

Vos idées pour la santé, parlons-en !

Synthèse de la concertation en Tarn-et-Garonne

SYNTHESE DE RESTITUTION CNR Santé MONTAUBAN – TARN ET GARONNE (02/12/2022)

I – Éléments de contexte

La situation du territoire

Le département de Tarn-et-Garonne (82) comprend près de 262 000 habitants et 195 communes regroupées en 10 EPCI. Département à dominante rurale, il se caractérise par une forte précarité de sa population (17.2 % vivant sous le seuil de pauvreté en 2015 – source Insee) et par une croissance démographique en évolution constante (1.1 % entre 2010 et 2015 soit le 3ème département le plus attractif de la région). Les moins de 20 ans représentent près d'un quart de la population (département le plus jeune de la région après la Haute-Garonne). La proportion de personnes âgées de plus de 60 ans est également importante avec 28.5 % (RP 2019 Insee). La situation sanitaire est globalement moins favorable que la moyenne régionale. Le Tarn-et-Garonne illustre ainsi les disparités infra territoriales observées en région Occitanie. Le département comporte 4 quartiers prioritaires de la politique de la ville : Montauban (médiathèque-Chambord et cœur de ville), Moissac (Sarlat et cœur de ville).

La démographie médicale est la plus faible de la région, mais le département peut s'appuyer sur une réelle dynamique d'acteurs, en témoigne le nombre de projets d'exercice coordonné existants (14 Maisons de santé pluri professionnelles, 2 Equipes de soins primaires et à terme 6 CPTS), mais aussi la perspective de 3 Contrats locaux de santé (2 en cours).

Le département a pu bénéficier des mesures exceptionnelles proposées dans le cadre du Ségur investissement, aux travers de 3 projets structurants dans le champ sanitaire qui vont conforter l'offre sur les bassins de Caussade (reconstruction du CH), de Castelsarrasin-Moissac (restructuration du CHIC) et plus largement sur l'ensemble du territoire avec la construction du nouvel hôpital de Montauban à l'horizon 2030.

Les réunions de co-construction

Organisé en lien étroit avec la préfecture, le CNR territorialisé en Tarn-et-Garonne s'est déroulé le 2 décembre 2022 de 10h à 16h à l'ancien collège de Montauban. Plus de 170 invitations ont été diffusées, regroupant les membres titulaires et suppléants du Conseil Territorial de Santé, les présidents des EPCI et de l'association des maires de France, les députés, les sénateurs, le président du conseil départemental, les chefs d'établissements et les représentants syndicaux siégeant au conseil de surveillance des établissements de santé, les URPS et les Ordres, les représentants de l'Assurance Maladie (MSA, CPAM), les professionnels de santé exerçant dans des structures d'exercice coordonné, de régulation ou de l'aide médicale d'urgence, le SDIS, des usagers (en particulier ceux inscrits sur la plateforme nationale) et à toute personne ayant exprimé auprès de l'ARS son souhait d'y participer. Ce sont plus de 70 personnes qui ont été réunies pour débattre autour des 4 séquences thématiques proposées au niveau national.

La journée de concertation s'est déroulée en mode plénier pour faire suite aux deux ateliers de travail organisés les 9 et 16 novembre 2022 dans le cadre de l'évaluation du PRS 2018-2022 et plus précisément sur l'offre de soins sur le territoire et réunissant les membres du CTS et les élus des EPCI.

Les 4 séquences thématiques ont été précédées d'une intervention d'un « grand témoin », en la personne de M. Pierre Gauthier, président du CTS et ancien haut fonctionnaire de la santé (directeur de DDASS, DRASS et d'ARH) pour exposer sa vision des enjeux du territoire (cf. annexe).

Dans le cadre affiché d'une démocratie sanitaire participative, l'animation des 4 séquences thématiques a été confiée à des membres de la société civile (préalablement formés à la technique d'animation et aux attendus) à savoir : deux médecins généralistes, référents de MSP et de CPTS (séquence « accès à un médecin traitant » et « continuité et permanence des soins »), une infirmière conseillère technique de l'inspecteur d'académie (séquence « prévention ») et un élu, maire d'une commune rurale de 1400 habitants (séquence « attractivité des métiers »).

Les participants avaient été destinataires, avec l'envoi de l'invitation, d'une fiche intitulée « boîte à idée » afin qu'ils puissent transmettre leurs « constats ; solutions/propositions » sur chaque thème. Ces éléments, portés à la connaissance des animateurs en amont, ont été projetés en séance afin d'alimenter le débat.

La journée s'est déroulée dans un climat serein et constructif en raison d'une participation active aux différents temps d'échange. Les idées forces exprimées ont été saisies en direct sur ordinateur afin d'être présentées à l'auditoire en fin de séquence permettant ainsi une validation collective de la retranscription des échanges.

A noter que la journée du 2 décembre s'inscrivait dans un contexte de mouvement social lancé au niveau national (grèves des LBM et personnels médicaux notamment). Un participant porteur d'une blouse blanche en salle avec une mention « revendicative », et une manifestation extérieure l'après-midi à l'appel de la CGT sont à souligner mais sans impact sur le bon déroulé de l'évènement.

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

L'accès à un médecin traitant constitue la première préoccupation des usagers. Les caractéristiques observées dans le département traduisent en effet les difficultés rencontrées :

- Un nombre de médecins généralistes globalement stable au cours des 5 dernières années, mais une densité de 7,9 médecins pour 10 000 habitants contre 8,6 en France (Source carto santé),
- Une tension de la démographie médicale, liée aux départs en retraite prévus et au dynamisme démographique. 26 000 patients sont d'ores et déjà sans médecin traitant dans le département (source CPAM),
- Un taux de médecin de + 60 ans supérieur à la moyenne nationale (34% contre 32,2 %) mais un taux de médecins de – de 40 ans, supérieur à la moyenne nationale (26,1% contre 23,7 %),
- Les difficultés d'accès à un médecin traitant semblent majorées dans les territoires ruraux, en particulier pour les personnes vulnérables et les nouveaux arrivants,
- Des difficultés également d'accès aux médecins spécialistes et aux paramédicaux (orthophonistes, ...),
- Une diminution des installations de médecins à l'issue de leurs études.

Solutions / Propositions

Développer des dispositifs facilitant le recours au médecin traitant :

- Accompagner les initiatives locales de création de centres de santé (salariat de professionnels) dans un objectif de maillage de l'offre et d'attractivité du métier (volonté d'une partie des jeunes diplômés); Pour ce faire, il est proposé la mise en place d'un dispositif national de soutien,
- Mettre en place un service public décentralisé (porté par exemple par la région) de médecine générale,
- Favoriser la lisibilité de l'offre de soin pour l'utilisateur notamment sur les nouveaux dispositifs d'exercice coordonné et l'établissement de liens forts entre la ville et l'hôpital (accompagnement des personnes grâce à des liens de confiance),
- Développer plus largement les assistants médicaux pour optimiser le temps médical,
- Simplifier les procédures/tâches administratives des médecins généralistes,
- Revaloriser les actes médicaux,
- Développer la E prescription et la télémédecine,
- En lien avec les URPS, favoriser la constitution de liste d'attente commune à l'échelon départemental pour l'accès aux soins paramédicaux,

Développer les compétences des professionnels paramédicaux au sein d'une équipe référente :

L'évolution de la réglementation (même si elle peut être parfois complexe) et le déploiement de nouveaux dispositifs permettent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle de pouvoir répondre aux demandes de soins des patients. Les débats ont mis en exergue la nécessité de développer et de déployer ces nouveaux modes de prises en charge.

- Mettre en place des équipes référentes pour les personnes en ALD : médecin traitant, pharmaciens, IDEL ... ,
- Mettre en place les transferts de tâches (renouvellement d'ordonnance, conciliation médicamenteuse...), en favorisant notamment l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA) et aux IDEL (en augmentant si nécessaire les compétences réglementaires des IDE/IPA),
- Permettre la primo prescription par certains professionnels paramédicaux,
- Proposer et former des IPA en gériatrie qui permettraient aux médecins d'intervenir principalement sur les cas complexes,
- Faciliter l'accès à la contraception d'urgence et à une offre en gynécologie dans les MSP,
- Identifier des infirmières référentes « pivot du soin » en appui du médecin traitant,
- Développer l'autonomie des IDEL dans les territoires ruraux,
- Proposer une aide renforcée au financement des études d'IPA.

Prendre en compte les difficultés d'accès aux soins de certains publics :

Le département majoritairement rural connaît des taux de précarité important. Plusieurs centres d'accueil d'hébergement et d'insertion ainsi que des centre d'accueil pour demandeurs d'asile sont implantés sur le territoire. L'assemblée a souligné que ces publics dits vulnérables devraient bénéficier d'une organisation spécifique leur permettant l'accès au soin.

- Créer des conditions favorables pour accompagner certains publics vers la téléconsultation,
- Permettre la prise en charge directe des demandeurs d'asile avec un interprétariat,
- Favoriser le maintien à domicile pour les personnes en situation de handicap rare (assouplir les conditions d'accès à la prestation PCH au-delà de 60 ans),
- Mettre en place le tiers payant dans le secteur privé pour les personnes en situation de précarité (en particulier dans le cadre des SNP),
- Promouvoir les transports pour faciliter l'accès aux soins des personnes isolées,
- Communiquer l'organisation des dispositifs de soin aux associations sociales qui accompagnent au quotidien les publics en situation de précarité,
- Raccourcir voire supprimer le délai de carence pour la mise en place effective de la couverture santé des demandeurs d'asile,
- Généraliser les démarches d'« Aller vers » les populations vulnérables afin de les inclure dans le système de soins via une offre de proximité.

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

Constats

La hausse du nombre d'habitants dans le département, l'évolution des besoins de santé, la diminution de la démographie médicale en ville et dans les services d'urgence ont pour conséquence une augmentation des demandes de soins souvent non programmées qui demandent à être organisées entre le secteur de la ville et le secteur hospitalier.

La perspective de mise en place du SAS (Service d'Accès aux Soins) et de la mission soins non programmés (SNP) des CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) constitue un des éléments de réponse à la demande de soins non programmés.

Actuellement, les participants estiment que :

- les délais d'attente pour les soins non-programmés sont trop longs,
- la coordination « ville-hôpital » est à améliorer,
- la prise en charge des soins non-programmés des spécialités dentaires et ophtalmiques est à construire,
- le recours inadéquat aux services d'urgence peut s'expliquer en partie par l'absence de réponse en ville.

Faire évoluer les pratiques professionnelles et simplifier les démarches administratives :

L'environnement administratif complexe a été souligné comme étant chronophage et les exigences réglementaires actuelles ne permettent pas de graduer le besoin de soins non programmé. Une évolution des pratiques professionnelles où chaque professionnel de santé serait sollicité pour un besoin particulier relevant de sa compétence dans un cadre réglementaire sécurisé (au sein d'exercice coordonné notamment) et assoupli, permettrait, selon les participants, une meilleure prise en charge des patients.

Dans cet objectifs, les participants ont émis les solutions suivantes :

- Faire l'économie de consultation pour les patients qui sollicitent des arrêts de travail de courte durée (<3J) ou une garde pour enfant malade,
- Reconnaissance par l'assurance maladie du renouvellement d'ordonnance par les paramédicaux. Instaurer par exemple la primo prescription et le renouvellement des ordonnances par les pédicures/podologues,
- Délivrer les autorisations d'installation d'IDE dans les zones surdotées pour exercer dans un centre de SNP,
- Organiser l'accès direct aux professionnels des MSP, kinésithérapeutes (MK) par exemple ou autres professionnels, pour une prise en charge en première intention dans un cadre pluri professionnel,
- Permettre les constats de décès par des IDE en EHPAD,
- Favoriser l'interconnaissance des professionnels de santé pour améliorer les orientations et la coordination des prises en charge notamment au sein des exercices coordonnés,
- Se doter d'une organisation de la régulation par les médecins de ville pour répondre aux demandes de soins des usagers,
- Mettre en place un numéro d'accès direct aux urgences entre médecins généralistes et urgentistes pour faciliter l'accueil aux urgences ou les admissions directes dans les services de médecine,
- Améliorer l'accès à la psychiatrie: mettre en place un numéro dédié avec l'équipe hospitalière et faire émerger la psychiatrie/santé mentale dans les parcours de santé déployés par les acteurs du 1er recours,
- Fluidifier les prises en charge en urgence des enfants en pédopsychiatrie en attribuant plus de moyens,
- Mettre en place une PDSA le samedi matin,
- Reconnaître la mission de prévention primaire réalisée par les IDE/MK au domicile des patients ; Officialiser le rôle d'infirmier référent avec mise en place d'un modèle économique,
- Organiser des accès directs au dépistage pour les patients en rupture de soin,
- Déployer les protocoles de coopération nationaux (par exemple pour une prise en charge rapide des cystites),
- Mettre en place des équipes mobile en psychiatrie et améliorer la coordination entre les médecins de ville et les professionnels de la psychiatrie.

Déployer des actions d'éducation à la santé de la population sur le recours aux soins et communiquer sur l'offre et son évolution.

La place de l'utilisateur dans le système de santé a été largement évoquée tout au long des débats. Il apparaît indispensable selon les participants, de développer davantage les supports de communication sur l'offre existante pour que le patient puisse se saisir de son environnement en santé, pouvoir par exemple avoir recours à un traitement qui peut être délivré via un protocole de coopération par un professionnel de santé. De même, au regard du contexte local, il a été souligné la nécessité de développer des actions relatives à l'éducation à la santé vers la population pour faciliter le bon usage des soins.

- Définir et rendre effective la place de l'utilisateur dans les nouveaux modes d'exercice coordonné (MSP, CTS),

- Mettre en place un système de suivi, d'analyse des plaintes et réclamations des usagers pour permettre de dégager des axes d'amélioration sur la prise en charge des soins non programmés,
- Faire connaître et communiquer sur les compétences autonomes des sages-femmes (notamment via les réseaux sociaux) : soins d'urgence « post naissance » par exemple, et mettre en place une permanence des soins de sage-femme,
- Communiquer également sur les compétences autonomes des IDEL,
- Permettre aux patients de mieux appréhender et gérer les urgences « ressenties » notamment pour les enfants,
- Communiquer sur les compétences et le rôle des pharmaciens (protocoles de coopération « cystite » par exemple) et des autres professionnels de santé,
- Redonner confiance aux usagers en communiquant sur l'organisation locale des soins (CPTS, MSP...) pour rendre lisible le système de santé.

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

Constats

Les participants ont tout d'abord rappelé l'importance d'une approche globale de la santé incluant la prévention à tous les âges de la vie et en s'appuyant en synergie sur l'ensemble des professionnels de santé, le milieu associatif mais aussi les pairs, patients « partenaires/experts » et la cellule familiale. Dans cet objectif partagé, il a été relevé :

- une prévention primaire insuffisamment développée avec trop peu de publics bénéficiaires,
- un manque de visibilité, de coordination et de valorisation des actions de prévention déjà menées sur le territoire,
- un maillage insuffisant des actions de prévention sur l'ensemble du territoire,
- des difficultés multi factorielles face aux parcours complexes (social, médico-social, médical),
- une augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques,
- des inégalités d'espérance de vie et de morbidité selon les catégories socio-professionnelles.

Solutions / Propositions

Structurer l'offre de prévention sur le département

- S'appuyer sur les réseaux et les associations existantes sur le territoire,
- Elaborer un répertoire des acteurs et des actions de prévention et de promotion de la santé menées sur l'ensemble du département,
- Créer un observatoire départemental de la prévention (veille des besoins et actualisation des ressources mobilisables, ...),

Elaborer une stratégie de communication en prévention

- Développer une culture commune de prévention et de promotion de la santé positive en direction du grand public,
- Favoriser une communication simple, facilement relayable tant par les professionnels de santé que par les habitants eux-mêmes (ou via les mairies),
- Gagner en efficacité par des messages de prévention ciblés vers des publics identifiés : enfants, jeunes, personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes en situation d'addiction, populations porteuses de pathologies chroniques (diabète, obésité, ...).

Soutenir le déploiement des actions de prévention au plus près des populations

- Développer les actions de prévention itinérantes pour couvrir l'ensemble du département,
- Encourager les démarches d'« aller vers », en tenant compte des besoins exprimés par territoire,
- Favoriser la médiation en santé et l'accompagnement des publics vulnérables et éloignés des messages de prévention,
- Prendre appui sur les dynamiques locales de santé « CLS-CLSM-CPTS » pour décliner des programmes concertés de prévention et de promotion de la santé, à inscrire dans la durée,
- Envisager des modalités de « déplacements vers », de « mobilité vers » les structures de prévention et de dépistage,

Développer l'éducation à la santé et promouvoir les environnements favorables à la santé positive

- Promouvoir l'éducation à la santé, par les pairs et pour les pairs et ce, dès le plus jeune âge,
- Favoriser le développement des compétences psychosociales en resituant l'utilisateur « acteur de sa santé »,
- Encourager la mise en place d'espaces d'expression et d'écoute par des acteurs de prévention et/ou de santé, des enfants et des adolescents, au sein des écoles, collèges et lycées,
- Organiser des environnements favorables à la santé et propices au bien-être (pistes cyclables, espace piétons protégés, végétalisation d'espaces publics...).

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

Constats

Le caractère rural du département et sa proximité avec l'aire urbaine toulousaine marquent le manque d'attractivité du territoire. Les « déserts médicaux » sont nombreux en particulier pour les spécialistes.

Le recrutement via Parcours Sup ne permet pas de juger de la motivation des candidats qui reste un facteur important de persévérance des étudiants dans leurs parcours diplômants et des diplômés dans la vie active sur le métier auquel ils ont été formés.

Ce déficit potentiel se cumule à des capacités de formation inférieure aux besoins actuels.

Il n'est par ailleurs pas certain que les aides à l'installation soient un levier puissant d'attractivité sur un territoire comme le Tarn-et-Garonne.

Le dynamisme et la diversité économique du territoire ne joue pas en la faveur de l'installation de couples / familles : la difficulté est grande pour le conjoint de trouver un poste en Tarn-et-Garonne.

Solutions / Propositions

Revisiter les cursus de formation pour une attractivité renouvelée et une meilleure adéquation avec les exercices

Un des domaines beaucoup cité et mis en avant par les participants est celui de la formation, tant initiale que continue, et sur toutes les spécialités médicales comme paramédicales. Porte d'entrée des nombreux métiers du domaine du soin, elle doit s'adapter aux évolutions des pratiques mais aussi des attendus des étudiants ou futurs étudiants.

La première proposition est de remettre en place la sélection avec un entretien motivationnel dans les formations paramédicales en lieu et place de Parcoursup.

Sur les formations paramédicales, d'autres propositions ont émergé :

- Promouvoir les formations paramédicales / sociales en alternance ou en contrat de professionnalisation. C'est aujourd'hui un mode de formation plébiscité dans de nombreux domaines en permettant une découverte au contact de la réalité en parallèle des acquisitions théoriques ;
- Proposer une offre en proximité sur le territoire avec des antennes pour les formations aides-soignants et infirmières, ouvrirait des perspectives aux jeunes de ce territoire et leur permettrait grâce à la diversité des offreurs de soins accessibles d'y exercer à leur sortie ;
- Offrir deux rentrées par année scolaire (septembre / janvier) permettrait d'augmenter le nombre de diplômés mais aussi de répartir sur deux périodes les arrivées sur le marché du travail et donc de multiplier les possibilités d'intégration pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux ;
- Revenir au séquençage 4-5 semaines de cours / stages alternés qui correspond mieux au rythme des établissements et permet une véritable acquisition de compétences durant ces derniers ;
- Reprendre / revaloriser l'enseignement infirmier en psychiatrie qui manque cruellement aujourd'hui dans le panel de « spécialités » d'infirmiers.

Concernant les formations médicales, deux propositions ont été mises en avant :

- Remettre de l'humanisation dans le soin, c'est-à-dire ajouter aux enseignements techniques des études médicales/paramédicales des modules axés sur la relation humaine tant avec les pairs qu'avec les équipes soignantes ou les patients et leurs familles.
- Révision du cursus de la formation des médecins : réduire la durée à 7-8 ans en médecine générale et permettre à ceux qui le souhaitent une spécialisation par des unités d'enseignement complémentaires (oncologie, soins palliatif, ...), ce qui accélérerait l'arrivée de nouveaux MG.

Des propositions ont aussi concerné la formation continue. Focalisées sur les IDE, car la diversité d'exercice et de parcours professionnels possibles sont à valoriser pour accroître l'attractivité du métier.

Ainsi ont été proposés :

- La mise en œuvre de la certification IPA en validant certains modules d'enseignements via la VAE avec d'une part, un accompagnement financier pour les IDEL (cursus non rémunéré) et d'autre part en remplaçant le concours d'accès par un entretien motivationnel (les IDE(L) qui se dirigent vers cette certification ont une expérience professionnelle reconnue),
- La mise en œuvre pour les IDE de passerelles vers les études de médecine, car cela peut-être une orientation de carrière de certain(e)s.

L'organisation du travail quel que soit le mode ou l'environnement d'exercice est un critère d'attractivité / de fidélisation des professionnels

C'est en effet un critère mis en avant par les jeunes générations mais que les plus anciens professionnels ont adopté, et tous les environnements d'exercice (établissements, exercice coordonné, exercice partagé) doivent en tenir compte.

Des propositions ciblées ont été mise en avant :

- Diminuer la charge administrative pour que les IDE / médecins soient auprès des patients a recueilli l'unanimité des professionnels,
- Réfléchir la QVT (qualité de vie au travail) au sein de toutes les organisations et échanger sur les bonnes pratiques notamment des structures qui connaissent un faible turn over,
- Ne pas oublier la revalorisation des métiers des intervenants à domicile, car ils participent aussi à la prise en charge des usagers qui souhaitent rester le plus longtemps possible à leur domicile,
- L'attractivité du cadre d'exercice coordonné (y compris les AS qui interviennent à domicile) ne doit pas être réduite par la concurrence de pratiques de surenchère aboutissant à du nomadisme des professionnels,
- Promouvoir des gardes avancées dans les déserts médicaux que devrait permettre le déploiement des CPTS sur le territoire,
- Une évolution de la réglementation de l'exercice des médecins à diplômes étrangers (hors UE) permettrait un renfort rapide sur l'ensemble des spécialités médicales.

La rémunération reste une source d'attractivité non négligeable

Tous les participants se sont accordés à dire que la rémunération ou l'incitation financière n'était pas la seule source d'attractivité, ni la plus importante.

Les propositions que ce sujet a suscitées en Tarn-et-Garonne sont les suivantes :

- La revalorisation du bas des grilles s'avère nécessaire, car les rémunérations correspondantes ne sont pas de nature à attirer les professionnels ni à les fidéliser,
- Il faut aussi adapter la grille indiciaire pour les professionnels paramédicaux vis-à-vis de leur travail avec les professionnels libéraux,
- Fluidifier et déplaçonner en lien avec la CPAM, le quota de recours par spécialiste à la télé-expertise (dermatologues, ...), mesure jugée indispensable dans un phénomène de désertification médicale qui touche aussi les spécialistes,
- « Redimensionner » les contrôles de la CPAM vis-à-vis des indus.

L'attractivité des métiers du soin ne peut être totalement dissociée de l'attractivité d'un territoire

L'installation d'un médecin est le plus souvent l'occasion de l'arrivée d'un couple ou d'une famille. Ce qui implique bien entendu un environnement propice à la réalisation d'une vie de famille satisfaisante. Le territoire doit donc pouvoir proposer des logements adaptés (point clef à résoudre dans l'aire toulousaine), un tissu économique pourvoyeur d'emplois pour le conjoint, des établissements scolaires mais aussi, en particulier en zone rurale, des services publics (la Poste, ...) et un réseau de transport vers les établissements de soins, les consultations de spécialistes et les équipements d'imagerie. Ces derniers d'ailleurs ne sont pas destinés qu'aux médecins, mais à tous les citoyens.

Dans ce cadre, une proposition complémentaire a été évoquée :

- Installer des micro-crèches à horaires élargis (6h30 – 21h30) à proximité des établissements de soins avec l'appui de la CAF peut devenir presque un avantage concurrentiel.

Enfin, la communication sur les métiers doit trouver de nouveaux supports, de nouveaux temps

Outre les réseaux sociaux qui « parlent » plus aux jeunes, une communication plus tournée vers la découverte, le concret / la réalité des métiers, leur variété et les possibilités d'évolution (de carrière) doit être mise en œuvre en complément ou en remplacement des campagnes nationales institutionnelles.

Propositions des participants :

- Parler des métiers autrement et plus concrètement en accueillant des collégiens pour les stages de 3e ou lycéens en stage de 2nde ;
- Identifier des étudiants dans les zones où on veut qu'ils s'installent (« étudiants de la ruralité pour la ruralité »). Décliner les politiques d'aller vers, sur le volet attractivité des métiers. Ouvrir des perspectives de métiers et de carrières pour les jeunes lycéens en milieu rural peut créer un vivier de futurs professionnels de santé non négligeable.

III – Perspectives

La présente synthèse a été communiquée à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie pour examen lors de sa commission permanente du 14/12/2022.

Il a été convenu également avec le président du CTS que les modalités de rétro information de cette journée seront travaillées prochainement en bureau.

Enfin, cette séance a démontré l'importance d'articuler des temps de démocratie sanitaire participative sur des thématiques choisies en complément des travaux menés dans le cadre du Conseil territorial de santé.

Les différentes propositions émises viendront également alimenter les réflexions régionales qui vont être engagées début 2023 en vue d'élaborer le futur Projet Régional de Santé.
