

CRSA PLENIERE EXCEPTIONNELLE
CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION - SANTE

CCI du DOUBS, BESANCON, le 12.12.2022



Introduction monsieur le Président : Bienvenue madame la Ministre. Je vous accueille en CRSA en séance plénière. Nous sommes très honorés de votre visite. Nous avons dans notre belle grande région Bourgogne-Franche-Comté, une habitude de travail avec l'ARS et nous avons décidé de collaborer ensemble sur le CNR Santé. Nous avons mis en place toute une démarche de travail qui a pu nous mobiliser nous CRSA, mobiliser tous

les acteurs de la CRSA dans le cadre du CNR Santé et essayant de construire quelque chose d'utile à la fois à la CRSA, ses travaux pour le PRS mais aussi pour le CNR. Dans notre région, 1 200 participants, ils ne sont pas tous ici aujourd'hui. Nous sommes dans une configuration où environ 80 personnes ont travaillé depuis ce matin. Certains se sont ajoutés cet après-midi grâce à vous. Mais nous avons bien travaillé ce matin. Une vingtaine de réunions au total. Il faut remercier les équipes de démocratie en santé à l'ARS qui ont beaucoup œuvré jusqu'à ce midi jusqu'à 14 heures pour préparer cette synthèse. Je ne vais pas vous faire la liste des défis, mais nous avons travaillé autour des 4 défis. Nous sommes prêts à vous présenter les priorités que nous avons choisi de valoriser par un système de quotation ce matin et que nous allons vous proposer.





Introduction madame la Ministre : Je suis ravie d'être là. Je suis là depuis ce matin, j'ai commencé par Morteau, puis Ornans. Je suis ravie d'être là pour la conclusion de vos travaux du CNR. Tout d'abord vous dire, monsieur le Directeur de l'ARS, monsieur le Président, à quel point votre collaboration est importante et dit tout de ce qui nous souhaitons mettre en œuvre à travers ces

CNR en santé. Le 8 septembre dernier, le Président de la République a souhaité faire du conseil national de la refondation un enjeu de participation des territoires, la santé étant, je crois pouvoir le dire, la préoccupation majeure de nos concitoyens et donc la préoccupation majeure de nos élus. A travers le CNR Santé nous pouvions faire travailler les territoires et vous dire à quel point je suis heureuse de venir dans les CNR. En principe, les professionnels, les élus, les citoyens travaillent et moi, j'écoute. J'aime bien cela surtout parce qu'ils montrent à quel point, le ministère dont j'ai l'honneur d'avoir la charge, qui s'appelle à la fois organisation territoriale et des professions de santé, qui est un nouveau ministère. La création de ce ministère et le travail qui est le vôtre, montre à quel point cela était nécessaire et que les solutions et les réponses qui viennent des territoires sont en partie, la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens. Je l'ai dit ce matin à Morteau, mais je le redis, la volonté du Président de la République à travers la création de ce ministère est de montrer que la solution n'est pas unique, imposée à tous les territoires qui viendrait du ministère de la santé et qui s'appliquerait à Besançon, à Montpellier et à Brest, ça ne marche pas et ça ne peut plus marcher. C'est bien l'inverse qu'il nous faut entamer et c'est vraiment l'objet de ces CNR. Et pour en faire quelques-uns, beaucoup, j'étais la semaine dernière à Albi, j'étais jeudi, chez moi en Normandie. Je suis intimement convaincue, l'élue de terrain et de territoire que je suis, la ministre de terrain que je suis, c'est bien avec les territoires, avec tous les acteurs des territoires, les citoyens, la démocratie en santé, j'y crois fermement, avec les professionnels de santé, sans qui on ne peut plus faire, sans qui on ne doit pas faire. Avec les élus, qui ont montré, pendant la crise sanitaire, à quel point la coopération entre, les maires, les conseils départementaux, les conseils régionaux, avec les Préfets, avec les ARS, on arrive à apporter une réponse rapide et efficace. C'est bien tout ça qui a été synthétisé, mon ministère résulte de tout ça. Ces CNR vont nous montrer, à quel point, dans tous les territoires, il existe des bonnes idées, charge aux ARS de les mettre en œuvre dès que possible et puis de fournir avec la synthèse de toutes les régions, une boîte à outils dont les territoires pourront disposer. C'est bien cette machine que nous sommes en train d'inverser. Je suis intimement convaincue que c'est comme ça que nous allons y arriver. Parce que les 20 réunions, les 1 200 participants montrent à quel point que ceux qui étaient dubitatifs sur la réussite de ces CNR santé, montrent à quel point c'est une réussite, et une vraie volonté de chacun des acteurs de participer à construire la réponse parce que c'est un enjeu majeur pour nos concitoyens. Encore un grand merci pour tout ça !

Président : le travail de ce matin était de prioriser les choses d'un point de vue de la CRSA BFC. La priorisation s'est faite à partir de 6 critères d'évaluation (cf. Support)



Deux remarques préliminaires de la part du groupe de travail, la première c'est que dans l'ensemble des éléments que je vais vous restituer suite aux travaux de ce matin, ne ressortent ni les sujets d'incitation à l'installation ni d'obligation à l'installation sur les réponses aux déserts médicaux, notamment parce que la manière dont elles ont été ressorties et formulées nous sont apparues trop tranchées. Dans le système de notation que nous avons adopté, aucune de ces deux mesures n'est ressortie. Le groupe a trouvé important de prendre en compte cet élément là et qu'en la matière ce qui nous paraissait équilibré était d'aller vers des obligations selon les besoins relatifs aux déserts médicaux mais avec de la mesure dans la mise en œuvre, dans la mesure où cela risquait d'être contre-productif. La deuxième chose qui ressort, c'est que même si on s'est plié à l'exercice de l'atelier et qui a pour titre « donner accès à un médecin traitant ou une équipe traitante à tous » et qui termine par « en particulier aux plus fragiles », ce dont on s'est rendu compte au fur et à mesure du travail, c'est que malgré tout, les mesures sont adressées, et c'est logique, à la population générale et on souhaitant faire ressortir en point de vigilance le fait d'avoir en tête, que les populations les plus fragiles et notamment celles en situation de handicap, pour bien connaître ce sujet-là, il y a une dimension plus spécifique à aborder. En particulier, d'intégrer les enjeux d'accompagnement social et médico-social est déterminant si on veut avoir une effectivité de l'accès à la santé.

Christophe ALLIGIER, vice-président de la commission spécialisée médico-sociale / Animateur et rapporteur du défi 1 (cf. support séance)



Mireille LOBREAU, membre de la commission spécialisée droits des usagers / Animatrice et rapporteuse pour le défi 2 (cf. support)



Vote favorable pour les deux premiers défis.

DEBATS ET ECHANGES

Denis VALZER (représentant FHF, membre de la CRSA) :



Je voudrais déjà dire que nous n'étions peut-être pas très enthousiastes au démarrage, sur cette concertation car nous connaissons les problèmes. Pour autant, ça a permis des échanges intéressants. En ce qui nous concerne, on a essayé de motiver les établissements pour participer. Cela n'a pas toujours été possible puisque nous sommes face à une triple épidémie, comme vous le savez, et les disponibilités ne sont pas faciles à trouver chez les uns et les autres, mais c'est un aspect positif dans la démocratie sanitaire. Je voudrais revenir sur les propos de Christophe Alligier sur le premier thème. Il y a une anomalie, due à la méthode qu'on est pas mis en avant, ou moins mis en avant, ce qui favorisait l'installation des médecins dans les déserts médicaux. On sait que dans notre région, nous en avons un certain nombre, on connaît les problèmes que ça posent. A la FHF, nous sommes tout à fait mobilisés sur ce point, même si ça ne nous concerne pas directement, dans la mesure où ça se répercute ensuite dans les établissements. Je pense qu'il faut qu'il y ait des mesures,

en combinant de l'incitation, peut-être de la désincitation d'installation dans des territoires sur-dotés. Et peut-être, mais à graduer, une certaine forme de contrainte. Le deuxième élément sur lequel je souhaiterais insister, en dehors du développement du SAS qui a été mentionné, c'est de faire en sorte que l'ensemble des professionnels de santé, graduellement, puissent s'investir pleinement dans la permanence des soins ambulatoires et dans la permanence des soins en établissement de santé. Je crois, que dans nos territoires, nous avons besoin de l'ensemble des professionnels. Chaque professionnel doit se sentir mobiliser individuellement sur ces enjeux de continuité des soins, notamment aux heures non ouvrables.

Docteur COULAN – mouvement médecins pour demain



Le mouvement concerne majoritairement des jeunes médecins d'une trentaine d'années, essentiellement des femmes. Le mouvement n'a pas pour but de doubler les revenus des médecins généralistes, comme ça a été évoqué, le mouvement a pour but de remettre la médecine au cœur de la société et de revaloriser le rôle du médecin dans la société. Pour cela, il y a deux axes principaux : la diminution de la charge administrative par deux leviers, l'embauche de secrétaire pour les médecins qui n'en ont pas, et d'embaucher des assistants médicaux. Je rappelle deux chiffres, en France le médecin emploie 0,2 équivalent temps plein alors qu'en Allemagne, le médecin a 2 équivalents temps plein. Avec la complexité des situations prises en charge par la médecine et la charge administrative qui augmente (atteint 25 à 30 % de charge administrative pour les médecins). Les CPTS, on est plutôt contre dans la forme telle qu'elle nous est présentée car nous trouvons le dispositif très lourd, en temps de réunions, en temps administratif, de remplissage de dossier, etc. Cela va vers une charge du médecin qui nous paraît peu intuitive. Le deuxième axe concerne le contenu de la consultation. La médecine se complexifie de plus en plus. Avec cette complexité, il va y avoir un temps médical qui va s'allonger auprès des patients notamment les plus fragiles et les personnes âgées. Pour répondre à cela, évidemment avec 25 euros la consultation et 8 euros qui restent à la fin au médecin, c'est difficile d'investir, à la fois dans le temps et dans les moyens humains. Je vais prendre un exemple de ce que pourrait être le rôle du médecin généraliste. La polymédication des personnes âgées, c'est une étude européenne qui a été publiée récemment, montre, qu'elle génère 34% de sur mortalité et 3 500 euros de coût par patient. Quand on parle de polymédication, c'est à partir de 10 à 15 médicaments par patient, ce qui est énorme ! Quand on sait qu'au-delà de 4 à 5 médicaments prescrits les interactions médicamenteuses ne sont plus maîtrisées. Ça génère deux choses : la première est le surcoût hospitalier généré par des chutes et donc des fractures et des hématomes cérébraux, par des baisses de tension. Donc c'est un problème majeur ; la deuxième, une étude américaine de 2019 montre que 30% des médicaments prescrits ne sont pas utilisés. 30% repartent dans la nature. Les patients vont déduire des effets secondaires de leur médicament et arrêter de le prendre, sans en parler au médecin, sans en parler au pharmacien, sans en parler à personne. C'est à nouveau une perte de chance pour ce patient. Les 30% de médicaments se retrouvent souvent dans la nature et ont un impact sur la biodiversité. Je m'explique, sur la biodiversité, il y a eu une conférence, en France, il n'y a pas très longtemps. La biodiversité est en train de s'abîmer, à l'échelle nationale, mondiale et contrairement à ce que l'on peut penser, ce ne sont pas les pesticides qui sont à l'origine de la perte de biodiversité, ce sont les médicaments. Avec en priorité 5 antibiotiques et anti-inflammatoires, et notamment le Voltarène : c'est ce que l'on appelle les micros polluants avec un haut risque environnemental. Il y a 36 produits pharmaceutiques, 7 pesticides et 8 produits chimiques.

Docteur SERIN – médecin généraliste, co-président de la fédération des maisons de santé BFC et vice-président de la CSOS



L'exercice regroupé dans les maisons de santé a fait ses preuves en termes de capacité de prise en charge, de lutte contre les problématiques de démographie médicale, stabilisation, au moins, sur certains territoires, d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Nous voyons de plus en plus de dispositifs qui se mettent en place, comme : l'assistant médical pour pallier justement à la charge administrative des médecins ; les infirmières Azalée, qui sont des infirmières avec des protocoles de coopération intéressants, qui mettent à la disposition des médecins, un temps salarié d'infirmier par l'Assurance Maladie à travers

l'association Azalée. Ce que l'on observe à l'heure actuelle, c'est que plus ces équipes sont en avance pour prendre en charge les populations dans les territoires, plus elles mettent en place des actions, et plus elles ont besoin de moyens. Donc, ce que nous réclamons, c'est une territorialisation des aides. Peut-être investir sur cet exercice puisque nous avons atteint les 20% de médecins généralistes en maisons de santé pluri-professionnelles, investir sur ces équipes et non plus seulement sur le médecin. C'est-à-dire, ce qu'a dit mon confrère qui est complètement vrai, l'évolution de la médecine générale montre une prise en charge extrêmement complexe. Il y a 36 ans, on gérait une pathologie, maintenant on gère une santé globale du patient, mais aussi de la population, et pour cela nous avons besoin d'aide. Le médecin ne peut pas tout faire. Si nous voulons prescrire moins de diclofénac, pour éviter de polluer, il faut pouvoir avoir plus de kinés, pouvoir travailler ensemble sur la prise en charge de la douleur. Donc essayer de mettre en place des actions non-médicamenteuses pour gérer les patients et pouvoir traiter ensemble des interactions médicamenteuses avec le pharmacien. On voit bien que nous avons besoin de moyens pour les équipes. Donc, ce qui serait assez pertinent, c'est que l'on est, non pas une assistante médicale pour tel ou tel médecin, mais pour des équipes, qu'on puisse avoir des infirmières de pratique avancée, du début de l'année à la fin de l'année, ou aussi des infirmières Azalée en parallèle, c'est-à-dire quand elles sont en vacances, quand elles sont en formation, et bien qu'on n'enlève pas ce service à la population et aux professionnels de santé qui s'en occupent. On voit qu'il faut investir sur des équipes qui ont eu le courage, qui ont innové, qui prennent en charge de façon différente des personnes isolées. L'autre élément, je rejoins mon confrère aussi, « Doctolib » ou un secrétariat téléphonique, ça ne fait pas le job face à la présence d'une secrétaire physique. J'appelle ces professionnels des accueillantes, c'est la première entrée au niveau du système de santé, après le pharmacien, certes, parce que le pharmacien voit énormément de monde, mais quand il est intégré à l'équipe, il y a une capacité de prise en charge de la population qui est complètement décuplée. Il faut investir sur ces moyens humains et aussi, peut-être plus de souplesse dans les pratiques. On dit, avec la CPTS il y a des protocoles de coopération, mais c'est un peu traitre. J'entends bien mes confrères : « si j'adhère à la CPTS, on va me mettre un protocole que je n'aurais pas décidé avec un pharmacien à l'autre bout du territoire. » Je pense qu'il faut capitaliser avec ce qui existe déjà, en proximité, au niveau des patientèles et permettre aux équipes d'organiser l'accueil des soins non programmés, d'organiser le soutien au maintien à domicile de nos personnes handicapées, de nos personnes vieillissantes et de construire des liens avec nos hôpitaux en proximité. Les CPTS venant derrière, en appui des professionnels pour les aider, quand elles ont besoin de solutions plus territoriales. C'est-à-dire, par exemple, on aurait besoin d'un directeur d'information médicale dans nos maisons de santé pour pouvoir lister les patients que l'on doit vacciner les premiers, si on a telle ou telle épidémie qui arrive, il faut protéger telle ou telle personne. Si on a une coupure d'électricité, recenser les personnes qui vont avoir besoin d'être entourées à ce moment-là. On a besoin de pouvoir gérer nos bases de

données parce que les maisons de santé ont un système d'information partagé, et qui permet d'avoir beaucoup d'informations. Il faut pouvoir les utiliser alors qu'on est au taquet de la prise en charge des patients chroniques, des soins non programmés. Ce que je demande, c'est un investissement sur les équipes coordonnées en fonction des territoires, en fonction de leur projet de santé. Le dernier élément qui est primordial, c'est qu'on incite à avoir une assistante, une infirmière en pratique avancée, un interne, un externe, mais où les mettre tous ces professionnels. On a un vrai problème architectural, d'une part dans les cabinets isolés, et d'autre part dans les maisons de santé où nous avons besoin de pousser les murs, de pouvoir faire des extensions le plus rapidement possible pour répondre aux besoins de la population et des professionnels qui veulent s'installer. Quand les jeunes arrivent, si nous ne pouvons pas les faire démarrer tout de suite, ils doivent aller ailleurs ou se retourner vers des modes d'exercice anciens.

Eric BLONDET, président de l'URPS médecin



Ce qui me frappe le plus, ces derniers mois, dans les débats c'est qu'on fragmente encore et toujours les questions. On va avoir la délégation de tâches, le transfert de compétences d'un côté, on a vu la séquence inter-ordinale récente et un peu délétère à mon sens. Derrière tout ça, ce qui fait que ça fonctionnera, comme vient de le dire Michel SERIN, c'est la notion d'équipe. On ne peut envisager de délégation de tâches, de transfert de compétences. Je préfère la délégation de tâches lorsqu'elle est organisée entre des personnes qui se connaissent, qui ont l'habitude de travailler ensemble, en serait-ce que pour des raisons de responsabilité et de pouvoir assurer les arrières. Je pense qu'il y a une évolution délétère mais qui pouvait être prévisible mais qui survient malheureusement. Je souhaite insister sur la notion d'équipe, c'est cela qui sera, à mon avis, le gage. Je reviendrai sur cette notion de cloisonnement aussi, entre le public et le privé. J'entends la permanence des soins en établissement de santé, chère à la FHF. Pour ma part, et comme beaucoup d'union régionale de médecins, et vous le savez madame la Ministre, nous portons plutôt l'idée, on l'avait fait savoir lors de la mission flash, d'une permanence de soins territoriale pour les spécialités. C'est-à-dire que nous prenons ensemble, effectivement, notre responsabilité, sur les territoires sur lesquels nous exerçons pour assurer cette permanence de soins en impliquant, non seulement tous les professionnels, mais aussi tous les établissements. Dans cette logique-là, effectivement, un chirurgien viscéral libéral peut participer à la permanence de soins, en accueillant les patients dans ce cadre-là sur l'établissement où il exerce habituellement, pour des raisons de sécurité, de fluidité au sein de l'équipe qui a l'habitude des pratiques des uns et des autres. Ce qui n'empêche pas de travailler ensemble et la gestion de crise est un sujet qui nous imposera un travail ensemble qui devra être instructif et véritablement équitable. Je pense que nous avons de véritables enjeux là-dessus, nous en tout cas, au niveau de l'union, c'est ce à quoi nous appelons. Ce qui pose la question, dans cette période où nous sommes en train de réviser nos schémas régionaux de santé, dans cette période de réforme des autorisations, peut-être de revoir certains modèles, notamment la permanence de soins en établissement de santé. Enfin, en termes de cloisonnement, il est vrai que lorsque l'on entend, lorsqu'on lit tout ce qui concerne le Conseil national de la refondation en santé, on a souvent tendance à scinder le premier recours du deuxième recours. Toutes les enquêtes réalisées, notamment dans les travaux de thèse, sur les freins à l'installation dont apparaît l'accès au deuxième recours comme l'un des principaux freins après les inquiétudes administratives. Je pense que l'on a à travailler ensemble là-dessus, ce qui ouvre les discussions, mais je ne m'étendrai là-dessus, les stages d'internes en libéral aussi. Tout ça participant, comme vient de le dire Michel SERIN, c'est vrai pour le premier recours, ce sera vrai pour le deuxième recours, à maintenir ou à renforcer l'attractivité de nos territoires. Ainsi, reprendre une dynamique positive.

Françoise TENENBAUM, conseillère régionale et représentante de la région au sein de la CRSA BFC



En tant que géographe de la santé, vous ne serez pas étonnée de m'entendre parler de maillage du territoire. Je voudrais rappeler l'intérêt du maillage des contrats locaux de santé, où participent déjà tous les professionnels, les collectivités territoriales, les CPTS, les CTS et autres instances ARS, caisses primaires, DETS et qui me paraît être le maillage de base sur lequel devrait être, maintenant, organisé l'ensemble de notre système de santé, que ce soit des établissements ou de la médecine ambulatoire dite de ville. Je voudrais avancer l'idée d'avoir dans chacun de ces contrats locaux de santé, l'installation d'équipements, et cela dans tous les territoires, afin de pouvoir y envoyer, pour des consultations, des journées de travail, des professionnels des CHU, de type chef de clinique, des assistants territoriaux que la région Bourgogne-Franche-Comté cofinance avec l'ARS. Il me semble être un facteur de qualité de soins, de formation des professionnels sur les territoires et d'attractivité de nos territoires pour des futurs professionnels.

Gérard GIRAUD (visio sans caméra) : Suppléant président du CTS de Côte d'Or, retraité CFDT

Je voudrai réagir sur un point du deuxième défi. Il faut être très prudent avec une généralisation, ou une utilisation forte du numérique, avec un seul chiffre : 40% de la population est en difficulté avec les outils quel qu'il soit. Ce n'est pas uniquement chez les personnes âgées, c'est aussi chez les jeunes. C'est-à-dire que les deux extrémités de la population ont de grosses difficultés à les utiliser. Ces techniques sont intéressantes, mais il ne faut jamais oublier que derrière, il y a 40% des personnes qui vont se décourager, qui ne sauront pas faire, qui ne pourront pas faire, parce qu'ils ne sont pas connectés, parce qu'ils n'ont pas le matériel. Tout cela est à croiser, de manière transversale, avec la culture des personnes et avec le niveau de pauvreté, ou non, des personnes. N'oublions jamais cela. Nous ne pouvons pas supprimer tous les contacts humains, ne serait-ce que pour cette raison-là. Et ça ne se résoudra pas de manière mécanique.



Madame la Ministre

Tout d'abord, je vais me permettre de réagir aux deux présentations autour des deux premiers défis. D'abord, on voit une similitude entre les actions sur ces deux mêmes défis. Ce qui montre bien que les réponses sont à la fois multifactorielles mais elles ne sont pas si nombreuses que cela. Face aux défis qui sont les nôtres, les réponses tournent autour, à la fois, de la responsabilisation des patients. On a parlé de « les antibiotiques c'est pas automatique », je suis en train de penser que « le médecin, quand j'en ai besoin » est quelque chose sur laquelle nous devrions réinsister. On peut tous travailler à dégager du temps médical, je pense qu'il faut aussi, et c'est pour cela qu'il était important que les

citoyens participent à ces CNR, que nous ayons aussi le côté responsabilité des patients. Je ne sais pas si vous avez évoqué, ce que l'on appelle les rendez-vous « lapin », mais il faut savoir que chaque médecin en France voit un rendez-vous annulé, non excusé, par jour. Cela dégagerait à peu près 4 000 postes de médecins si ces rendez-vous n'étaient pas annulés. Nous sommes en train d'essayer d'apporter une réponse. Ce n'est pas si simple que cela mais je crois que là aussi, la responsabilisation de nos concitoyens doit faire partie des enjeux sur lesquels nous devons travailler, parce que nous pourrions tout faire pour dégager du temps médical, si chaque jour, un patient qui ne peut pas venir n'excuse pas son rendez-vous, et bien c'est un autre qui ne peut pas être pris en charge par le médecin. Cet enjeu est majeur et il ressort de vos défis. On voit bien que dégager du temps médical passe par des assistants médicaux. Je rappelle que l'assistant médical est pris en charge par l'Etat, par la CNAM. Il peut être embauché par une SISA, c'est l'équipe qui peut l'embaucher, monsieur SERIN. Je ne sais pas si l'Etat doit aussi payer la secrétaire mais en tout cas, il prend déjà en charge l'assistant médical qui permet de dégager 15% de temps médical. Il peut soit prendre la charge administrative soit préparer la consultation, faire de la prévention. Nous en sommes à 3 000 assistants médicaux. Nous aimerions accélérer pour arriver à 10 000. D'abord, il faut les former. Et vous l'avez très bien dit, il existe des problématiques pour certains cabinets, certaines maisons de santé de place. Donc d'où l'intérêt de travailler en collaboration, avec les collectivités territoriales qui souvent ont construit ou ont financé les maisons de santé, pour répondre à cette problématique « bâtementaire » ou architecturale qui ne doit pas être l'élément bloquant au développement des assistants médicaux.

C'est dégager du temps médical, c'est aussi travailler en exercice coordonné. Je vous rejoins, docteur, les CPTS sont parfois conçus ou peuvent être ressentis comme des charges administratives lourdes. Il a été évoqué l'obligation d'appartenir à une CPTS, je ne crois pas à l'obligation. Je préfère une adhésion à l'exercice coordonné, à la CPTS. Plutôt qu'une obligation d'appartenir à une CPTS dans laquelle on ne viendrait pas travailler et pratiquer l'exercice coordonné, qui a deux avantages : un avantage pour l'exercice professionnel, parce que tous ceux qui pratiquent en exercice coordonné, dans une CPTS et, en plus, quand c'est dans une maison de santé, on cumule les deux, y trouvent un intérêt professionnel et aussi l'intérêt pour le patient. Puisque c'est bien la prise en charge du patient qui, à travers cet exercice coordonné, est améliorée. On voit bien qu'à travers tous ces axes-là, et on n'échappera pas, je le crois, je le redis, et notamment un médecin pour demain, le médecin traitant reste la pierre angulaire de notre système de santé. Mais comment fait-on pour répondre dans l'urgence à un médecin qui part en retraite, trois pour le remplacer ? A 6 millions de nos concitoyens qui n'ont pas de médecin traitant ? 657 000 en affection de longue durée qui n'ont pas de médecin traitant. Ça c'est l'urgence ! On doit y apporter des réponses. Le médecin traitant restant la pierre angulaire de notre système de santé, il faut bien qu'il puisse répondre aux besoins de santé. Pour l'instant, puisque nous savons que nous allons avoir encore 7 à 8 ans un peu difficile en attendant que la suppression du numerus clausus fasse son effet, il faut dégager du temps médical et ça passera aussi, à la fois par l'exercice coordonné mais aussi par une délégation de tâches construite avec le médecin traitant, autour du patient, et avec les professionnels. Et aussi par élargissement de compétences avec des professionnels qui, autour du médecin, sont en mesure de prendre en charge certaines pathologies ou certaines « bobologies ». Cela ne se construit pas contre, ça se construit avec, avec tous les professionnels. Je le vois bien dans les CNR, c'est évoqué par bon nombre de médecins eux-mêmes sur la volonté d'avancer sur cette délégation de tâches et ce partage de compétences, dans le respect des compétences de chacun : un pharmacien ne sera jamais médecin, par contre il a des compétences qu'il peut mettre au service de la prise en charge du patient. Une infirmière ne sera jamais médecin, non plus, mais elle a des compétences qui peuvent être mises à profit pour le suivi des pathologies. C'est ce sur quoi nous sommes en train de travailler, ça se construit. Mais ça se construit, territoire par territoire parce que la volonté de travailler en équipe coordonnée, bien sûr il faudra que le ministère

assume ses responsabilités et la délégation de tâches se fera soit par décret, soit par la loi, mais en tout cas, ce sont les bien les protocoles qui seront faits territoire par territoire. L'exercice et la façon dont travaillent les professionnels n'est pas du tout la même selon les territoires. C'est plutôt une valeur ajoutée, c'est le rôle qu'auront les ARS de vous accompagner pour pouvoir mettre en œuvre ces dispositifs dans l'intérêt des prises en charge de nos patients. Et vous l'avez dit très justement, mon ministère s'appelle à la fois organisation territoriale et professions de santé. L'enjeu de rendre les métiers attractifs avec tout ce dont nous sommes en train de travailler, je le rappelle avec les professionnels, ne pourra se faire que si les territoires eux-mêmes sont attractifs. D'où l'intérêt de travailler avec les collectivités territoriales. Ce sont les deux, simultanément, qui feront que les territoires pourront accueillir les professionnels. Ce que j'ai vu, ce matin, à Morteau, avec la maison des soignants qui permet d'héberger, à la fois des internes mais aussi des jeunes médecins qui voudraient exercer leur profession dans cette région de montagne. Ils n'ont peut-être pas envie d'investir tout de suite. Le fait de pouvoir exercer, et en plus dans un cabinet éphémère, c'est un beau système. C'est quelque chose que je mettrai bien volontiers dans la boîte à outils nationale, après, pour d'autres territoires qui n'auraient pas eu cette idée. C'est vraiment, à la fois, l'attractivité des territoires et des métiers qui nous permettra d'avancer.

Sur le dernier point, l'enjeu de mon espace numérique est un enjeu majeur. Le numérique doit aussi accompagner la façon dont nous allons avancer sur le temps médical dégagé. Ça a été justement dégagé, il y a des problématiques techniques pour accéder au numérique, même si ça progresse, ne l'oublions pas. Mais monsieur Giraud a eu raison de le dire, il y a une majorité de nos concitoyens, pas toujours ceux auxquels on pense, c'est-à-dire les personnes les plus âgées, qui ont une difficulté d'accès à ces nouvelles méthodes de travail. Mais disons-le très clairement, Mon espace Santé est un bel outil, qui pour l'instant qui arrive chez les professionnels mais qui n'est pas du tout, qui est très peu mise en œuvre. Je ne sais pas si tous ici vous avez validé votre Espace Santé, je ne suis pas sûre que tout le monde est validé. C'est un vrai bel outil, mais c'est un outil dont il va falloir apprendre à se servir mais surtout il va falloir que les professionnels alimentent, parce qu'il n'a d'intérêt que si tout le monde l'alimente ce bel outil. Il y a aussi, cela a été très peu dit, le développement de la télémédecine, de la télé-expertise aussi qui doit être mis à disposition des professionnels, qui sont des moyens qui viennent accompagner mais, ça a été dit, et je rejoins, que la pratique de la médecine générale doit rester une pratique humaine. C'est bien en formant des personnes, et donc des humains qui prennent en charge des humains, que l'on peut résoudre ces problématiques-là. La télémédecine étant un outil mis à disposition. Donc ça conforte ce que je vois, partout, d'abord que ces CNR ont l'avantage de mettre au cœur des problématiques, des solutions qui existent qui sont parfois méconnues des professionnels. Ça permet aux professionnels de travailler entre eux, aux élus, aux professionnels de se rencontrer. Et puis peut être remettre un focus sur les solutions, à développer, qui passent par une bonne concertation, une bonne coordination. En tout cas avec la volonté de tous de pouvoir proposer des solutions, et c'est comme ça que l'on va pouvoir y arriver, j'en suis intimement convaincue.



Nous avons eu des débats très animés autour de cette attractivité. Nous avons parlé des cursus initiaux, les formations continues, les passerelles possibles et envisageables, l'attractivité financière, la qualité de vie au travail. La convergence des bénéfiques, tant pour les professionnels que pour la population, était bien souvent au rendez-vous de la proposition. Concernant, la lumière sur l'impact favorable sur les inégalités, nous sommes proches de 4 car dès l'instant qu'on attire des professionnels, on est proche de la lutte contre les inégalités. Plus il y aura de professionnels, plus ils travailleront ensemble, plus on luttera contre ces inégalités. L'acceptabilité était plutôt positive. Dans les innovations, nous avons retrouvé d'anciens fonctionnements, qui ont été abandonnés, mais qui finalement pourraient revenir d'actualité, comme l'internat, non plus national mais régional. Ce qui était le cas auparavant. Nous n'avons pas repéré de choses absurdes mais bien des choses qui paraissaient pertinentes.

Michel SERIN, vice-président de la commission spécialisée organisation des soins / Animateur et rapporteur pour le défi 3 (cf. support)

Madame la Ministre : C'est un enjeu majeur et vous l'avez très bien souligné. L'attractivité des métiers ne peut que se corrélér avec l'attractivité des territoires. Le tutorat est nécessaire.

Ce matin dans le train, je me posais la question de savoir si la communication qui est la nôtre fonctionnait. Et bien la réponse est non ! Parce que communication il y a. Tous les jours depuis quelques temps il y a une communication sur tous les métiers. Je n'avais pas beaucoup de doutes en me posant la question mais vous venez de certifier ce que je pensais ce matin dans le train. En tout cas, je pense qu'elle est sur les mauvais réseaux sociaux et qu'elle n'a pas assez d'impact pour marquer. La preuve, vous ne savez pas qu'elle existe. C'était un bon exercice en temps réel, mais en tout cas, elle existe. Je suis intimement persuadée. Je le dis, je le redis, je vais dans des endroits où je vois des profils de carrière extraordinaires. Il y a des gens qui parlent de leur métier de façon extraordinaire. Il faut que l'on ait aussi conscience que l'on ne sortira de cette spirale que si collectivement on arrête de dire que tout va mal, que le système de santé ne fonctionne pas bien. Oui il y a des problèmes, mais si un jour on veut arrêter la spirale, il faut dire aux jeunes que ce sont des métiers qui ne sont pas délocalisables, que ce sont de beaux métiers. Quand on parle d'humain, on fait de beaux métiers. Sinon on n'y arrivera pas. C'est à partir du moment où nous inverserons la spirale que l'on pourra tout améliorer. On y arrivera que si nous parlons positivement des métiers qui sont ceux de la santé, en ne niant pas qu'il y a des problèmes. C'est un des enjeux. On va s'en sortir, si on arrive ensemble à mettre en œuvre tout ce que vous proposez. Vous avez raison, l'enjeu des passerelles et du décroisement. Les passerelles, il faut les accélérer et donner des perspectives professionnelles. Que les évolutions de carrière existent, que l'on peut passer du public au privé, que l'on pourra passer du salariat au libéral et inversement. C'est tout cela qu'il nous faut inventer. C'est ce que demande les jeunes et ce vers quoi il faut aller. Et oui, pour faire connaître aux jeunes ces métiers, il faut aller très tôt dans les écoles. Il faut que les soignants parlent de leur métier pour donner envie aux jeunes. C'est la voie qui a été prise, puisque nous allons pouvoir entrer, dès le collège, dans l'Education nationale. Il faut mettre en œuvre tout ça. L'attractivité des métiers est l'enjeu majeur pour casser la spirale dans laquelle nous sommes, pour donner envie à nos jeunes, parce que ce sont de beaux métiers et profondément humain.

Je tenais à vous remercier, du tout que vous avez consacré à ces réunions. Vous dire que je crois que c'est vraiment un bel exercice. C'est un exercice où tout le monde apprend quelque chose. On apprend

toujours, en tout cas, moi, à chaque réunion, j'apprends toujours. Parfois, cela me conforte dans les idées sur lesquelles nous sommes en train de travailler. Parfois, je me dis que l'on rate des choses. La communication est un bon exemple.

Un grand merci à vous. Il faut rester optimiste parce que nous allons réussir ensemble. A la fois les collectivités territoriales qui ont démontré leur capacité à travailler aux côtés de l'Etat, aux côtés des professionnels de santé. Et c'est bien ensemble que nous allons construire les réponses pour répondre aux besoins de santé de nos concitoyens. Merci à vous pour votre engagement et votre implication !

Le président présente Jean-Jacques COIPLLET, directeur général de l'ARS et remercie l'agence d'avoir coconstruit avec la CRSA cette séquence qui a demandé beaucoup de travail aux services de l'ARS.



Je tiens à remercier les participants de ce matin, parce que c'était intéressant et bien diversifié. Je remercie mon co-animateur, Pierre-Jérôme COLLARD et notre vice-présidente qui est à distance. Notre 4^{ème} défi, c'est la prévention. Il y a 7 catégories regroupées, 25 mesures. Globalement, nous avons trouvé toutes les mesures intéressantes, à part deux ou trois. Dans l'ensemble, nous avons trouvé que c'était plutôt bien. Nous avons beaucoup discuté la faisabilité parce qu'il y a des questions de moyens qui arrivent derrière. Le renforcement des financements apparaissait dans la sixième mesure. Rien ne peut se faire s'il n'y a pas un peu plus de financements vers la prévention, notamment vers la prévention collective. Ce que nous avons dit avant, ne marche que s'il y a plus

d'argent. On le sait, les dépenses de prévention, particulièrement en France, sont très faibles par rapport au reste.

Isabelle MILLOT, présidente de la commission spécialisée prévention / Animatrice et rapporteuse pour le défi 3



Vote positif pour les défis 3 et 4

François THIBAUT, CGT



Sur l'attraction des métiers, j'aurai bien aimé que madame la Ministre puisse être encore là, parce qu'il y a des choses qui la concernent plus directement que nous en région. Sur les paramédicaux, aujourd'hui, l'école d'infirmière passe par Parcours Sup. Nous avons eu un taux de renoncement tout au long de la formation qui n'a jamais été aussi élevé. La solution que l'on trouve aujourd'hui est de dire que l'on va « surbooker » la première année pour pallier à ces défections en cours en cours d'année. C'est quelque chose qui me semble assez étonnant comme choix, étant donné qu'il aurait mieux valu revenir à une autre modalité de sélection qui fasse que quand on rentre en école d'infirmière ce n'est pas le 10^{ème} choix que l'on a mis sur Parcours Sup. Il faut que ce soit un choix concret et consenti. Je livre ça à votre réflexion.

Sur l'attractivité même des métiers. Aujourd'hui, je parle pour mon établissement qui est le CHU de Dijon, nous avons des personnels qui travaillent en 12 heures, avec alternance jour et nuit, week-end et jour férié compris. Ce sont des conditions de travail qui sont compliquées. Les plannings sont connus les 15 du mois précédent. Nous sommes dans une situation extrêmement tendue, mais nous l'étions déjà avant la crise sanitaire et nous avons déjà beaucoup recours à l'auto-remplacement. Jusqu'à 48 heures à l'avance, on peut demander à un collègue de remplacer un collègue absent. Lorsque nous faisons cela, il faut savoir que sur un planning déroulé, ça va changer 5 lignes de planning dans les semaines qui suivent. Vous imaginez comment nous pouvons vendre un métier comme ça. Je veux bien que les collègues aillent dans les collèges, dans les forums, pour votre leur métier. Mais ils ne vont pas pouvoir dire la vérité. Vous n'allez pas pouvoir dire que vous ne pouvez pas avoir de vie familiale à une semaine, 15 jours près, vous ne savez pas si vous pouvez inviter vos amis chez vous et faire un repas convivial. Ce n'est absolument pas vendeur. Sur ce qu'a dit la Ministre, que c'est un beau métier, là je pense que les collègues en sont tous convaincus. Parce qu'ils sont tous encore aujourd'hui, dans l'hôpital et dans l'hôpital public, c'est bien parce qu'ils sont convaincus de faire un beau métier. Parce que c'est le seul motif qui les fait rester. Tout le reste des conditions est aujourd'hui tellement difficile qu'on imagine bien que ce ne sont pas d'autres motivations qui les fait rester. La semaine dernière, j'étais en CHSCT au CHU, et nous avons reçu une équipe de médecine qui demandait des effectifs, non pas pour pallier aux problèmes d'emploi du temps et de plannings déroulés, mais simplement pour assurer la sécurité des patients qui remontaient des urgences. Les fameux lits d'aval dont on parle souvent, ce sont les services de médecine les lits d'aval des urgences. Donc à n'importe quel moment, du jour et de la nuit, arrivent des patients des urgences dans ces services de médecine. A un certain moment, nous n'avons plus de place. Nous sommes obligés de pousser les murs au sens très littéral du terme, on occupe des salons de famille que l'on transforme en chambre. Effectivement, il faut derrière des effectifs, non pas pour soigner mais pour mettre en sécurité ces patients. Pour soigner, il faudrait suffisamment d'effectifs sur les lignes de planning et nous arrivons juste à soigner. Nous ne sommes pas dans ce qu'évoquait la ministre, le prendre soin qui est pourtant nécessaire, parce que c'est lui qui va donner du sens au métier. C'est lui qui va permettre à l'infirmier de rentrer chez lui le soir et de se dire « oui, aujourd'hui, j'ai bien fait mon boulot. Je n'ai pas fait que courir d'une perfusion à l'autre, je n'ai pas fait que courir d'un acte invasif à l'autre ». Et ça aujourd'hui, je pense qu'il va falloir qu'on le prenne en compte pour l'avenir. Et il faut que l'on revoie les maquettes des services pour que nous mettions suffisamment de personnels autour du lit des patients.



Je suis agriculteur à la retraite. Je vis dans un territoire rural qui est très dépourvu en médecins. Je n'aime pas le mot de « désert » dans « déserts médicaux » car c'est rajouter, par le vocabulaire, encore plus de négatif à un territoire. Je voulais intervenir sur l'attractivité financière et territoriale. Je vais commencer par le territorial. On entend souvent, est ce qu'un territoire est attractif ou pas ? Encore faut-il y venir ! Vous avez un tas de jeunes étudiants en médecine qui n'ont jamais mis les pieds dans un territoire rural profond, qui trouve que ce n'est pas terrible, que leur conjoint ne voudra pas y venir. Dans mon secteur, j'ai la chance d'avoir une jeune doctoresse qui, systématiquement, prend des stagiaires avec

elle. Il se trouve que depuis dix ans, quatre médecins se sont installés autour d'elle. C'est quand même une belle réussite. Nous avons la chance aussi que dans la maison médicale où elle est, une pièce a été prévue où ils peuvent dormir, ils peuvent y vivre. Lorsqu'un nouveau professionnel arrive, cette pièce devient un cabinet médical et il n'y a plus personne qui vient. Il est important de pouvoir accueillir des jeunes parce que ce n'est qu'en voyant le terrain que l'on peut y voir le côté positif. Ce côté positif n'est pas qu'au niveau matériel ou environnemental, il est aussi financier. Quand j'entends dire qu'il faut aider les professionnels de santé à s'installer, en donnant des sommes de dizaines de milliers d'euros. Je ne pense pas que le problème soit l'argent. Dans les secteurs ruraux, il est très facile de gagner sa vie parce qu'il y a beaucoup de personnes âgées, malheureusement, c'est plus peuplé de personnes âgées que de jeunes. Cela permet de gagner facilement sa vie. Alors moi, ce que j'aime le moins, c'est quand j'entends les collectivités qui font des surenchères pour avoir des professionnels de santé, on a l'impression, c'est la coupe du monde de foot, que c'est le Mercato. Il faut absolument faire venir des gens, par tous les moyens, ça veut dire que petit à petit, nous allons vers d'un côté la médecine des riches et de l'autre la médecine des pauvres. Ce sont surtout les collectivités riches qui vont pouvoir attirer des professionnels de santé. Ce ne sont pas les collectivités qui sont pauvres. On peut comparer les départements de notre région. C'est quand même comme ça à l'heure actuelle.

Patrick BOUILLOT, médecin dans la Nièvre, URPS médecins



Deux, trois réflexions. D'abord sur l'attractivité, nous parlons de l'attractivité des métiers. Je ne suis pas sûr que l'attractivité des métiers de la santé, ce soit au niveau du recrutement. Aujourd'hui nous avons plus de candidats que de postes de formation. Si je prends les médecins, nous avons eu le *numerus clausus*, nous savons les dégâts que cela a fait. Maintenant, nous avons le *numerus apertus*¹. Je ne suis pas sûr qu'il est beaucoup changé, dans l'état d'esprit. Nous sommes surtout sur des notions de bachotage, de concours pour repérer les personnes qui sont retenus pour faire leurs études. Je me pose davantage la question du

mode de sélection. Nous avons des jeunes motivés, même très motivés, mais qui ne poursuivront pas leurs études parce qu'ils n'ont pas passés ces concours. Peut-être faut-il réfléchir un peu mieux au mode de sélection, d'autant plus que ce nouveau mode de sélection avec le *numerus apertus* ne me semble pas avoir beaucoup changé la donne. Il s'avère que c'est pratiquement la même chose pour les autres professionnels de santé. Nous avons aussi, en général, plus de demandes que de postes pour les écoles d'infirmiers et d'infirmières. Peut-être un peu moins pour les écoles d'aides-soignantes. Pour ces métiers-là, il y a peut-être un peu plus à montrer l'intérêt de s'engager dans ces voies-là. Globalement, en termes d'attractivité, il y a plus de candidats que de postes. Ce qui pose problème c'est le mode d'entrée dans ces études. D'autre part, l'absence de notion de territoire. Nous avons des

¹ désigne un nombre minimum d'étudiants admis en deuxième année de médecine

concours soit nationaux soit régionaux mais qui ne font pas référence aux territoires locaux. Pourtant nous savons très bien que c'est quand nous avons des candidats locaux que nous arriverons à les retenir sur les territoires. C'est cette façon de faire les choses qu'il faut revoir sur cette façon de recruter. L'idée de faire de la pub dans les écoles pour recruter, oui, mais je ne suis pas sûr que cela soit nécessaire si nous ne sommes pas là pour expliquer ce qu'est le métier et être sincère. Ce sont des métiers difficiles et il faut le dire. Il faut laisser les gens qui ont vraiment envie de s'y lancer. Je pense que si certains avaient été mieux informés sur le fait que ce sont des métiers difficiles, qui demandent de s'investir, on ne compte pas ses heures, c'est une façon de bien poser les choses. Pour terminer, je suis globalement d'accord avec tout ce qui a été dit. Je trouve que nous sommes sur de grandes idées. Ce qui manque, ce sont quelques exemples pratiques, innovants. Ce serait bien que pour chacun des défis, nous ayons au moins un exemple pratique innovant qui puisse marquer un peu les choses. Ce qui permettrait de marquer un peu plus le caractère de ce que nous souhaitons pour l'avenir, et pas seulement de grandes idées que l'on connaît déjà pour la plupart et qu'on ne peut qu'approuver, qu'on ne peut que défendre même si elles ont été mieux formalisées, mieux organisées. Il me semble que mettre un exemple innovant serait bien.

Pr SECHTER, médecin des hôpitaux, ancien responsable du service de psychiatrie au CHU de Besançon



J'ai participé à l'atelier sur l'attractivité et l'un des premiers éléments qui est ressorti, c'est d'aller vers une simplification, vers une diminution de la lourdeur et du poids de l'administration. Cela rejoint ce qui a été dit tout à l'heure sur la qualité de vie au travail qui est un point essentiel en ce qui concerne les professionnels de santé. Cela rejoint, ce qui a été discuté tout à l'heure, de dégager du temps médical et du temps soignant, parce qu'aider à ce que les charges administratives soient prises en charge par des assistants, par des secrétaires, c'est très bien. Mais n'est-il pas temps d'envisager un choc de simplification, au niveau de l'organisation des différentes strates d'organisation au niveau des territoires qu'il y est des équipes de soins territoriales, c'est primordial, c'est essentiel. Mais y a-t-il pas trop de strates et de complexité des organisations ? et n'y a-t-il pas trop de contrainte et de lourdeur administrative ? Pour prendre un exemple, l'évaluation de la qualité, tout ce qui a été mis en place avec la Haute Autorité de Santé (HAS), est ce qu'il ne serait pas aussi simple d'avoir des échelles visuelles analogiques pour savoir si les patients se sentent bien soignés ou non, plutôt que d'avoir des heures et des heures de passage à des contraintes administratives.

Michel BLEUZE, CTS du Jura et représentant des usagers



Moi je voudrais que la médecine d'aujourd'hui passe à la médecine de demain. Nous sommes encore sur une médecine rétroactive, nous intervenons quand la maladie est là. Pour moi, la prévention fera passer cette médecine d'aujourd'hui à la médecine de demain. C'est ce que l'on appelle la médecine proactive et qui plus que le patient peut être proactif. Aujourd'hui c'est ça, il faut faire de la prévention, il faut mettre l'éducation à la santé obligatoire en formation à l'école, depuis la maternelle, la santé comme les mathématiques, le français et les langues, c'est obligatoire ! J'irai même encore plus loin, aujourd'hui, il faut penser absolument prévention : quand je veux faire quelque chose, on doit avoir des réflexes de prévention. J'aime bien ce que disais monsieur BIZARD, qui a d'ailleurs déposé son livre au ministère de la santé, avant le

nouveau ministre de la santé, « L'autonomie solidaire en santé »². C'est dommage que madame la ministre soit partie, parce que pour son voyage de retour dans le train, il aurait été un beau livre pour elle.

Anne LAUBY, représentante Force ouvrière, vice-présidente de la commission spécialisée droits des usagers



Je suis cadre de santé qui travaille dans le service public depuis 25 ans maintenant. J'ai participé aux ateliers ce matin. Dans le discours qui est tenu, j'ai l'impression d'avoir beaucoup entendu parlé de l'attractivité médicale mais pas beaucoup des autres métiers : kinés, techniciens de laboratoire, soignant, infirmier et autres. Nous ne pouvons pas exister les uns sans les autres. A mon avis, il faut renforcer la notion d'équipe pluriprofessionnels. Ensuite, j'ai entendu la ministre dire qu'il fallait encore tenir huit à dix ans, que les prochains médecins seront formés à ce moment-là et qu'en attendant, il faut développer les compétences des autres professionnels pour prendre le relais. Qu'est-ce qu'il se passera dans 10 ans, lorsque nous aurons formé des infirmiers de pratiques avancées (IPA), des assistants médicaux qui seront encore jeunes, et qui auront encore des années à travailler, que nous aurons assez de médecins et que nous n'aurons plus besoin d'eux ? Formés des IPA ou des assistants médicaux, c'est bien ! Mais je pense qu'actuellement, on leur donne beaucoup de responsabilité, il n'y a même pas une valorisation financière des compétences qu'elles ont acquises en plus et des responsabilités qu'elles prennent. Faire faire le travail des médecins aux autres professionnels de santé n'est pas une solution pour être attractif.

Conclusion Président

Je redis juste que je disais en introduction, déjà pour remercier Cédric (DUBOUDIN), Cécile (LUMIERE) et Barbara (LEVEQUE) qui ont beaucoup travaillé. L'équipe de l'ARS avait déjà fort à faire avec le CNR santé, ils s'en sont remis une couche de travail supplémentaire pour que l'on puisse, avec la CRSA, construire les temps de remontées d'information, de retraitement d'information, de préparation de la réunion du 5 décembre, la réunion des présidents de CTS, la réunion d'aujourd'hui qui est une CRSA qui a été ajoutée avec le temps d'atelier de ce matin qui a été construit par les équipes de l'ARS et bien sûr les présidents de commissions spécialisées. Je les en remercie ! Et le travail n'est pas fini ! Il faut que nous rédigeons un avis que nous proposerons à la commission permanente de mercredi matin. En tout cas, le jeu en valait la chandelle. Nous l'avions décidé même sans savoir que la Ministre venait, je tiens à la rappeler. Le travail était engagé, et je pense que parce qu'il était engagé, il était intéressant pour une ministre de voir comment une CRSA s'emparait du CNR Santé.

Ma conclusion est de refuser que le CNR Santé ne soit un coup d'épée dans l'eau comme beaucoup le craignent mais que ce soit bien un temps où il puisse y avoir du débat. Il y a eu quand même 1 200 personnes, même si on peut constater qu'il n'y a pas beaucoup de citoyens, il y a quand même 1 200 personnes qui ont, en 21 réunions, travaillé. Ce n'est pas rien. Une CRSA qui s'empare des sujets pour voir ce qui être mis en avant dans son avis que nous allons prendre mercredi en commission permanente. Ensuite, avec l'ARS, s'appuyer sur cette matière, pas que sur cette matière, mais en partie sur cette matière, pour nos échéances à venir, le projet régional de santé (PRS) notamment. Vraiment merci aux équipes de l'ARS

² Frédéric BIZARD, « L'autonomie solidaire en santé : la seule réforme possible », octobre 2021

Cédric DUBOUDIN, directeur de l'innovation et de la stratégie, ARS BFC



J'ai participé à deux réunions de CNR, en tant que spectateur, dans les territoires. Ce qui m'a paru intéressant, c'est qu'il y avait des approches et des ambiances un peu différentes, mais toujours cette envie d'échanges et d'élaborer ensemble du consensus et du partage. C'est intéressant de voir que cet espace, ne serait-ce que pour avoir des débats et des échanges entre les citoyens, les professionnels, c'est très intéressant. La deuxième chose est que la compilation de toutes ces remontées et propositions, que j'ai relu intégralement, apporte des éléments complémentaires. J'ai trouvé une richesse, et nous l'avons vu, des propositions. Une proportion certaine qui relate des propositions, des organisations existantes, pas complètement confirmées qui demandent d'aller plus loin et puis des choses nouvelles, ça a été évoqué qui à mon sens sont tout à fait intéressantes. Effectivement, il y avait des positions un peu dubitatives, au départ, de l'ensemble des acteurs autant je pense qu'il y a des choses très intéressantes. Pour finir, nous avons essayé de quantifier pour voir la fréquence à laquelle une proposition est revenue. Sans pouvoir faire un bilan précis, avoir une idée de la fréquence est intéressant parce que ça nous donne une autre grille de lecture de la manière certaines idées sont revenues de manière un peu systématiquement. Ce qui ne veut pas dire que celles évoquées avec une fréquence plus réduites ne sont pas intéressantes. Toutes ces informations, données brutes, vont être remontées et en parallèle les travaux de la CRSA de ce jour vont également être remontés.

Avis 2022-12-14
portant sur la priorisation régionale CNR-SANTÉ

INTITULÉ : Priorisation régionale CNR-SANTÉ

RÉFÉRENCE : Avis 2022-12-14 CRSA BFC

ADOPTÉ LE : 14 décembre 2022 en commission permanente

PROCÉDURE : auto-saisine

TYPE DE SAISINE : Auto-saisine

RAPPORTEUR : Emmanuel Ronot, Président de la CRSA BFC

L'ARS et la CRSA BFC ont convenu de mettre à profit la grande consultation du Conseil de la Refondation Nationale Santé pour alimenter la réflexion régionale, et ensemble, préparer les travaux autour du PRS.

Cette consultation ne pouvait se faire à notre sens sans impliquer la Démocratie en Santé de notre région, de la CRSA aux CTS. La CRSA a ainsi informé ses membres, représentant toutes les parties prenantes de la Démocratie en Santé, relayé la communication de l'ARS pour faire en sorte qu'il y ait un maximum de participation.

Le choix a été fait ensuite de préparer un classement, une synthèse de toutes les propositions issues de tous les débats publics, qui ont toutes été remontées par ailleurs et sans filtre par l'ARS dans le cadre du CNR Santé. Cette synthèse élaborée en deux temps, lors de la Conférence Régionale des CTS (réunissant les bureaux des CRSA et CTS le 5 décembre 2022) et lors d'ateliers préparatoires dans les quatre Commissions Spécialisées (le 12 décembre 2022 au matin), a été présentée en CRSA plénière le 12 décembre 2022 après-midi.

Ce travail intense et fait dans un laps de temps contraint a permis toutefois l'élaboration d'une priorisation régionale. Ces propositions ont été présentées et adoptées en séance plénière devant la Ministre déléguée auprès du Ministre de la Santé chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé, et le Directeur Général de l'ARS BFC.

La Commission Permanente de la CRSA a mis en forme et adopté l'avis en auto saisine, avis qui sera transmis au Ministre de la Santé et de la Prévention dans le cadre du CNR Santé.

Les priorisations s'articulent en quatre parties, les quatre défis proposés par la démarche CNR Santé. Elles sont issues des travaux de près de 1 200 personnes en BFC, essentiellement parties prenantes, représentants d'usagers, élus et professionnels de santé. 21 réunions territoriales ont eu lieu dans les 8 territoires de santé de la BFC.

100 propositions ont été faites au total (en annexe à cet avis). Les membres de la CRSA ont donc formalisé 20 priorités, 5 par défi.

6 critères ont été utilisés pour le classement :

- Faisabilité
- Convergence des bénéfiques (patients, professionnels)
- Acceptabilité (professionnels, population)
- Caractère innovant
- Impact sur les inégalités de santé
- Pertinence

La CRSA BFC regrette le temps contraint et le formalisme imposé de la démarche nationale. Elle regrette le manque d'implication par l'Etat des instances de la Démocratie en Santé (CNS, CRSA, CTS) dans la définition même des objectifs du CNR Santé et de la démarche nationale de consultation. Cette démarche devait permettre une concertation grand public associant les citoyens sur les territoires et force de constater que cela n'a pas été le cas.

Cela ne minimise en rien l'implication et la mobilisation de tous les acteurs de la santé. La CRSA BFC souhaite donc dans un deuxième temps rencontrer le grand public, les citoyens, pour compléter la démarche et ainsi associer à la réflexion le plus grand nombre et mettre au débat public les priorisations régionales.

La CRSA BFC souligne que même si nombre de propositions ne sont pas nouvelles, les priorisations appuient des dispositifs récents, notamment tous les dispositifs de coordination. Elles insistent sur :

- le nécessaire travail en équipe dans chaque territoire de santé,
- la simplification de leur mise en œuvre à territorialiser,
- l'accès au numérique,
- le besoin de développer des Projets Territoriaux de Santé centrés sur les parcours de santé.

La CRSA BFC souligne aussi que des contributions de parties prenantes (représentants d'usagers, représentants de professionnels de santé, syndicats, CTS, CPTS...) ont été faites spontanément et qu'elle les relaiera.

Enfin la CRSA BFC souhaite remercier l'ARS pour son engagement à associer la CRSA dès le démarrage afin de faire converger toutes les forces régionales de la Démocratie en Santé et faire de cet exercice un moment utile pour nos territoires.

Défi 1 : Donner accès à un médecin traitant ou une équipe traitante à tous, en particulier aux plus fragiles

Priorité 1 : Favoriser et renforcer l'éducation à la santé des usagers pour améliorer leur auto-orientation

Réinformer sur le sens du parcours de soins pour un bon usage du système de santé. Une « éducation citoyenne » permettrait l'évolution des comportements sociaux et ainsi une responsabilisation des usagers par : une limitation des comportements dangereux ; une auto-orientation vers les médecins, dont spécialistes, adéquats ; la bonne évaluation du degré d'urgence de leur situation ; éviter les consultations abusives et les rendez-vous non honorés.

- Informer, communiquer et sensibiliser sur l'organisation du système de santé
- Informer sur le coût de la santé pour sortir de la société de consommation de la santé et éviter la banalisation de l'acte médical

Priorité 2 : Développer les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP)

Mettre en place une équipe soignante/traitante, agile et pluridisciplinaire, composée de : médecin, infirmier en pratique avancée, assistant médical, secrétaire/accueillant, technicien d'information médicale. Celle-ci permettrait une répartition des tâches dans la chaîne de prise en charge comprenant les démarches administratives, l'orientation du patient, le premier niveau d'accueil et de prise en charge des patients et les soins médicaux, par un exercice coordonné.

- Définir clairement le cadre de responsabilité médico-légale et le modèle économique par la mise en place de protocoles de coopération au sein de la MSP
- Développer des cabinets secondaires, rattachés à une MSP, pour rapprocher l'offre des personnes à mobilité réduite et penser les soins à l'échelle du territoire.
- Valoriser et communiquer sur l'offre des MSP en associant les collectivités territoriales dans la communication
- Accompagner les collectivités territoriales pour l'implantation des MSP

Priorité 3 : Accélérer le déploiement d'autres professions

Avec la surcharge de travail des professionnels de santé, constituer des équipes de soins afin de libérer du temps médical. La coordination et l'évolution des pratiques représentent un enjeu central. Un certain degré de délégation doit être organisé avec des infirmiers de pratique avancée, par exemple.

- Lever la difficulté à déterminer et identifier les professionnels détenant la responsabilité des actes
- Apprendre aux professionnels de santé à travailler ensemble dès la formation initiale
- Elargir le rôle de prescripteur des infirmiers
- Mettre en place et valoriser des « temps collaborateurs »
- Augmenter le nombre de professionnels formés à l'éducation thérapeutique
- Permettre le recrutement de professionnels, au sein des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), en charge d'accompagner la constitution du dossier patient dans Mon Espace Santé pour les usagers sans médecin traitant. La démarche peut être appuyée par un conseiller de l'Assurance Maladie.

Priorité 4 : Renforcer les collaborations territoriales

Développer les moyens d'un travail en équipe pluriprofessionnelle dans les territoires par : l'utilisation de la télémédecine ; la mise à disposition de locaux ; le renforcement des moyens administratifs.

Trouver un équilibre entre mobilité des patients et mobilité des médecins en développant les soins à domicile, les solutions itinérantes de prise en charge en milieu rural (médicales et/ou paramédicales), notamment dans le cadre des CPTS.

- Accroître la lisibilité des rôles de chaque professionnel et faire connaître les CPTS.
- Réaliser une cartographie du territoire (population et professionnels) et du flux des patients, notamment en développant davantage les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- Permettre la mise en place de protocoles de coopération dans le cadre des CPTS, des maisons de santé et des équipes de soins primaires
- Créer une fonction support au sein des CPTS pour accompagner la mutualisation d'outils d'annuaire et de gestion des ressources du territoire et ainsi faciliter leur action d'orientation.
- Accompagner la montée en puissance des collaborations territoriales en aidant les CPTS à structurer leurs fonctions supports et de coordination.
- Faire des CPTS une entrée unique dans le système de santé par le biais d'un numéro ou d'une adresse mail en les positionnant en facilitatrice, avec la mise en place de conseiller santé.
- Augmenter l'adhésion à l'exercice coordonné en proposant un parrainage des professionnels de santé et en s'appuyant sur une expertise de cette offre qui en assurerait la promotion dans les territoires à l'image de la fédération des maisons de santé en région BFC
- Prendre en compte les dispositifs supports et tout ce qui relève de l'aménagement global du territoire : capacité immobilière en lien avec les communautés de communes ; infrastructures existantes.

Priorité 5 : Organiser, développer et mettre en œuvre la délégation de tâches

Il faut rappeler qu'un certain nombre de tâches sont déjà déléguées, mais que les patients l'ignorent. C'est le cas, par exemple, du suivi gynécologique qui peut être effectué par les sages-femmes. La délégation de tâches doit concerner de nombreux professionnels : IPA, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes...

Un état des lieux des motifs de consultations au sein des cabinets médicaux doit être dressé afin d'identifier les récurrences et développer les protocoles de coopération possibles pour des consultations « simples ».

- Communiquer sur les dispositifs de délégation de tâches existants
- Reléguer la délivrance de certificats médicaux ou de prescription de transports, par exemple
- Envisager la création d'un dispositif distinct pour la prescription des arrêts de travail
- Revoir les questions de responsabilité d'un point de vue réglementaire pour trouver un équilibre entre délégation de tâches et délégation de responsabilité.

Défi 2 : Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés

Priorité 1 : Promouvoir l'éducation à la santé

Accompagner les patients dans le bon usage des soins et, plus généralement au maintien en bonne santé.

Apprendre aux patients à gérer leur pathologie chronique, à réagir face à leurs symptômes et à appliquer les comportements appropriés nécessitent un soutien à l'éducation thérapeutique et implique d'aborder la notion « d'urgence » de leur maladie.

- Renforcer l'auto-évaluation de la santé permettant aux usagers de mieux qualifier la criticité de leur situation.
- Créer un questionnaire qui permettrait au patient de savoir qui contacter et d'appréhender le degré d'urgence de son problème.
- Responsabiliser et sensibiliser les usagers potentiellement avec des mécanismes de désincitation financière en rappelant les droits et les devoirs de chacun.
- Réaliser une campagne de communication nationale sur la bonne utilisation du système de santé
- Permettre au patient de se repérer dans le parcours de santé, dès le plus jeune âge, en offrant une formation à la santé plus populaire et généraliste, dans l'objectif de faire de chacun un acteur clef de sa santé.
- Informer sur les bonnes pratiques en augmentant l'affichage dans les salles d'attente et par le biais de spots radios.

Priorité 2 : Simplifier l'orientation des patients

Centraliser la mise en relation avec les urgences, les médecins, SOS médecins afin de proposer un point d'entrée unique pour le patient, avec un seul numéro de téléphone et une redirection vers des établissements disponibles et adaptés aux soins nécessaires. Pour cela, il est important de veiller à l'adéquation des besoins et des moyens des centres d'appels, tout en renforçant leurs compétences médicales.

Mieux orienter les patients présente l'opportunité d'optimiser la réponse à leurs besoins. Dans ce cadre, le Service d'Accès aux Soins (SAS) a toute sa place, et doit être renforcé dans les années à venir pour mieux orienter et faire connaître les offres de soins.

- Créer un numéro d'appel local comme le 15 pour les besoins non urgents qui puisse orienter les patients en fonction de leur besoin exprimé
- Créer une plateforme téléphonique ouverte H24 avec un numéro facile à retenir comme le 19 par exemple afin de réguler et de mieux orienter les patients
- Renforcer le déploiement des services d'accès aux soins en prenant en compte le frein de disponibilité des médecins traitants.
- Déployer une solution de plateforme de coordination des soins primaires de type « ENTR'ACTES » : un professionnel de santé qui sollicite la compétence d'un autre professionnel de santé, via une plateforme numérique, pour une prise en charge coordonnée du patient.
- Mobiliser le DAC pour les situations complexes

- Imaginer des actions innovantes par le biais d'expérimentation avec des cabinets médicaux connectés, en utilisant l'intelligence artificielle
- Ouvrir la possibilité pour les usagers d'avoir un référent du système de santé
- Créer une base de données avec les plannings des professionnels de santé
- Mettre en place, lors de l'hospitalisation, un parcours de sortie

Priorité 3 : Structurer l'accès aux soins au niveau local

Structurer l'accès au soin au niveau des communes ou des intercommunalités afin d'être plus réactif dans l'apport d'une réponse. La coordination des parcours et des professionnels à travers le lien ville-hôpital est essentielle. Rapprocher, voire mutualiser, la ville et l'hôpital pour coordonner les soins en équipe pluridisciplinaire par filière, à travers une organisation territoriale.

- Accentuer l'interconnaissance professionnelle pour une meilleure connaissance de l'offre par tous les acteurs de la santé
- Développer les relations entre communautés professionnelles territoriales de santé et Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)
- Mettre en place une permanence des soins territoriale avec infirmiers, pharmaciens et pompiers et, une coordination par la CPTS
- Poser le principe, dans chaque territoire de santé, de l'organisation de la PDES avec la contribution nécessaire de l'ensemble des partenaires, établissements publics et privés, médecins salariés et libéraux. Mettre en œuvre cette mesure dès 2023 avec la révision des Schémas Régionaux de la permanence des soins.
- Développer des outils pour créer des liens entre la ville et l'hôpital au moment de l'hospitalisation via l'envoi d'un courrier à la cellule d'ordonnancement avec une réponse dans les 12 heures en objectif, 24 heures en limite, pour organiser une hospitalisation dans les jours ouvrés ou avoir à défaut un avis de spécialiste pour organiser la prise en charge à domicile.
- Généraliser le protocole OSIS, déployé en Bretagne, définissant un parcours de soin identifié (porte d'entrée) pour 13 pathologies : mise en avant des pharmaciens qui peuvent prendre en charge et réorienter les patients, en association directe avec les médecins.
- Elargir les critères de l'hospitalisation à domicile afin de faciliter la gestion des urgences
- Rattacher les antennes médicales aux maisons médicales
- Développer la téléconsultation

Priorité 4 : Développer les compétences et la formation des soignants pour élargir les possibilités de certains professionnels de santé

Renforcer le tronc commun de médecine générale durant le parcours de formation pour une meilleure capacité de prise en charge globale par tous les spécialistes de la santé. Elargir les champs de compétences des professionnels de santé à l'image des infirmiers de pratique avancée : des pharmaciens d'officine sur la vaccination ; des sages-femmes sur la vaccination, la prévention et les soins d'ordre gynécologique...

- Renforcer les aides à la formation en continue pour les infirmières souhaitant devenir IPA
- Renforcer les compétences des infirmières en EHPAD et SSIAD dans les territoires pour éviter les hospitalisations et le recours aux urgences (IPA, plus de moyens financiers, plus de personnels...)
- Prôner l'inter-professionnalité, notamment avec les professionnels du social et du médico-social

Priorité 5 : Accompagner et outiller la coordination entre professionnels de santé

Mettre en place et promouvoir la convergence de logiciel de communication aux professionnels de santé de ville, jalonnant le parcours patient. A titre d'exemple, un espace numérique en santé partagé par le cercle de soins du patient permettrait de déployer le dossier médical partagé par le biais de la plateforme e-parcours, eTICSS en région, pour mieux coordonner les prises en charge. L'enjeu premier est d'accélérer la bonne prise en charge des patients en accédant à son historique tant en ville qu'à l'hôpital. Le deuxième enjeu majeur est l'allègement du temps consacré à la saisie dans les différents outils : logiciel métier, de partage, messagerie sécurisée...

Enrichir Mon Espace Santé en le rendant plus accessible et en le rendant compatible avec les autres logiciels.

- Partager plus simplement les informations des dossiers patients et ainsi gagner en efficacité
- Généraliser l'utilisation de Mon Espace Santé pour tous, patients et professionnels de santé
- Permettre a minima l'interopérabilité des systèmes informatiques
- Identifier le bon échelon de pilotage, national et/ou régional
- Mutualiser les outils à l'échelle des GHT pour simplifier et fluidifier le partage d'informations
- Evoluer d'un Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) statique à un ROR dynamique

Défi 3 : Mobiliser les leviers locaux d'attractivité pour les métiers de la santé

Priorité 1 : Proposer une offre de tutorat et une mise en réseau

Développer l'accompagnement et l'apprentissage des métiers de la santé en révisant le lien entre les étudiants et les tuteurs. Pour cela, il est nécessaire de dégager du temps dédié au tutorat avec l'appui d'autres fonctions, le cas échéant.

Travailler en réseau, notamment entre jeunes et plus anciens, pour améliorer les échanges, la solidarité et l'ancrage territorial. Pour les « nouveaux arrivants », l'intégration à un réseau existant favorise leur fidélisation.

Observer les parcours des étudiants en médecine et en institut de formation en soins infirmiers afin de comprendre les raisons d'abandon avant le début de leur exercice.

- Augmenter les effectifs hospitaliers pour assurer un meilleur accompagnement des stagiaires et des internes.
- Augmenter les ressources pour la formation et le tutorat
- Renforcer le recrutement local
- Sanctuariser un budget pour les personnes en fin de carrière et leur permettre « d'enseigner » leurs valeurs et savoir-faire
- Développer les réseaux des maîtres de stage
- Créer un label d'excellence des cabinets de santé pour attirer les étudiants

Priorité 2 : Campagne de communication nationale

Valoriser les métiers grâce à une communication positive ouvrant des perspectives d'évolution de carrière.

- Mettre en œuvre une communication positive, sur le modèle de ce qui a été réalisé pour la crise COVID-19.
- Communiquer via les médias du quotidien

- Communiquer davantage sur les métiers de la santé pour faciliter le recrutement (cf. campagne sur les Armées)

Priorité 3 : Proposer la rencontre des professionnels sur le terrain

Permettre aux professionnels de se reconnaître dans une communauté en pensant, dès le début de formation, le lien des jeunes avec leur territoire et les professionnels qui y exercent

Faire appel aux professionnels eux-mêmes pour devenir des ambassadeurs et susciter des vocations.

- Être davantage présent dans les forums métiers et les initiatives locales sur le terrain (ciné rencontres, expos itinérantes...)
- Mettre en place un dispositif itinérant qui se déplace dans les collèges, centres de loisir, pour présenter les différents métiers
- Contracter des partenariats avec les conseillers d'orientation

Priorité 4 : Promotion des territoires

Elaborer une stratégie globale d'attractivité et en extraire les enjeux prioritaires en conjuguant attractivité territoriale et attractivité des métiers de la santé, notamment pour les médecins.

L'attractivité nécessite une valorisation du patrimoine par les collectivités territoriales et des actions de communication innovantes pour favoriser l'attache locale : partage d'expériences et de parcours ; journée de visite ; publicité dans le métro parisien.

Co-construire une politique de santé territorialisée avec les régions et les pays frontaliers pour limiter les effets de concurrence.

- Créer un livret d'attractivité du territoire
- Valoriser ce qui est fait dans les territoires
- Développer un projet de campus des métiers, regroupant les organismes de formation et redonner une dimension territoriale, au moins partielle, sur les métiers qui peuvent être en tension

Priorité 5 : Passerelles et décroisement

Développer des parcours professionnels permettant de se projeter dans une carrière riche en « passerelles » pour répondre à l'évolution des projets de vie d'une génération à une autre. Pour cela, il est nécessaire de lever les obstacles aux liens entre les secteurs public et privé, d'un passage d'un domaine à un autre, et faciliter les associations et le redémarrage dans un autre secteur. Rendre possible les changements d'exercice et de qualification.

- Favoriser les passerelles entre les métiers : aide-soignant vers infirmier, infirmier vers IPA...
- Réformer le fonctionnement des opérateurs de compétences du secteur privé de la santé
- Favoriser les passerelles entre les spécialités médicales
- Créer des passerelles plus souples et professionnalisantes,
- Réformer Parcours Sup pour une meilleure orientation, réfléchie et informée en amont, et une prise en compte de l'origine géographique
- Faciliter les passerelles entre les métiers en mettant en place un système de valorisation des compétences acquises qui ne sont pas toujours sanctionnées par un diplôme
- Revoir l'accès au Master en formation continue
- Séquencer les domaines d'intervention comme cela se fait chez les pompiers (potentiellement applicable aux infirmières)

Défi 4 : Faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les Français

Pour l'ensemble des priorités suivantes, il est primordial de mettre les moyens dédiés à la prévention à la hauteur des enjeux et de sa prégnance dans les discours politiques.

Priorité 1 : Reconnaître le rôle des usagers dans le système de prévention

Revenir à une politique ascendante avec une identification des besoins pour éviter une déconnexion des politiques publiques, en insistant sur la participation citoyenne et des représentants des usagers.

Instaurer une nouvelle éducation citoyenne en expliquant les bonnes pratiques et les conséquences des mauvaises habitudes mais aussi en sortant la prévention d'une approche sanitaire.

- Rendre les citoyens ambassadeurs de la prévention
- Prendre le temps d'accompagner les citoyens
- Aider les professionnels de santé/prévention à faire de la prévention en s'appuyant sur les réseaux locaux (associations), déjà en lien avec les publics cibles.

Priorité 2 : Cibler les actions de prévention vers les publics dès le plus jeune âge, enfant et familles

Développer le principe de « chemin de vie » de la prévention en formant et en éduquant au maintien en bonne santé à tous les âges. Pour cela, faire de la prévention une priorité dans les programmes scolaires, avec les parents, en impliquant les professionnels de santé scolaire et de santé au travail.

- À destination des personnes souffrant de pathologies, notamment chroniques, pour apprendre à appréhender leur pathologie. Former les patients et les proches des malades, les parents et les enseignants
- À destination des aidants et proches des patients
- Développer les actions de soutien à la parentalité.
- Avoir des indications de prévention dans le carnet de santé

Priorité 3 : Intégrer la santé publique dans toutes les politiques publiques

Coordonner les politiques publiques, les dispositifs et les acteurs de la prévention afin d'améliorer la visibilité des actions de prévention dans les territoires. Mettre la prévention au cœur des politiques nécessite de renforcer les dispositifs à l'échelle nationale et de mener des actions facilitant l'acceptation des publics.

Intégrer la santé publique dans toutes les politiques publiques, notamment à l'échelle locale via l'urbanisme, l'aménagement du territoire afin de favoriser un environnement bénéfique à la santé.

- Renforcer la thématique de la santé environnementale : développer le concept, « Agir sur l'environnement, c'est agir sur la santé ». Accompagner les porteurs de projets locaux
- Créer des milieux favorables à la santé : protéger la biodiversité pour protéger la santé humaine (concept de « One Health »)
- Amener plus de transversalité, la cohérence et l'ancrage local dans les dispositifs existants

Priorité 4 : Développer les aptitudes personnelles et l'éducation à la santé

Renforcer l'autonomie des personnes en matière de santé en développant le principe de parcours de vie de la prévention à tous les âges de la vie. Mettre en place un temps de prévention dédié à chaque étape de la vie (enfant, adolescence, jeune adulte, adulte et sénior)

Organiser la prévention dans les territoires en renforçant l'éducation à la santé et thérapeutique dans les métiers d'infirmier. Promouvoir l'éducation thérapeutique auprès des plus jeunes.

- Dès le plus jeune âge, en développant les actions de promotion de la santé à l'école.
- S'appuyer sur les CPTS
- Promouvoir les liens sociaux intergénérationnels pour véhiculer des comportements vertueux

Priorité 5 : Accentuer l'effort de prévention vers les publics fragiles

Renforcer l'action communautaire et travailler l'accessibilité des messages de prévention permettant de rendre visibles et intelligibles les dispositifs existants.

Favoriser la proximité en proposant des démarches « d'aller vers ». L'objectif étant d'aller à la rencontre des publics les plus fragiles, et éloignés des dispositifs existants, par un service spécifique.

- Développer la communication pour les publics qui n'ont pas accès au numérique
- Développer un dispositif de communication décliné par objectif et adapté à chaque public : se faire connaître ; aller vers
- Déployer des bus itinérants de prévention avec une équipe pluridisciplinaire dans les territoires