités de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), la situation en Haute-Savoie est préoccupante, avec une capacité totale de 84 places pour 10 admissions faites en 2010 et 22 enfants en attente, des orientations n'étant pas prononcées faute de places disponibles.

L'argument vaut tout autant à propos des Instituts Médico Educatifs (IME) pour lesquels le PRS ne prévoit, en tout et pour tout, que 3 places à réaliser pour tout Rhône-Alpes dans les cinq ans à venir. En Haute-Savoie, cette question est d'autant plus cruciale que, malgré les demandes réitérées du Département, l'offre d'hospitalisation publique en pédopsychiatrie est absente et que certains établissements médico-sociaux voire sociaux (Aide Sociale à l'Enfance), sont souvent contraints d'accueillir par défaut des enfants qui nécessitent une prise en charge sanitaire adaptée.

Enfin, une réponse doit être apportée au déficit de places en Maisons d'Accueil Spécialisé (MAS) dans le Territoire Est. Celui-ci présente le ratio le plus bas (0,39 ‰ contre 0,62 ‰ en Région), avec une projection pour 2016 à 0,42 ‰ en fourchette basse (0,63 ‰ Région) et 0,44 ‰ en fourchette haute (0,64 ‰ Région). Même si les moyens annoncés (+ 65 places) devaient être entièrement mobilisés sur le Territoire Est, ceux-ci ne changeraient pas ou peu la donne actuelle. Le Territoire de santé Est, dont la Haute-Savoie fait partie, serait toujours déficitaire.

- **Sur les spécificités de la Haute-Savoie**

- Si le Territoire de santé Est est classé prioritaire dans le PRS, celui-ci ne permet pas de savoir ce qu'il pourrait advenir concrètement de la Haute-Savoie dans l'ensemble des axes, orientations et actions présentées. A raisonner à l'échelon régional à partir de territoires de santé englobant tout ou partie du territoire de plusieurs départements, le PRS manque de lisibilité, d'autant que les programmations ne sont pas individualisées département par département.

- Pour bâtir son PRS, l'ARS s'est fondée sur des indicateurs de taux d'équipement rapportés à une moyenne régionale et à une moyenne nationale qui ne prennent pas en compte de manière dynamique l'évolution des besoins sur le terrain. Ainsi le PRS ne mesure-t-il pas les spécificités des besoins de la Haute-Savoie :

- . avec le taux d'espérance de vie à la naissance le plus élevé de Rhône-Alpes (79 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes), ainsi que l'indice de vieillissement et le taux de mortalité les plus faibles de Rhône-Alpes ;

- . avec 9 000 habitants supplémentaires par an depuis le début des années 2000, soit une population haut-savoyarde (747 965 habitants) qui approchera le million d'ici à 25 ans ;

- . avec un niveau élevé et constant des naissances (plus de 9 500 naissances en moyenne ces 3 dernières années), soit au total 56 675 enfants de moins de 6 ans en Haute-Savoie, nécessitant une offre de soins et des modes de garde adaptés ;

- . avec le vieillissement de la population (+ 38,92 % d'habitants âgés de 75 ans et plus d'ici à 2020, soit deux fois plus vite que la moyenne régionale) justifiant de diversifier l'offre de soins et d'accompagnement médico-social ;

. avec un flux migratoire qui explique l'arrivée en nombre d'une population jeune (essentiellement 25-40 ans avec enfants), soit autant de besoins en matière de prévention et de soins ;

. avec l'afflux régulier d'une population vacancière et saisonnière en Haute-Savoie qui est l'une des plus importantes destinations touristiques (une population de près d'1 million d'habitants en période de pointe, multipliée par 10 dans certaines communes) et la nécessité de soins de proximité de qualité dans les territoires de montagne ;

. avec l'urbanisation croissante du territoire (la population en secteur résidentiel a doublé en 30 ans, dont + 47 % dans les communes résidentielles et rurales) liée à l'afflux de population qui se heurte au manque et au surcoût du foncier et accroît le besoin de services publics.

- Cette dynamique démographique explique pourquoi, malgré l'effort considérable du Conseil Général depuis dix ans avec l'aide de l'Etat, la Haute-Savoie a un retard en équipements médico-sociaux (personnes âgées, personnes handicapées). Si le PRS reconnaît que le Territoire Est doit être prioritaire dans les cinq ans à venir, ses annexes territoriales et les annexes des schémas régionaux n'indiquent pas comment la Haute-Savoie pourra être soutenue dans ce but.

- Or des besoins importants existent et concernent :

. le renforcement et la diversification de l'offre de soins hospitaliers avec la nécessité de développer des plateaux techniques et des soins de pointe qui évitent aux Haut-Savoyards d'être obligés d'aller se faire soigner à GRENOBLE ou à LYON, et de renforcer la mutualisation avec le CHU de GENEVE dont l'accès pour les Haut-Savoyards est pour l'instant limité ;

. le maintien d'une offre de soins de premier recours de qualité s'adossant à des filières de soins et d'accompagnement médico-social de proximité pour permettre aux Haut-Savoyards de se soigner près de chez eux et aux plus dépendants de continuer à vivre à leur domicile ;

. la création de places d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes correspondant aux besoins à couvrir par rapport aux estimations du futur schéma gérontologique 2013/2017 en cours d'élaboration. De même, le conventionnement avec l'ARS permettant le maintien de tarifs accessibles pour des personnes aux ressources souvent modestes, et la diversification des solutions de soutien au domicile qui passe par un accompagnement accru des aidants et le fléchage de places en Service de Soins Infirmiers au Domicile (SSIAD) ;

. la prise en charge des différents handicaps pour permettre aux personnes handicapées de choisir leur projet de vie, le développement de réponses innovantes aux personnes handicapées vieillissantes, et surtout le renforcement des moyens de la psychiatrie adulte préalable nécessaire à une bonne articulation des soins et de l'accompagnement médico-social pour les personnes en situation de handicap psychique ;

. le développement d'une offre de soins qui fait actuellement défaut en Haute-Savoie pour l'hospitalisation complète en secteur public pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et pour la prise en charge en réanimation néonatale, de même que le renforcement de l'accompagnement pré et post-natal et des réseaux de prise en charge multifonctionnels, ainsi que la prise en charge ambulatoire pour les accompagnements psychologiques mères-enfants. Sans oublier un accompagnement éducatif adapté (ITEP, IME).

- **Sur la coordination du sanitaire et du médico-social**

- L'ARS est dans son rôle en déclinant, à l'échelon régional, les objectifs de la politique nationale de santé. Ce PRS qui traduit une démarche descendante depuis LYON vers le terrain en est la concrétisation. Cependant, l'autorité sanitaire ne peut méconnaître le rôle ni la place du Département tels que la loi les a déterminés au travers des missions médico-sociales et sociales qu'elle lui a confiées. Pas davantage que l'ARS ne peut ignorer l'impact de certaines de ses décisions sur les propres actions du Département.

Ainsi, en privilégiant à l'avenir les ouvertures de places en FAM, la révision du ratio MAS (Maison d'Accueil Spécialisé avec financement Etat) / FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé avec cofinancement Etat/Conseil Général) ne sera-t-elle pas neutre pour les finances départementales. A fortiori lorsqu'il s'agit, par exemple, de développer les places en FAM pour adultes handicapés psychiques dans le but d'y accueillir les personnes hospitalisées par défaut en hôpital psychiatrique, du fait du manque de services ambulatoires. Au plan financier, la tarification à l'acte dans les hôpitaux (T2A) ne doit pas fournir le prétexte à orienter la demande vers le médico-social financé par le Conseil Général.

Il en va de même pour le développement du travail à temps partiel dans les Etablissements et Service d'Aide par le Travail (ESAT) pour les personnes handicapées vieillissantes, question dont l'ARS entend faire l'une de ses priorités dans son PRS. Le Conseil Général de la Haute-Savoie y souscrit d'autant plus volontiers qu'il s'est emparé de ce problème, voici plus de 10 ans, en créant des Service d'Accueil Transitoire pour Travailleurs Handicapés Vieillissants (SATTHAV). Alors que le manque de places en ESAT est avéré et que plusieurs fiches actions du PRS ont pour objectif de pallier cette difficulté, le manque de places en ESAT ne peut être résolu par un simple partage du temps de travail, à charge pour le Conseil Général d'occuper le temps non travaillé.

Qu'il s'agisse des places en ESAT ou en FAM envisagées dans le PRS, l'ARS ne peut et ne doit pas ignorer que leur ouverture s'accompagne de la création en nombre équivalent de places en foyer d'hébergement à la charge financière du Département. Devant les contraintes budgétaires qui appellent à une programmation pluriannuelle vigilante des investissements, il importe que l'ARS en tienne compte dans le lancement des appels à projets qui ne peuvent qu'être conjoints avec le Conseil Général.

- La seconde observation sera pour s'étonner de certaines orientations ou actions proposées dans le PRS sans tenir compte suffisamment des réalités du terrain ni des contraintes propres à l'action médico-sociale et sociale dans le département. Ainsi en est-il du PRAPS qui vise en priorité les habitants des quartiers prioritaires dans le cadre de la politique de la ville, les personnes sans domicile fixe, les migrants en difficulté. Une telle approche méconnaît de nombreuses autres personnes fragiles, à l'exemple des bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active pour lesquels la loi a prévu un volet santé. Par ailleurs, d'autres populations méritent notre attention : les saisonniers, les migrants âgés, les personnes vivant en logement insalubre, les personnes âgées isolées, etc.

- Enfin, la révision générale des politiques publiques a eu pour conséquence de laisser les services sociaux et médico-sociaux du Département en première ligne, d'autant que les délégations territoriales de l'ARS n'ont reçu ni délégation de pouvoir, ni moyens humains suffisants. Dans ce contexte, à l'exemple de l'aide aux aidants, on ne peut qu'être surpris de certaines orientations du PRS qui relèvent du médico-social et pour lesquels l'ARS voudrait agir sans disposer de relais sur le terrain. Tout comme les actions pour lesquelles l'ARS envisage de prendre appui sur la MDPH et la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) quand l'essentiel de leurs moyens relèvent du Conseil Général.

*

La 4^{ème} Commission Enfance, Famille, Grand Age, et Handicap et la 5^{ème} Commission Action Sociale, Santé, Prévention, Insertion, Logement, consultées les 19 septembre et 26 septembre 2012, ont approuvé l'avis proposé dans le présent rapport.

Elles ont souligné la nécessité pour l'autorité sanitaire de prendre, dès à présent, en considération la situation spécifique de la Haute-Savoie, avec d'autant plus d'acuité que la remise en cause du droit d'option et l'obligation pour les travailleurs frontaliers de cotiser à l'assurance-maladie posera, quoi qu'il arrive, et au plus tard le 31 mai 2014, le problème de l'accès aux soins pour plus de 80 000 frontaliers résidant en Haute-Savoie, et, par conséquent, la question de la capacité des filières de soins à faire face aux besoins accrus dans notre département.

La Commission Permanente ayant reçu délégation générale de l'Assemblée Départementale, il est proposé d'émettre un avis sur le Projet Régional de Santé de l'Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes pour 2012/2017.

Après en avoir délibéré et enregistré les abstentions de MM. BEL et ZORY,

LA COMMISSION PERMANENTE,

à la majorité de 20 voix pour

PREND ACTE des réserves formulées.

APPROUVE l'avis proposé dans le présent rapport.

**Délibération télétransmise en Préfecture
le 03 octobre 2012.**

Publiée et certifiée exécutoire

le 04 octobre 2012

Pour le Président du Conseil Général,
Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET

Le Responsable du Service de l'Assemblée,
Jean-Pierre MORET



Ainsi fait et délibéré,
Pour extrait conforme,

**Le Président du Conseil Général,
Christian MONTEIL**

