

# Vos idées pour la santé, parlons-en !

## Synthèse de la concertation dans l'Hérault

## **SYNTHESE DE RESTITUTION**

### **CNR Santé Hérault**

#### **I – Eléments de contexte**

---

##### **La situation du territoire**

L'Hérault est le deuxième département d'Occitanie en nombre d'habitants, avec 1,217M habitants. Il est marqué par une croissance démographique forte (près de 42 000 habitants supplémentaires en 3 ans).

Il compte 3 arrondissements, 17 EPCI (dont deux communs avec des départements limitrophes), dont la métropole de Montpellier (qui rassemble autour de 40% de la population du département) et 4 communautés d'agglomération. Le département compte 342 communes.

L'Hérault est un territoire fait de contrastes. Il comprend ainsi une longue bande littorale au sud, une zone de garrigue au centre et des territoires de montagne au nord. Il s'y côtoie des zones fortement urbanisées et des territoires très ruraux. Les zones urbaines sont confrontées à une forte croissance démographique. Il est également marqué par une forte hétérogénéité au niveau économique avec des secteurs très riches et d'autres souffrant d'une forte précarité (le département de l'Hérault est le 7<sup>ème</sup> département le plus pauvre de France et il présente un taux de pauvreté qui se situe autour de 20%). Ces disparités se constatent aussi au niveau de la santé. Si le département est globalement bien doté en professionnels de santé et en établissements, et présente un maillage du territoire intéressant en termes d'offre de soins, certains secteurs sont en difficulté.

En termes de démographie médicale, le département de l'Hérault compte 1 268 médecins généralistes libéraux, soit une densité de 10,9 médecins pour 10 000 habitants. Cette densité est supérieure aux moyennes nationale (8,9) et régionale (9,7). Cette situation apparemment favorable dissimule cependant des points de fragilité importants :

- 29,7% des médecins généralistes du département ont plus de 60 ans et sont donc susceptibles de partir à la retraite dans les prochaines années ;
- la répartition des médecins sur le territoire est très hétérogène. Certaines parties du territoire sont davantage en tension que d'autres pour l'accès au médecin généraliste et plus encore aux spécialités médicales : le minervois, les hauts cantons... ;
- la population de l'Hérault augmente et vieillit ce qui entraîne une augmentation de la demande de soins. Or, le nombre de médecins sur le territoire reste relativement constant.

Concernant l'offre en matière d'établissements de santé, l'Hérault dispose de 62 cliniques et hôpitaux (dont un CHU) avec une part importante d'établissements privés ; de 73 EML (28 scanners, 4 TEP, 29 IRM, 12 gamma camera) ; 17 centres de dialyse ; 2 Groupements Hospitaliers de Territoire dont l'établissement pivot est situé dans le département plus un CH (Saint Pons de Thomières) relevant d'un GHT dont l'établissement pivot est situé dans un département voisin et 13 services d'urgence.

L'Hérault bénéficie d'un développement dynamique de l'exercice coordonné. Ainsi, au 3 novembre 2022, il était recensé :

- 33 projets de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) officiellement validés ; 27 de ces MSP sont signataires de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) ;
- deux centres de santé pluriprofessionnels ;
- deux projets d'équipes de soins primaires ont également été validés ;
- 12 projets de CPTS sont actuellement identifiés, parmi lesquels 6 sont signataires de l'ACI. Deux « zones blanches », non couvertes à ce stade par des projets de CPTS, sont encore identifiées sur le territoire.

## Les réunions de co-construction

Le CNR dans le département de l'Hérault a été organisé le jeudi 24 novembre 2022 après-midi. Il s'est tenu à la faculté de médecine de Montpellier. Son organisation a été préparée en lien étroit avec le Président et la Vice-présidente du CTS. Le CHU de Montpellier et l'assurance maladie (CPAM de l'Hérault) ont également été mobilisés pour l'organisation (interventions et/ou mise à disposition d'animateurs pour les groupes de travail).

Le CNR s'est déroulé de la façon suivante :

- un temps d'introduction générale/institutionnelle en assemblée plénière en amphithéâtre avec les prises de parole du Dr Béatrice Lognos, vice-Doyenne de la faculté de médecine ; du Dr Jean-Marc Laruelle, Président du CTS ; de Mme Elodie Brun-Mandon, conseillère municipale de Montpellier représentant le maire ; de M. Didier Jaffre, Directeur général de l'ARS Occitanie puis de M. Frédéric Poisot, Secrétaire général de la préfecture de l'Hérault ;
- un temps d'introduction des quatre thématiques inscrites au programme, en assemblée plénière également, avec les prises de parole de quatre « grands témoins » invités à poser le sujet, à donner quelques éléments de contexte et à apporter leur témoignage :
  - o M. Philippe Trotabas (directeur de la CPAM 34) pour introduire la thématique 1 : « Donner à tous un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante, en particulier, pour nos concitoyens les plus fragiles, et accompagner l'exercice coordonné » ;
  - o le Dr Jean-Christophe Calmes (président de l'URPS médecins) pour introduire la thématique 2 : « Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés » ;
  - o le Dr Claire Gatecel (Médecin – Vice-présidente du CTS, représentante du Conseil Régional) pour introduire la thématique 3 : « Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé » ;
  - o M. Michel Dardé (représentant des usagers) pour introduire la thématique 4 : « Créer une nouvelle alliance entre les acteurs locaux pour que la prévention entre dans le quotidien des Français ».
- un temps de travaux en atelier. Les participants ont alors été répartis en 10 groupes composés de 10 à 15 personnes et encadrés par deux animateurs. Chacun des groupes a travaillé sur les quatre thématiques proposées ;
- un temps de restitution en assemblée plénière au cours duquel un représentant par groupe est venu présenter « l'idée forte » de son groupe sur chacune des quatre thématiques ;
- un temps de conclusion générale avec prise de parole du Dr Jean-Marc Laruelle, Président du CTS ; de Mme Elodie Brun-Mandon, conseillère municipale de Montpellier représentant le maire puis de M. Didier Jaffre, Directeur général de l'ARS Occitanie.

Plus de 500 personnes avaient été conviées à ce CNR. Les participants (autour de 130) effectivement présents le jour du CNR étaient les membres du CTS ainsi que ceux du « comité attractivité », des élus (deux parlementaires avaient désigné des membres de leur équipe pour les représenter, des conseillers régionaux et départementaux étaient présents ainsi que quelques maires ou élus municipaux), des représentants des ordres et des URPS, des professionnels de santé libéraux ou en établissements, des représentants de CPTS ou de MSP, des directeurs d'établissements, des acteurs du secteur médico-social, des usagers, des représentants associatifs, des représentants des partenaires sociaux, des représentants des services de l'Etat et du SDIS, ainsi qu'une vingtaine de « sans casquettes » ( sur près de 200 qui avaient manifesté leur intérêt et avaient été conviés).

Les échanges se sont déroulés dans une ambiance très sereine et constructive. Les retours qui ont été faits par les participants ont tous été positifs. Il n'y a pas nécessairement eu de consensus sur tous les sujets mais le dialogue entre les participants a été constructif et apaisé.

## II – Solutions et propositions

---

Donner à tous un accès à un médecin traitant ou à une équipe traitante, en particulier pour nos concitoyens les plus fragiles, et accompagner l'exercice coordonné

### Constats

La difficile évaluation des besoins en professionnels dans un département où le nombre de professionnels est importants mais où les évolutions démographiques et sociales augmentent considérablement le besoin en soins

- Démographie des professionnels de santé hétérogène sur le territoire / Problématique non de nombre mais de répartition sur un territoire. Il faudrait répartir les installations professionnelles sur un territoire.
- Présence de déserts médicaux en ville et en zone rurale (insécurité, isolement des soignants...)
- Etude nationale sur l'implantation des infirmiers : il n'y a pas de déserts infirmiers (les IDE sont implantés partout). Toutes les zones sont surdotées.
- Le temps infirmier est utilisé à mauvais escient. Ex : toilettes à domicile sans complexité
- Pénurie globale d'équipes traitantes.
- Pb de consensus pour évaluer le nombre de professionnel sur un territoire / au besoin
- Proposition de disposer d'un indicateur statistique plus fin permettant d'avoir une vision d'ensemble sur un territoire
- Problème sur certaines spécialités : pas de médecin psychiatre malgré l'attractivité du département
- Défi démographique : manque d'effecteurs dans un contexte de pyramide des âges inversée
- Pas assez de soignants qui sortent des écoles
- Il y a une grosse différence entre les besoins en soins constatés et l'offre de soins réelle => on a tendance à raisonner en nombre de professionnels de santé par rapport à un nombre d'habitants sur une zone donnée, mais on n'intègre pas les besoins qui varient d'une population à une autre (personnes âgées, les jeunes, les personnes précaires, etc).

Un département dans lequel les besoins de soins des personnes les plus fragiles sont très importants et mal pris en charge

- Pourcentage de populations précaires et âgées important dans l'Hérault
- S'intéresser aux plus fragiles et aux plus isolés en se demandant comment aider les personnes éloignées du soin, les plus empêchées devraient pouvoir aller chez les professionnels de santé.
- Les personnes les plus vulnérables ont le moins d'accès aux soins
- Difficulté d'accès aux soins pour la médecine générale et spécifiques
- Retard à la prise en charge des soins pour les plus fragiles (personnes âgées, handicapées, précaires...) : complexité du parcours de soins, crainte du coût
- Tout numérique : populations les plus fragiles en rupture numérique
- Problématique de l'accès aux soins pour les personnes âgées ; problématique de la fracture numérique
- Certains territoires plus difficiles d'accès. Ex : les quartiers prioritaires de la ville (QPV). Il faut aller vers les personnes en situation de précarité => pas assez de médiateurs en santé
- Même problématique dans les établissements médico-sociaux : difficulté d'avoir un médecin sur les structures, certains usagers conservent leur Médecin Traitant, mais quid quand celui-ci part à la retraite ?

- Personnes sans ASS ni AME= réelle difficulté. Les PASS ont du mal à répondre aux besoins. Elles sont une réponse aux soins vitaux mais sont sollicités pour tous les besoins de soins notamment les médicaments et sont donc détournées de leur mission première.

### Des difficultés spécifiques existent dans l'accès au dispositif « médecin traitant »

- 12% de la population n'a pas un Médecin Traitant => Mais ces chiffres sont à relativiser car certains patients consomment du soin sans avoir déclaré un Médecin Traitant et d'autres ne consomment pas du tout du fait du manque d'accès à un médecin.
- 11K personnes arrivent dans le 34 chaque année, dont beaucoup d'étudiants qui ne sont pas originaires du département, et n'ont pas de médecin traitant ici => il faut faire connaître aux étudiants le principe du médecin traitant.
- Plus généralement, beaucoup de personnes arrivent sur Montpellier et ont un Médecin Traitant sur le papier mais pas accès à ce médecin dans la réalité => cela s'applique à toutes les populations (étudiants, personnes âgées, population générale).
- Manque de connaissance des dispositifs en place hors Médecin traitant, d'où recours aux urgences et lié à l'image « Hôpital= image rassurante car plateaux techniques
- Les médecins exerçant en cabinet sont débordés et ont des difficultés à prendre de nouveaux patients en tant que Médecin Traitant => cela s'accroît de façon exponentielle depuis 5 ou 6 ans / Ce constat de difficulté de prise de nouveaux patients est vrai pour toutes les professions de santé (orthophoniste, dentistes, IDE)
- Les CPTS recensent de plus en plus d'appels de patients en détresse car ils ont perdu leur Médecin Traitant et n'arrivent pas à en trouver un autre.
- Sur les personnes qui ne consomment pas de soins et n'ont pas déclaré un Médecin Traitant, il y a une forte augmentation de leur nombre, notamment du fait du COVID qui a facilité leur repérage lors d'examen en laboratoire par exemple.
- Deux constats majeurs sont déterminés : les personnes mal informées sur le médecin traitant à déclarer et l'absence de réponse des médecins et autres professionnels de santé qui n'ont pas la capacité d'absorber davantage de patients.

### Des conditions de travail difficiles pour de nombreux soignants et une évolution de leurs pratiques professionnelles en lien avec les nouvelles aspirations sociétales

- Les charges administratives sont lourdes et prennent beaucoup de temps
- Perte de sens : les médecins ont été formés pour être des experts
- Conditions de travail déplorables
- Problématique autour du déplacement à domicile actuellement des médecins traitants.
- Evolution sociétale qui induit un changement dans les conditions d'exercices qui touche également la médecine.
- Mauvaise utilisation de la plateforme numérique : DOCTOLIB => coupe les médecins de leur patientèle
- Moins de médecins et moins de temps médical : les jeunes médecins veulent concilier leur vie professionnelle avec leur vie privée. Les jeunes médecins travaillent moins dans le libéral mais davantage dans d'autres structures (médecin coordonnateur dans les EHPAD, PMI, crèches, université) => exercice mixte
- Changement des modes d'exercice : recherche du salariat
- Les soignants quittent la profession y compris pour aller dans l'administration. Des IDE arrêtent le métier ou deviennent IPA

### Une partie de la demande de soins ne paraît pas justifiée pour de nombreux soignants

- Les patients sont devenus exigeants : consumérisme médical et les patients consultent pour des motifs non urgents
- Recours non indispensable à des médecins
- Vieillesse trop sanitarisée
- Problème des visites à domicile. Pas toujours nécessaire.

### L'exercice coordonné n'est pas assez développé et le cloisonnement ville-hôpital est encore trop présent

- Il existe peu de lien entre les villes et les hôpitaux
- Médecins isolés : ils n'ont pas connaissance des dispositifs coordonnés (MSP, CPTS, ESP) => manque d'information et de lisibilité
- Les patients arrivent dans les services hospitaliers et n'ont pas été pris en charge avant : l'hôpital devient l'acteur de premier recours
- Peu de lisibilité des missions des CPTS, alors même que l'accès au médecin traitant est une de leurs missions socles, de même que les parcours, et donc le lien ville-hôpital
- Avantages des MSP
  - o 40% des médecins ont moins de 30 ans ;
  - o File active de patients plus importante
- Difficultés d'accès aux soins aux urgences : les personnels des urgences ne connaissent pas suffisamment les maladies neurodégénératives. Ex : les accompagnants sont priés de rester dehors, cela pose question d'un point de vue éthique.
- Les médecins généralistes ne sont pas assez formés sur les maladies neurodégénératives même si on constate une amélioration ces dernières années

## **Solutions / propositions**

### Soutenir le développement de l'exercice coordonné

- Soutenir les CPTS : un des objectifs obligatoires à atteindre est l'augmentation du taux de patient suivi par un médecin traitant sur le territoire.
- La création des Maisons de Santé à développer
- La création d'une unité mobile médecin/psy (sur le modèle de la prévention)
- Développer les aides pour les médecins (assistants médicaux) grâce à la coordination
- Regroupements de professionnels : équipe de soins primaires dans un lieu de vie (centre commercial au sein d'un quartier prioritaire...) ; amélioration de la sécurité des soignants dans les quartiers sensibles
- Développer les associations CPTS / maisons de santé
- Faire évoluer la notion d'accès à un médecin traitant vers l'accès à une équipe traitante
- Le médecin généraliste ne doit pas arriver en fin de chaîne. Ex : l'assistant médical fait le dossier, l'IPA fait l'éducation à la santé, traite des maladies chroniques et le médecin arrive à la fin pour faire l'ordonnance ou juste soigner un rhume.
- Construire une structure partagée avec des professionnels et créer des antennes sur les territoires où les professionnels se relaient pour les inciter à aller vers la ruralité. Les professionnels souhaitent travailler ensemble, et ne pas être isolé dans un territoire éloigné sous-doté.
- Remodeler les compétences dans l'exercice coordonné pour permettre une équité de soins à tous les patients du territoire ainsi que leurs modèles économiques
- Rendre opposable et inscrire dans la loi l'accès au médecin traitant, en s'appuyant pour l'effectivité sur les CPTS

- PEC coordonnées avec les ressources dispo (IDE, Médecin et pharmacien)
- Etre imaginatif dans la rémunération : incitatif financier à l'exercice coordonné
- Possibilité de salariat même dans les MSP, en fonction du choix du médecin / Développer les MSP, y compris sous forme de salariat.
- Le décloisonnement est la clé : la libération du temps médical passe par la délégation de tâches sur d'autres professions (ex : travailleur social, assistant médicaux) => il faut soutenir l'exercice coordonné (ex : CPTS)

### Libérer du temps médical

- Libérer du temps médical par les renforts IPA, assistant médicaux....
- Libérer du temps médical sur le modèle des IDE asalée : l'association met à disposition l'infirmière de santé publique et le médecin peut travailler avec elle. Il faut libérer du temps médical en dégageant la charge du secrétariat : confier la gestion du secrétariat à une structure externe (ex : association)
- Nouveaux outils pour réduire le temps administratif : DSU, carte vitale...
- Développer par la formation et le financement suffisant les nouveaux métiers en santé pour libérer du temps médical

### Reconnaître les compétences des soignants, adapter les modèles de financement et d'exercice (salariat)

- Valoriser et développer les délégations de tâches
- Les professionnels doivent partager leurs connaissances : reconnaissance des connaissances et des compétences de chacun dans leur domaine d'exercice respectif => faire de la transversalité et des délégations en coordination.
- Autoriser le médecin coordonnateur de l'EHPAD à prescrire
- S'appuyer sur le maillage infirmier existant => vers une reconnaissance des compétences des IDE
- Mobiliser les compétences et les nouvelles missions des infirmiers. Ex : infirmiers en pratique avancée (IPA)
- Revoir les missions de chacun et le modèle économique => le modèle économique doit accompagner la législation en vigueur. Ex : le modèle économique des IPA n'est pas adapté
- Délégation de tâches et développement de nouveaux métiers type IPA pour essayer de pallier au manque de médecins et assurer une PEC des patients dans une logique de parcours
- Prise en charge de la vieillesse ou des pathologies chroniques par des travailleurs du social ou du médico-social
- Transfert de compétences ou meilleure utilisation des compétences déjà acquises par d'autres professionnels de santé (IDE, kiné..)
- Désignation d'une « personne traitante » qui peut ne pas être le médecin, en fonction de la situation de la personne
- Permettre et favoriser le salariat dans les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) => que cela soit à responsabilité limitée.
- Initiative sur les centres de santé avec salariat et exercice mixte
- Maillage des pharmaciens (ex possibilité de pratiquer test TDR pour poser un diagnostic rapide sans passer par un médecin), des infirmiers (ex. soins d'une plaie)

### Adapter la formation des futurs professionnels de santé aux nouvelles conditions d'exercice

- Faire découvrir des modes d'exercice hors CHU dès le début des études pour sensibiliser les internes à la condition qu'il y ait un projet pédagogique derrière.

- Actions fortes sur les postes et internat sur les spécialités en tension
- Initiative auprès des internes en médecine générale : sur comment on s'installe, rendre attractif les conditions d'exercice. Mise en place d'une carte interactive pour voir quels sont les professionnels déjà présents sur le territoire où le professionnel souhaite s'installer. Cela serait intéressant pour les dernières années de formation en médecine.
- Attractivité : cursus croisé, projet qui correspond à l'exercice coordonné pour donner envie de travailler avec d'autres professionnels.

### Faire évoluer la relation médecin patient de la prise de rdv à l'éducation à la santé

- Travail à faire sur la relation médecin patient, interculturalité....
- Financer des postes de médiation en santé au sein des structures d'exercice coordonnée ;
- Tri à l'entrée de la salle d'attente du médecin pour réserver la consultation médicale à ce qui le nécessite vraiment.
- Création d'un numéro unique pour trouver un professionnel de santé dans son secteur grâce au dispositif d'appui à la coordination (DAC)
- HUB Portail Santé : porte d'entrée pour les professionnels et permet de filtrer
- Exemple au niveau de l'orthophonie : liste d'attente commune territoriale. Le patient s'inscrit sur une application et cela est envoyé par zone géographique. La demande passe de professionnel en professionnel jusqu'à l'acceptation (INZEE CARE).
- Promouvoir l'éducation à la santé pour sensibiliser les patients sur la nécessité de recourir aux soins => relayer et déployer au niveau local des campagnes de sensibilisations avec des professionnels du territoire. Ex : CLS, sensibilisation des acteurs (mairies, collectivités) pour s'emparer de la santé

### Approche territoriale et conditions d'installation

- Associer professionnels de santé et les élus du territoire pour créer des idées nouvelles.
- Limiter la liberté d'installation des médecins.
- Création d'un corps de médecins fonctionnaires qui seraient affectés dans les territoires

### Pratique des outils de E-Santé

- Développer la téléconsultation assistée accompagnée par un professionnel de santé avec des gardes fous = le « aller vers ».
- La pratique de la télémédecine est à pratiquer dans certains cas comme pour le suivi

### Accompagnement des personnes fragiles

- S'appuyer sur des associations, des comités de quartier pour aider les patients dans leur parcours de soins
- Mise en place par la CPAM34 d'une cellule dédiée aux patients ALD
- Implication des collectivités locales dans l'organisation de transport vers les pôles de soins primaires (réfléchir en territoire plus large que les communes)
- Pour toucher les étudiants qui n'ont pas de Médecin Traitant : les réseaux sociaux, présenter les services de santé universitaire, rôle des facultés avec un dossier à l'inscription où se trouve ce type d'info
- Faire de l'aller-vers les publics fragiles (PA, PH, petite enfance) notamment via les médiateurs en santé (autre personnes du service à la personne), pour faire de la communication et du repérage.
- Organiser le transport des patients vers le cabinet du médecin
- Déployer des actions aller-vers de prévention et de sensibilisation. Ex : dispositif MAP lancé par la ville de Montpellier



## Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés

### Constats :

#### Des problèmes d'organisation et de lisibilité de la continuité et de la permanence des soins, pour la médecine, la biologie et l'imagerie

- Il n'y a pas assez de bras pour faire fonctionner la permanence des soins car tout le monde n'y participe pas. Se poser la question de pourquoi ils n'y participent pas ?
- La continuité des soins est plus compliquée à tenir les nuits et les week-end
- Problématique accès aux médecins généralistes : on constate un effet « boule de neige » dans le sens où comme il est difficile d'avoir un médecin, par conséquent, il est difficile d'obtenir un rendez-vous pour une médecine spécifique
- Problème de démographie en médecine générale, urgentiste, pédiatrie, psychologie : manque de ressources médicales
- Difficulté à trouver des remplaçants conduisant à des limitations d'accès à certains services d'urgence par la régulation
- La permanence des soins, la continuité des soins et les soins non programmés existent ; mais méconnaissance des dispositifs à la fois des professionnels mais aussi des patients
- Pas de médecin de garde sur certains secteurs les soirs et WE ; des secteurs de garde qui disparaissent.
- Problème de sécurité des soins si médecin a travaillé toute la journée et enchaîne avec une garde
- Rappel des notions de continuité des soins et de permanence des soins à faire aux médecins
- Retour sur l'expérimentation 48h chrono : il faut réfléchir sur cette demande de soins non programmés, amener les médecins à prévoir des créneaux pour d'autres patients.
- Difficultés d'accès à la radiologie, aux biologie le soir et le week-end dans le cadre de la PDSA
- Accès à l'imagerie et à des laboratoires en urgence : des créneaux sont réservés pour les médecins traitants (au sein des dispositifs d'exercice coordonné), mais cela n'est pas généralisé.

#### Une régulation nécessaire avec un dispositif (SAS) qui doit être consolidé

- Demande soins non programmés et accès aux urgences : dans 50 à 70% des cas après régulation pas besoin d'un recours aux urgences
- D'où environ 2 à 3 patients en plus par MT pour ceux qui n'ont pas besoin des urgences
- Mise en place régulation téléphonique mais appels pour rien et difficultés de réponses pour trouver un effecteur
- En raison de la surcharge d'appel, la régulation libérale (avec un effectif limité de 23 médecins pour 7000 plages horaires couvertes) ne peut répondre à tous les patients, et ceux-ci se rendent directement dans les MMG et aux urgences
- Le SAS arrive mi 2023 dans l'Hérault.
- Le service d'accès aux soins (SAS) sera associé au 15 prochainement => il permettra d'orienter au mieux le patient dans le système pour éviter les surcharges aux urgences.
- Risque accrue de privatisation des modes de régulation avec le développement d'opérateurs tels que doctolib

#### Des urgences surchargées

- Rémunération par vacations des urgentistes trop attractive (budget établissement plombé)
- Effondrement du système des urgences car pénurie de médecins généralistes qui poussent les usagers à se tourner vers les services d'urgence

- Côté pervers de la T2A dans les hôpitaux qui ont poussé les services d'urgence à accepter tous les usagers même pour des urgences non vitales

### Des dispositifs de soins non programmés en place mais besoin d'une meilleure organisation

- Importance du rôle des MSP pour organiser des créneaux d'accueil sans RDV suite à un appel
- Au sein des MSP : il y a déjà des créneaux de soins non programmés qui sont prévus (pré-requis). Le SAS permettra que les régulateurs puissent avoir accès à ces créneaux pour les attribuer à des patients.
- Les CPTS ont l'obligation de faire un accueil de soins non programmés avec une contrepartie financière.
- Les MMG pallient quand plus de place dans les cabinets de MG
- Développement de centres de soins non programmés sans encadrement réglementaire et concertation avec les médecins traitants du territoire
- Les centres de soins non programmés ne devraient faire que des soins CCMU 2, mais ils font 80% de médecine générale alors qu'ils sont équipés de médecins urgentistes. Ils s'implantent sans entente préalable des médecins généralistes déjà présents sur le terrain. => il n'y a pas assez de réglementation.

### Enjeu fort de bonne orientation des patients avant d'aller aux urgences

- Evolution sociétale : recours immédiat aux soins exigé par certains usagers
- Un trop grand nombre de patients se présente aux urgences spontanément
- Les patients ne font pas la différence entre urgences et soins non programmés.
- Méconnaissance de la part des patients de ce qu'est une urgence, et du bon usage du dispositif des maisons médicales de garde, de l'appel au médecin de garde, du recours aux urgences
- Certaines personnes sont dans le renoncement de soins et arrivent aux urgences quand le pb de santé est grave
- Enjeux propre à l'Hérault : l'été la population augmente drastiquement et a recours aux soins

### **Solutions / Propositions :**

#### Consolider l'organisation de la prise en charge des soins non programmés en développant notamment l'accès aux maisons médicales de garde

- Développer les maisons médicales de garde (répartition...)
- Développer des centres de santé d'urgence non programmés en journée (CCMU 2)
- Mettre en place des transports pour accompagner sur les maisons médicales de garde les personnes les plus fragiles ;
- Aider au déplacement des personnes isolées vers les maisons médicales de garde => quelle prise en charge ? Cela pourrait passer par des points fixes qui couvrent tout le territoire avec des ambulances qui font les transports quand les personnes ne peuvent pas venir seules.
- Généraliser le tiers payant intégral dans les MMG pour éviter le renoncement au soins ;
- Pour l'accès aux maisons médicales de garde : question de savoir où elles sont. Mais aussi une régulation car normalement il faut passer par le 15 pour y accéder mais des personnes qui connaissent viennent directement sans passer par le 15 => des collectivités ont fait de la communication à destination des estivants notamment.
- Adosser systématiquement une MMG à un hôpital ou une clinique disposant d'un service des urgences pour pouvoir redresser les patients qui ne relèvent pas des services d'urgence, accès

sur un site unique ; avoir une maison médicale attenante à chaque gros service d'urgence pour une réorientation.

- Développement des MSP avec des créneaux de soins non programmés et délégations de tâches
- Mieux développer le télésoin : cela est déjà mis en place dans certaines régions. Pas assez de cotation des actes pour les IDE qui sont auprès des patients.
- Dans certains départements, une enveloppe d'astreinte plus importante est donnée pour renforcer l'attractivité de la PDSA (un territoire plus vaste à couvrir avec moins de consultations mais mieux rémunéré pour que les médecins y participent) ;

### Mieux organiser la permanence des soins des spécialistes

- Regroupement de spécialistes pour assurer une permanence de soins non programmés sous le contrôle d'un SAS initial téléphonique pour « trier ».
- Etendre les dispositifs de réponse aux soins non programmés aux spécialistes avec un financement spécifique et des moyens logistiques et humains.
- Mise en place par territoire de filières très spécifiques (GO, pédiatrie, psychiatrie)

### Instaurer l'obligation de permanence des soins

- Rendre obligatoire la permanence des soins.
- Retour à l'obligation pour tous les médecins généralistes de participer à la PDSA, quel que soit leur statut ou mode d'exercice – fin du volontariat
- Questionnement quant à la sélection lors du concours de médecine autour des questions d'engagement de volonté et du sens de leur futur métier.

### Développer la coordination des professionnels entre eux pour favoriser leur participation à la permanence des soins et limiter la pénibilité

- Partager la pénibilité du travail avec les autres professionnels.
- Création d'un logiciel de mise en relation interprofessionnelle
- Des filtres doivent être distingués entre les établissements publics et privés, entre la communication et la coordination et entre les maisons médicales et les urgences
- Accentuer les ententes et la coordination pluriprofessionnelle
- Protocole de coopération : répartition de la charge de travail sur plusieurs professionnels
- Développer un exercice coordonné entre SAMU et médecin de garde
- Question de la solidarité entre les professionnels pour faciliter l'inscription au tableau de garde ;
- Maintien d'une intelligence collective en dehors de la période de crise.

### Faciliter le parcours des usagers et leur orientation

- Il faut que tout le parcours soit développé : que le patient n'ait pas lui-même à prendre des RDV, cela éviterait les difficultés d'accès.
- Faire une mise en lumière des parcours de soins avec plus de communication
- Intégrer des infirmières dans les MMG pour orienter et éduquer les patients (sur le bon usage du dispositif des SNP et la PDSA)
- Connecter les données de disponibilités et de compétences des acteurs de terrain (MSP...) et redistribuer les demandes en fonction de celles-ci. => Améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande
- Meilleure connaissance des dispositifs et permanences de soins adossé à 1 CPTS/MSP ou ES et si aidé financièrement par ARS en imposant le 1/3 payant
- Le tiers payant est aussi un facteur pour l'accueil de certaines populations dans les maisons médicales de garde

### Développer les actions d'éducation à la santé et de bon usage du système de santé

- Sensibiliser de la population à la notion de soins d'urgence
- Eduquer les usagers pour qu'ils aillent dans le service adéquat pour répondre à leur demande de soins non programmée
- Développer l'éducation à la santé afin de distinguer l'urgence relative et la vraie urgence
- Elaborer des fiches pratiques sur le bon usage du 15 et des urgences
- Campagne d'information sur les gestes d'urgence, le bon usage du 15, le bon usage des transports sanitaires
- Communiquer sur les alternatives aux urgences ;

### Renforcer la régulation

- Rendre opérationnel le SAS dans le département de l'Hérault : prévu en 2023
- Renforcer la régulation libérale
- Développement de l'utilisation de la nouvelle plateforme digitale de télémédecine MEDIN, « 48H Chrono », qui permet aux professionnels de santé d'orienter le patient vers un spécialiste dans le cadre de soins non-programmés ; service d'accès aux soins (SAS)
- Régulation par le centre 15 pour l'accès aux urgences (attention à la saturation des patients => éducation des patients)
- Régulation des soins non programmés systématique- mettre en place le SAS et les leviers financiers ad hoc sur les prises en charges en soins non programmés
- Changer le nom du numéro 15 « Centre de permanence des soins »
- Il faut renforcer l'attractivité du métier d'OSNP (Opérateur de Soins Non Programmé) ;

### Consolider l'organisation des soins primaires pour limiter la demande de soins non programmés

- Convention avec les CLS : augmenter l'attractivité des territoires
- Consolidation du maillage des pharmaciens et des infirmiers
- Libérer du temps pour avoir des temps de garde
- Créer un guichet unique à disposition des professionnels pour faciliter l'information, l'octroi des aides, et faciliter la création de structures adaptées et d'antennes. Ex : créer une antenne sur un endroit où il n'y a qu'un kiné. => Faciliter et accompagner les professionnels sur les territoires qui n'ont pas le temps de se renseigner et de se mobiliser pour se regrouper.
- Créer des pôles pluridisciplinaires (regrouper différents services/professionnels) : France service, CMP, cabinet kiné. => Les MSP doivent être intégrées dans des pôles santé et avec les ressources médico-sociales.
- Développer la coordination pour les MSP multi sites

## Mobiliser les leviers territoriaux d'attractivité pour les métiers de la santé

### Constats :

« Le travail que l'on fait là devrait être fait pour dans 10 ou 20 ans car il y a un manque d'anticipation que l'on paie aujourd'hui. »

#### Des professionnels isolés et des conditions d'exercice difficiles

- Nous avons un problème d'attractivité dans les zones sensibles et cela concerne les professionnels de santé au sens large
- Une des principales raisons remontées sont les conditions d'exercice actuelle des métiers du soin (rythme de travail, rémunération, tout ce qui participe et contribue à l'environnement professionnel).
- Les professionnels de santé sont en souffrance ;
- Par ailleurs on note une solitude et un isolement des professionnels de santé avec un manque de connaissance des autres professionnels dans un même bassin de vie. Cela concerne tous les professionnels de santé.
- Les médecins ont des difficultés à trouver des personnes pour prendre le relai, à trouver des remplaçants. Leurs horaires de travail sont colossaux ce qui ne leur donne pas le temps de mailler des réseaux et de construire des partenariats.
- Grosses difficultés actuellement pour les conditions de travail des IDE en milieu hospitalier.
- Une revalorisation des salaires des infirmières est à réfléchir.
- Pour prendre soin de l'attractivité il faut prendre soin des conditions de travail. Situation de plus en plus complexe. La question de la santé doit être appréhendée avec une vision globale (connaissance des structures, acteurs... condition de travail)
- Les professionnels de santé ne souhaitent plus travailler seuls, ne veulent pas travailler dans des secteurs isolés
- C'est le « serpent qui se mord la queue » : pas assez de médecin = beaucoup de travail = dégradation des conditions de travail = moins d'attractivité = pas assez de médecin

#### L'exercice coordonné reste un élément fondateur de l'attractivité

- Les MSP permette d'attirer les médecins
- Les conditions de travail sont meilleures dans les structures d'exercice coordonnées, environnement plus sécurisant
- Les équipes d'exercice coordonné aident à l'attractivité car cela permet de ne pas se retrouver seul => les professionnels partagent aussi des moments conviviaux, il y a une notion d'équipe au sens large, de famille professionnelle.
- L'impossibilité de salariat dans les MSP peut être un frein au recrutement
- Lourdeur administrative dans la création des structures de santé

#### Des formations au métiers de la santé qui deviennent moins attractives

- Observation qu'il y a de moins en moins de candidats aux études paramédicales avec un taux d'abandons majeur dès l'entrée dans le cursus faute d'une méconnaissance du terrain.
- Parcours sup à fait rentrer des professionnels de soin.
- Limites de la formation initiale des soignants (parcoursup pour la formation IDE, passerelle formation AS/IDE ...)

- Augmentation du recrutement de médecins trop lente (numérus clausus)
- Depuis la mise en place de Parcoursup, 40% de déchet en première année de formation IDE car les étudiants ne se rendent compte qu'en stage de la réalité du métier (travail les week-ends, les nuits)

### La répartition des professionnels de santé sur le territoire est une question centrale

- Comment expliquez-vous que les professionnels ne veulent pas s'installer dans les zones sous dense ?
- Il n'y a pas de problème d'attractivité des métiers du soin dans l'Hérault mais un problème de répartition.
- Le territoire se resserre au centre de Montpellier. Teyran Jacou ont perdu 3 médecins généralistes. 2 patientèles sont récupérées par deux médecins en activité, dont un proche de la retraite. Les services d'aide à domicile se retrouvent avec des usagers à domicile pour qui il faut réaliser les démarches pour trouver un médecin traitant. Constat que la situation se détériore.
- Le nombre de libéraux n'augmente pas malgré la croissance de la population
- Formation initiale doit pouvoir se faire sur une analyse des besoins sur les territoires pour mieux identifier et mieux ancrer les professionnels
- Rôle du lieu de formation dans le maintien des professionnels sur un territoire
  - o Des IFSI répartis sur le territoire alors que les médecins sont formés dans de grands centres universitaires
  - o L'examen classant de l'internat des médecins est désormais national plutôt que régional
- Méconnaissance des territoires par les professionnels
- Problématique de l'emploi du conjoint des soignants pour l'installation dans certains territoires. Le télétravail peut être une solution partielle.
- Rôle crucial des collectivités territoriales pour rendre attractifs leur territoire
- Il y a un manque d'IDE mais soumissions au zonage qui bloque certaines situations, supprimer le zonage infirmier ;
- Pour l'installation des professionnels ne faut plus raisonner en nombre de personnes sur un territoire donné, mais en besoin en santé (consommation en soins) sur un territoire pour définir les critères du zonage

### Les aspirations des professionnels changent fortement avec une perte de sens progressive des métiers de la santé

- Constat du changement niveau générationnel où plus de temps est accordé à la vie personnelle
- Problème de la rémunération pour les soignants
- Evolution sociétale : « 2,3 médecins nouvelle génération pour remplacer 1 médecin ancienne génération »
- Diminution de l'attractivité des métiers de soignants (horaires, risques juridiques, rémunération)
- Demande de plus de reconnaissance des acteurs de la santé
- Sentiment de manque de respect envers ces professions (manque de respect des patients mais également manque de respect institutionnel)
- Temps d'exercice embolisé par de multiples tâches administratives
- Absence de sens dans le travail (particulièrement pour les jeunes diplômés infirmiers)
- Les conditions d'exercice et les rémunérations des professionnels ne sont pas satisfaisants
- Le regard négatif de la société sur les professions de santé
- L'installation des professionnels de santé est un des éléments de l'aménagement des territoires et les zones rurales se caractérisent le plus souvent par : moins d'écoles, de collèges, d'accès internet, de possibilités d'emploi pour le conjoint
- Souhait d'exercices mixtes
- Besoin d'une enquête pour savoir ce qui freine les jeunes pour s'installer en libéral ?
- Problème des personnes qui passent tous les concours – Pas de vocation

- Médecin français moins rémunérés que ceux d'autres pays
- Attractivité de l'exercice libéral pour les IDE : pas de hiérarchie, autonomie organisationnelle, moins de lourdeur administrative qu'à l'hôpital
- Perte du sens du métier en réduisant les tâches administratives
- Les aides à l'installation ne sont pas très opérantes car les professionnels préfèrent privilégier leur vie personnelle quitte à gagner moins => ce n'est plus une histoire de salaire mais de QVT.
- Dans certains secteurs (ex : ESSMS) : les professionnels demandent des salaires importants (1000€/jour) et des horaires légers (fin de journée à 16h).

### **Solutions / Propositions :**

#### Une priorité majeure : utiliser plus massivement le levier de la formation pour redonner du sens aux métiers de la santé et favoriser un exercice dans les types de territoires

- Développer les formations initiales et continues
- Promouvoir des salons des métiers à destination des lycéens pour informer sur les métiers
- Aller-vers les lycéens pour informer sur les métiers et susciter des vocations, leur donner la possibilité de faire des stages pour découvrir les métiers notamment dans les territoires peu dotés (ils retourneront plus facilement dans ces territoires).
- Formation initiale : décomplexification et lisibilité de Parcours Sup pour les futurs étudiants, diversification des voies d'entrée et des profils, parcours de réorientation et passerelles (craintes de redoublement)
- Valoriser la fonction de maître stage (très peu en MG), les jeunes ont plus tendance à revenir là où ils ont fait leur stage.
- Favoriser les maîtres de stages en zones rurales
- Développer la formation des professionnels dans les territoires y compris en milieu rural
- Obligation de stage médecin en médecine rurale
- Intervenir lors des formations initiales pour pouvoir développer une collaboration entre les acteurs pour pouvoir informer les étudiants sur ce qu'est la coordination, leur environnement, etc.
- Question aussi de la connaissance des autres professions et de ce que cela recouvre = qu'est-ce que c'est le métier d'ergothérapeute, la nutrition, la diététique, etc => ajouter des modules obligatoires dans la formation initiale
- Nouveaux Coursus de santé : orthoptiste, orthophoniste... travail seul, ne vont pas aller spontanément dans des territoires moins denses et où l'activité est moins attractive. Une des solutions pour pallier à ce problème serait mettre en place des temps de cursus croisés autour de projets communs avec la création de groupe d'activité autour d'un soin en particulier pour pouvoir travailler ensemble, comprendre l'intérêt des structures de santé commune, développer un panel de compétence. Cela pourrait se faire au travers d'un appel d'offre ou les stagiaires pourraient intégrer ou créer une structure de soin. Avoir une vision de projet commun où l'on comprend les différents intérêts (économique, qualité de vie...). Besoins opérationnel : engager les stagiaires sous forme d'appel d'offre que feraient les villes en disant quels sont les besoins d'un territoire. Appel d'offre à remonter en université et dans tous les centres de formations. Ainsi les jeunes qui se destinent à ces métiers peuvent se projeter dans un projet de territoire. Il faut que ces constats partent des communautés de communes et que ces dernières puissent financer un projet d'étude interfac (lutter contre l'isolement des professionnels de santé...).
- Renforcer l'information sur les conditions d'exercice pour les étudiants
- Avoir une politique de formation continue pour les professionnels de santé (sans perte financière) pour leur permettre d'évoluer dans les autres métiers de la santé
- Systématiser pour tous les écoles la possibilité de l'apprentissage afin de fidéliser les futurs professionnels : mettre les jeunes en statut de salariés
- Régionaliser l'examen classant de l'internat de médecine
- Développer les possibilités de stage pour découvrir les métiers
- Interroger les futurs professionnels (en formation) pour savoir quels sont leurs besoins ;

- Que la 4ème année des médecins ne soit pas en lien avec l'obligation d'installation pour irriguer les déserts médicaux, mais plutôt l'utiliser pour découvrir les différents modes d'exercice possibles => que cette année soient dédiés au choix véritable du mode d'exercice.
- Financement des études en santé par des collectivités contre un engagement d'installation => mais c'est plutôt lié au fait que ce soit un désert économique qui fait que cela devient des déserts médicaux. => c'est le problème de tous, tout le monde doit s'y mettre.
- Article 51 à intégrer lors des formations autour d'un travail d'équipe
- Projet de fin d'étude pourrait être de poser un projet en relation avec l'article 51.

### Favoriser le développement de l'exercice coordonné et décloisonné entre la ville et l'hôpital

- Décloisonner les discours : établissement, politique, EN => créer une dynamique commune autour de la problématique du travail et de la santé.
- Favoriser la coordination entre les villes et les hôpitaux, la communication entre les établissements
- Améliorer l'articulation public / privé
- Développer l'exercice coordonné (MSP / CPTS) avec des coordinateurs
- Optimiser le dimensionnement des CPTS et les mettre en cohérence avec les bassins de vie)
- Faire en sorte que les professionnels aient suffisamment d'autonomie pour porter les projets. Les Managers doivent se poser la question de comment recréer le sens dans les métiers de soins. Cela peut passer par redonner le pouvoir aux soignants pour monter les projets. Permettre aux professionnels de pouvoir avoir l'alpha et l'Omega de leur projet et le travailler dès la formation afin de développer une stratégie de coopération intelligente sur les projets.
- Permettre aux régions d'expérimenter d'autres formes d'organisation du système de santé, en introduisant plus de souplesse et de logique
- Les CPTS permettent de travailler sur ces sujets.
- Laisser le choix du salariat

### Favoriser les évolutions de pratiques professionnelles redonnant du sens aux métiers de la santé et allant vers davantage de pluriprofessionnalité

- Favoriser la reconnaissance des compétences, la remise à plat des compétences des différents métiers
- Modifier les modalités de rémunération pour valoriser plus le travail de santé publique ou « intellectuel » et moins l'acte technique – donner une valeur notamment sur le temps passé (ex : psychiatrie à contrario de la chirurgie esthétique)
- Offrir à tous la possibilité de sortir du tout curatif pour permettre de développer leurs missions de santé publique
- Restaurer le sentiment d'appartenance à un système de santé avec des droits et des obligations vis-à-vis de la charge (imposer à tous et quelque soit le statut public ou privé l'obligation de gardes) en valorisant l'effort notamment financier.
- Réaliser une enquête pour connaître les freins à l'installation en libéral

### Améliorer les conditions de travail et la reconnaissance professionnelle

- Favoriser les meilleures conditions de travail
- Mise en place d'une évaluation de la QVT des professionnels en santé : indicateur de bien être des professionnels de santé par zone/structure
- Calcul d'un indice de bonheur partagé lié à la QVT : cela ferait bouger les structures pour mettre en place des actions.
- Mettre en place un groupe de travail sur la santé mentale des soignants



- Libérer du temps médical (assistant médical, diminution de la charge administrative)
- Favoriser la reconnaissance financière à la hauteur des études réalisées par les professionnels
- Favoriser la reconnaissance globale/uniformisée de tous les métiers, quelle que soit la manière d'exercer (libéral, salariat)
- Vraie rémunération de la contrainte (nuit, les gardes.....)
- Lever les incohérences de réformes sur les statuts de PH entre chef de clinique (statut universitaire) et assistant (statut hospitalier) : on ne rémunère pas l'effort
- Permettre dans le secteur public de reconnaître lors d'un recrutement l'expérience professionnelle exercée ou l'ancienneté acquise dans le privé sur la rémunération (prendre en compte dans le salaire du privé)
- Encadrement de l'intérim en sortie d'école (interdiction les 3 1ères années) en pénurie – privilégier les CDI ou CDD
- Revoir à la hausse la rémunération des soignants

### Améliorer les conditions de vie dans les territoires

- Travailler sur les questions de mobilité, permettre aux gens de venir travailler dans les territoires.
- Organisations communales (crèche, logement adapté aux horaires). Favoriser tout l'environnement pour être plus attractif et fidéliser les soignants. La crèche est centrale dans la fidélisation des soignants. Travailler la question de l'hébergement pour les soignants dans ces zones au vu de leurs salaires.
- Attractivité du territoire et locale pour l'installation des professionnels : sport / écoles...
- Redynamiser les territoires grâce à la mobilisation de tous les acteurs, notamment les collectivités. Ex : amener les jeunes le plus tôt possible dans les territoires en créant des formations dans ces territoires pour que les jeunes y restent.
- Prendre en compte les réalités territoriales

### Prendre les critères de zonage et d'aides financières à l'installation

- Etude du zonage pour les professions libérales
- Développer les contrats de financement des études par les collectivités territoriales en contrepartie d'une installation sur le territoire
- Revoir les critères de zonage des professionnels : non pas sur le nb de personnes mais plutôt sur la consommation de soins.
- Demande d'aide à l'installation pour le foncier

### Développer une communication active et positive sur les métiers de la santé

- Améliorer l'image des professions de santé
- Ne pas opposer médecine hospitalière / médecine libérale
- Eviter les connotations négatives en terme de vocabulaire (ex « désert médical »)
- Communiquer auprès des étudiants sur l'exercice professionnels coordonné + mettre dans la formation initiale un module sur la découverte des autres métiers.

## Créer une nouvelle alliance entre les acteurs locaux pour que la prévention entre dans le quotidien des Français

### Constats :

#### L'impact des actions de prévention est trop faible, notamment vers les publics fragiles

- Beaucoup d'études montrent que les messages laissent beaucoup de gens sur le carreau. Une partie de la population n'est pas réceptive aux messages. Question de la littératie en santé pour permettre d'adapter les messages en fonction des populations ciblées.
- Faible recours au dépistage
- Difficultés à aller-vers une partie de la population qui n'a pas accès aux messages de prévention (public précaire, barrière de la langue)
- Sémantique de la prévention importante : se mettre d'accord sur la sémantique et sur les attentes de la population
- Disparité d'accès à la prévention en fonction des territoires
- Les campagnes de vaccination, de dépistage cancer du sein ou colon fonctionnent

#### Un sous investissement global dans la prévention

- La France n'a pas fait le choix d'investir sur la prévention. Historique de la construction de la sécurité sociale.
- Le financement est basé sur le modèle curatif
- Beaucoup d'argent est dépensé dans le soin et peu dans la prévention.
- Dispersion, saupoudrage des crédits ex : conférence des financeurs pour la perte de l'autonomie.
- Manque de temps pour créer des projets communs.
- Les soignants n'ont pas assez de temps pour se former à la prévention
- Absence totale de communication sur le sujet de la prévention par les ordres notamment l'ordre des médecins

#### Une organisation des acteurs trop compliquée et illisible pour les usagers et les professionnels de santé

- Le milieu de la prévention est trop compliqué et contient trop d'acteurs.
- Difficulté pour les patients d'avoir accès à la prévention du fait de la multiplicité des acteurs
- Difficulté pour les professionnels de santé de savoir où orienter les patients en matière de prévention
- Les acteurs locaux impliqués dans la prévention se connaissent mal et sont mal connus
- On pourrait simplifier les acteurs de la prévention en créant un guichet unique repéré par les populations.

#### Un besoin fort de faire évoluer les pratiques, en s'appuyant davantage sur les acteurs territoriaux, comme au sein des CLS actifs dans le département

- Besoin d'avoir une approche plus élargie de la santé.
- Notre système de santé est un système curatif et non préventif
- Besoin d'un pilotage renforcé, plus dynamique pour une vision globale.
- Besoin de développer la politique du « Aller Vers ». Problème soulevé du temps que cela nécessite pour les agents.
- Besoin de valoriser les métiers de médiateurs en santé.

- Question de l'outil numérique associé à l'affiche originale : il ne faut pas se limiter au numérique et le choisir en fonction de la population ciblée.
- Développer la proximité et l'accompagnement rapproché pour les publics précaires.
- Besoin de se servir des acteurs de terrain pour réaliser la prévention.
- Intégration de la promotion de la santé dans toutes les politiques publiques.
- Formation et ingénierie de la prévention sont des métiers que cela concerne la prévention primaire ou secondaire
- Importance de l'éducation thérapeutique du patient
- Développement de nouveaux métiers : infirmiers asalée, infirmiers en pratique avancée (IPA), patients experts, associations
- Les pratiques non médicamenteuses ont porté leur fruit mais ne sont pas reconnues et financées : diététique, activité physique adaptée.
- Rôle important des professionnels de santé, des médiateurs en santé des accompagnateurs à la santé et de l'interprétariat (langue et compréhension du message )
- Reconnaissances des patients experts sur pratiques et PEC
- Rôle de l'éducation thérapeutique à développer dans les MSP- trop de freins administratifs
- Besoin de développer des actions de prévention le plus localement possible + éducation thérapeutique
- Besoin de développer la discipline gériatrique
- Rôle de la médecine du travail
- Importance du rôle de l'école

### **Solutions / Propositions :**

#### Modifier le pilotage et le financement des actions de prévention

- Pilotage plus renforcé, plus dynamique, plus transparent pour une vision globale qui associe tous les acteurs y compris les usagers.
- Accorder plus de financement à la prévention
- Amélioration de la visibilité des acteurs de prévention pour les usagers et les soignants
- Remboursement des consultations diététiciens / psychologues
- Valoriser le rôle des diététiciens (possibilité de prescrire...)
- Recenser ce qui existe en matière de prévention sur un territoire (guichet unique)
- Valoriser et mieux rémunérer les temps de prévention
- Coter les actes de prévention pour le secteur libéral
- Professionnaliser la prévention avec des financements plus importants et desancements d'AAP ou AAC
- revaloriser les rémunérations des professionnels de santé spécialisés dans la prévention
- Renforcer la médecine du travail et l'utiliser comme levier pour développer la prévention
- Mobiliser la médecine scolaire pour promouvoir la prévention dès le plus jeune âge
- Mobiliser la PMI
- Utiliser la prévention comme pré requis dans les projets pour obtenir des financements/labels
- Faire participer les professionnels d'horizon divers, et les établissements
- Rôle des professionnels de santé, des médiateurs en santé, des patients experts et des accompagnateurs à la santé et de l'interprétariat (langue et compréhension du message) par la reconnaissance de ces nouveaux métiers dans le CSP, dans des structures reconnues de manière pérenne (agrément) et d'un point de vue de la rémunération ( financement AM et non plus par subvention annuelle)
- Modification réglementaire pour reconnaître les métiers de médiation santé et accompagnement à la santé

- Coordonner les actions et les financeurs
- Nouveau métier santé publique de précision pour avoir des données locales et voir les clignotants sur un territoire (exemple de la crise COVID sur les clusters)
- Mettre en place des antennes de santé publique France au niveau des départements.

### Mieux adapter la communication de prévention au public visé

- Pédagogie sur les supports de communication en fonction de la population
- Etablir une communication : bus prévention / centre prévention / Med Vallée
- S'inspirer des campagnes de dépistage qui fonctionnent bien (sein)
- Politique régionale de communication à mener (ARS-CPAM)
- Systématiser l'envoi par la CPAM de courriers automatiques personnalisés aux usagers en fonction de leur situation personnelle
- Développer des actions de prévention, d'éducation à la santé via des médias

### Développer les actions « d'aller vers » et les actions adaptées au territoire

- Créer des postes de médiateur en santé
- Développer l'aller vers dans les lieux de vie (supermarchés...)
- Développer des associations de quartier en mobilisant des professionnels de santé
- Mobiliser les associations pour relayer les messages de prévention au niveau local
- Développer les médiateurs en santé pour toucher les populations difficiles d'accès (communauté des gens du voyage)
- Utiliser des tiers lieux pour diffuser des messages de prévention et sensibiliser la population. Ex : projets alimentaires
- Evaluation des actions par territoire avec pour objectifs :
  - o Planification en lien avec les territoires du service sanitaire en santé (CLS, POVI....)
  - o Mieux faire connaître l'offre
  - o Evaluer les actions par territoire (publics touchés, adaptation du discours)
- Obligation pour chaque territoire d'avoir un CLS

### Développer la prévention et le repérage précoce

- Prévention au programme de l'école dès la maternelle
- Mise en oeuvre de programme de développement de compétences psychosociales sur l'estime de soi pour les usagers –Importance de toucher les parents
- Programme « écoles promotrices de santé » soutenu par l'UNICEF et l'OMS
- Messages simples dès le plus jeune âge
- Développer la prévention en milieu scolaire

### Impliquer davantage les usagers

- S'appuyer sur les associations représentant les usagers
- Travailler avec les patients partenaires

### Adapter la formation à la prévention et à la promotion de la santé

- Travailler sur la formation des premiers secours en santé mentale
- Promouvoir le service sanitaire : inscrire la prévention dès l'apprentissage des professionnels
- Formation obligatoire à la prévention et promotion de la santé :

- des élus sur le lien prévention et actions des collectivités territoriales ( nutrition, bien bouger, santé environnement....) – montrer que l'action des élus est un déterminant de bonne santé
- modules obligatoires dans le parcours de la formation initiale des professionnels de santé
- dans les écoles (prévu dans le code de l'éducation nationale, mais pas de financement....)