

Vos idées pour la santé, parlons-en !

Synthèse de la concertation dans l'Aude

Annexe
SYNTHESE DE RESTITUTION
CNR Santé à Carcassonne le 9 décembre 2022

I – Eléments de contexte

La situation du territoire

Le département de l'Aude cumule un taux de pauvreté/chômage élevé mais bénéficie d'une attractivité démographique forte comme tous les départements possédant une façade maritime. Un cinquième des audois vivent sous le seuil de pauvreté. La précarité est forte dans les 10 quartiers prioritaires de la ville (QPV) qui représentent 25300 habitants et regroupent 7% de la population des QPV d'Occitanie et 7% des audois. 12% de la population bénéficie de la CSS, 7% sont bénéficiaires de l'AME.

La population est vieillissante, plus de 22% de la population est âgée de 65 ans et plus, avec une consommation de soins supérieure à la moyenne nationale. La demande en soins (en nombre d'actes) est significative sur le département (4 890 actes /omnipraticien) où elle est supérieure de 7,33% à la moyenne régionale.

Le département est relativement bien doté en médecins généralistes mais on retrouve une forte hétérogénéité selon les territoires, avec des inégalités sociales et territoriales très importantes.

L'offre de soins est essentiellement centrée autour du secteur libéral, avec 335 médecins généraliste libéraux dans le département, 213 chirurgiens-dentistes et 574 médecins spécialistes.

En termes de structures de soins, le département est correctement équipé, il compte 6 centres hospitaliers, 5 services d'urgences, 2 GHT, 56 EHPADS et 55 établissements et services handicap à compétence exclusive ou partielle de l'ARS.

En termes de démographie médicale, de nombreux départs en retraite de médecins/dentistes ne seront pas remplacés. 40 % des médecins généralistes dans l'Aude ont plus de 60 ans et sont susceptibles de partir à la retraite dans les 5 à 10 ans à venir.

La prévention reste globalement insuffisante avec un taux de dépistage, des cancers notamment, inférieur à la moyenne nationale et une forte prévalence des addictions, des affections de longue durée, des pathologies psychiatriques et de l'obésité.

Face à l'ensemble de ces constats, quatre thématiques ont émergé et ont été débattues lors du Conseil National de la Refondation santé (CNR).

Les réunions de co-construction

Le CNR Santé de l'Aude a été organisé le 9 décembre 2022 dans les locaux du lycée Charlemagne à Carcassonne.

Les participants, professionnels de santé, usagers, élus, représentants syndicaux et associatifs, ont répondu présents. Plus de quatre-vingt personnes ont participé à cette concertation citoyenne.

Quatre référents métiers, acteurs des politiques de santé du département, ont été désignés en amont afin d'animer les ateliers avec un cadre ARS en appui.

Les PowerPoint de présentation et les fiches par thèmes ont été transmis en amont à l'ensemble des participants qui ont pu, en avance de phase, prendre connaissance des enjeux et faire des constats/propositions.

L'ensemble des participants ont pu s'exprimer sur les quatre thématiques retenues, chaque référent métier/cadre ARS pivotant sur l'ensemble des groupes.
La concertation a été largement plébiscitée, elle s'est déroulée dans une bonne ambiance et animée d'un esprit constructif.

II – Solutions et propositions

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

Constat :

A l'instar de la situation dans de nombreux départements, l'accès à un médecin traitant/équipe traitante est difficile dans l'Aude : cette situation est particulièrement angoissante pour de nombreux audois et contribue à désorganiser le parcours de soins (accès à un spécialiste etc...), particulièrement dans les territoires ruraux où vivent de nombreuses personnes âgées : 11,4% des audois de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant (pourcentage identique au niveau national) dont 7,5% pour les plus de 70 ans (28 480 personnes).

La prévalence des pathologies en lien avec une affection de longue durée est supérieure à la moyenne nationale (diabète, tumeur maligne, maladie coronaire, affection psychiatrique..).

Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous, aussi bien chez un médecin généraliste qu'un médecin spécialiste, sont particulièrement longs, engendrant une perte de chance pour les malades et/ou un renoncement aux soins.

Face à ce constat l'ARS et ses partenaires institutionnels se mobilisent à travers plusieurs leviers d'action :

Solutions :

-Le développement de l'exercice coordonné :

Le développement des maisons de santé pluri professionnelles (MSP) est un axe fort du plan national Ma Santé 2022 et du Plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires. Il s'agit de favoriser l'exercice coordonné en équipes pluri professionnelles et de faciliter l'accès aux soins dans chaque territoire.

Ces structures répondant aux nouvelles aspirations des professionnels de santé, de nombreuses structures d'exercice coordonné ayant vu le jour : le département compte désormais 21 MSP, 3 centres de santé, une équipe de soins primaires, 4 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) actives et 2 autres en projets à différents stades. L'objectif à termes est qu'il n'existe plus aucune zone blanche sur le territoire.

-l'accompagnement de la montée en maturité des structures existantes (critères d'évaluation, accompagnement adapté, favoriser les fonctions de coordination) :

L'un des principaux leviers d'attractivité des médecins réside dans le fait d'accueillir des internes en stage afin de susciter des souhaits d'installation. Le département de l'Aude se distingue par la présence de nombreux maîtres de stage universitaires (105 MSU).

Ces derniers sont principalement concentrés autour de Narbonne et Carcassonne, ils sont néanmoins plus rares dans le sud du territoire.

Face à ces constats/actions, le débat en ateliers a été animé et les propositions pour améliorer l'accès aux soins nombreuses :

Propositions :

- la délégation des tâches : l'une des propositions les plus récurrente a été le développement des différents métiers permettant de redonner du temps médical aux médecins, notamment les infirmiers en pratique avancée (IPA), les infirmiers Asalée et les assistants médicaux. Il a été noté le faible nombre d'IPA dans le département (une dizaine), la nécessité de faire la promotion de ces nouveaux métiers chez les professionnels de santé et de faciliter l'accès à la formation (cette dernière étant longue et coûteuse). Cette délégation de tâches s'inscrit dans un cadre plus global visant à alléger les formalités administratives des médecins avec notamment la possibilité de déléguer certaines tâches (comme le renouvellement de certaines ordonnances ou l'établissement de certains certificats médicaux). Sur la même thématique et afin de dégager du temps aux médecins, la possibilité de prescrire des ordonnances pour six mois avec, en contrepartie, revalorisation de la consultation à 60 euros, a été proposée ;

- le développement de la télémédecine est un axe fort pour faciliter l'accès aux soins : sans pallier aux problèmes structurels d'accès au médecin traitant, ce nouveau mode de téléconsultation/téléexpertise, développé pendant les crises sanitaires successives, constitue une alternative permettant d'assurer certaines consultations médicales. L'accent a été mis sur la nécessité de sensibiliser certaines populations éloignées des soins, notamment les personnes âgées. Les problèmes de connexion à internet sur le territoire ont également été soulignés ;

- le développement d'actions visant à promouvoir le département auprès des internes en médecine : au-delà des actions déjà mises en place (réception des internes par certaines collectivités territoriales), il s'agit de coordonner le travail des différentes administrations (communauté d'agglomération, conseil départemental, mairie, délégation de l'ARS) afin de mettre en place, par exemple, un guide commun qui recense l'ensemble des dispositifs d'aide à l'installation, les aides au logement, aux transports, qui expose les atouts naturels du département ;

-faciliter l'aide à l'installation des médecins étrangers, avec un meilleur accueil, une procédure facilitée de reconnaissance des diplômes et une meilleure formation dans l'apprentissage de la langue française ;

- l'obligation pour les médecins de réserver certaines plages horaires aux soins non programmés a été débattue : la mise en place du Service d'Accès aux soins (SAS) en 2022, chargé de trouver des rendez-vous médicaux pour des soins urgents non vitaux et d'éviter les passages non justifiés aux urgences, constitue une première évolution dans ce sens ;

-le développement du salariat avec le développement des centres de santé, notamment dans le cadre du GIP Ma Région Ma Santé qui déploie des dizaines de centres de santé dans la région ;

-la mise en place de plateformes d'orientation pour les personnes sans médecin traitant : déjà en projet dans les CPTS du Bassin Carcassonnais et du Grand Narbonne, ce dispositif doit se concrétiser mais se heurte à un problème d'offre de soins ; proposition identique pour la recherche d'orthophonistes avec mise en place d'une plateforme qui évalue et oriente les demandes en fonction de la situation/urgence ;

-augmentation du nombre de places pour les étudiants en médecine dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) car ouvrir le numérus clausus ne suffit pas, les moyens en CHU sont insuffisants. En parallèle nécessité pour les universités d'ouvrir plus largement les terrains de stage et de déployer les étudiants sur tout le territoire audois ;

-développer des partenariats avec la CPAM/MSA afin de faciliter le transport des patients, surtout pour les personnes isolées ou précaires n'ayant pas le permis, raison trop fréquente de renoncement aux soins ;

-lutter contre le renoncement aux soins en informant mieux la population sur le rôle des associations qui peuvent aider à remplir des dossiers, accomplir les formalités administratives (dossier AAH etc...) ;

-mettre en circuit des bus d'accès aux soins est une réussite dans plusieurs domaines : ainsi la PMI déploie un bus qui sillonne le département avec succès, de même le mammobile récemment créé en 2022 a fait ses preuves. Il est toutefois souligné le manque de ressources humaines pour travailler dans ces bus ;

-une meilleure utilisation des moyens /ressources par une meilleure coordination des professionnels de santé (exemple du mammobile déployé à Castelnaudary, ville qui a pourtant un mammographe très performant, ce qui crée une sur-offre de soins/doublon sur ce territoire) ;

-développement du dossier médical partagé (DMP) qui permet de centraliser toutes les informations sur un patient ;

-développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) avec notamment le développement des infirmiers Asalée ;

-développement et information sur les PRADO, services dédiés au suivi du patient à domicile après son hospitalisation, sur les PASS qui facilitent l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social ;

-obligation pour les médecins de s'installer un certain nombre d'années dans les zones sous-dotées, à l'instar des mesures contraignantes pour les pharmaciens et les infirmiers ;

- création de structures public/privé où se côtoient médecins libéraux/médecins salariés, en veillant à ce que les patients n'aient pas à faire d'avances d'argent pour payer les consultations (exemple de Port La Nouvelle) ;

- création d'une cartographie plus précise et régulièrement mise à jour de l'offre de soins existante sur le territoire ;

- le lien ville-hôpital doit être remis en avant, ces deux activités complémentaires doivent se respecter l'une et l'autre et se construire ensemble, (exemple : il n'y a pas de retour sur les sorties d'hospitalisations, pas d'appels avant la sortie pour la préparer, informer sur le séjour, et informer sur le devenir). Les courriers ne sont reçus que par le médecin traitant alors que les infirmiers prennent le patient en charge en amont. Proposition : envoyer à tous les professionnels les transmissions du séjour par messagerie sécurisée et éviter les sorties le vendredi soir. Le rôle de coordination du devenir du patient par l'hôpital est primordial ;

- dans le domaine de la santé mentale, développer les consultations avancées en MSP-CPTS (en psychiatrie avec des professionnels des centres médico-psychologiques) et développer les dispositifs mobiles (actions d'aller vers) ;

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

Constat :

La fragilité des services d'urgence est une des manifestations de la crise sanitaire que traverse le système de santé français. Le département de l'Aude souffre d'un manque d'effectifs en médecins urgentistes essentiellement circonscrit au CH de Carcassonne (- 14,2 ETP). Plus de 80% des passages aux urgences ne sont pas suivis d'une hospitalisation. Si l'offre de soins non programmés hors SU est globalement bonne sur le département, des difficultés persistent :

Le dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA) est fonctionnel : son organisation prévoit 12 secteurs de PDSA (dont 7 avec de la nuit profonde) répartis sur 5 territoires centrés chacun autour d'une maison médicale de garde (Carcassonne, Narbonne, Castelnaudary, Limoux, Lézignan).

Toutefois nous notons certaines fragilités dans cette organisation : la couverture de l'effectif est incomplète, plusieurs secteurs n'ont plus de médecins effecteurs et des difficultés sont également rencontrées dans certains secteurs saisonniers.

En 2020, la régulation est effectuée pour 86% du temps par les médecins régulateurs de l'Aude et à 14% par des médecins régulateurs venant des départements voisins.

63% des heures sont réalisées par des médecins de plus de 60 ans de l'Aude.

Sur les 3 dernières années, le taux de couverture des plages de régulation est proche de 100%.

Solutions :

- La mise en place du service d'accès aux soins (SAS) au cours de l'année 2022 :

Le SAS vise à répondre à la demande en soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Lancé à l'été 2022, le dispositif expérimental est satisfaisant et va être pérennisé.

- Les mesures Braun sur les urgences :

En réponse aux difficultés rencontrées par les structures d'urgences, et plus globalement par l'ensemble du système de santé, un ensemble de mesures visant à soutenir une organisation renforcée de l'accès aux soins urgents et non programmés dans les territoires, ont été mises en place à l'été 2022 (faciliter le recrutement des ARM/rémunérer les médecins régulateurs au taux horaire de 100 euros/développer le SAS/cumul d'activité titulaire-remplaçant/encourager l'activité des professionnels retraités) ;

- Projet de réforme du cahier des charges PDSA qui doit être signé au printemps 2023.

Propositions :

- nouvelle organisation de la permanence des soins adaptée au territoire dans le cadre de la révision du cahier des charges en 2023 :

-amélioration du dispositif existant notamment de l'organisation des MMG : localisation proche des CH, renforcement avec de nouvelles professions notamment les sages-femmes ou puériculteurs, meilleur soutien financier, administratif et matériel des MMG pour améliorer la qualité de vie au travail (QVT) et donc l'attractivité (locaux récents, bien isolés, avec aménagements adaptés, secrétariats, lignes directes police/services d'urgences, équipements de protection sanitaire, équipement de diagnostic rapide type CRP capillaire) et surtout des financements plus pérennes ;

- développer la PDSA en s'appuyant sur le maillage des professionnels libéraux :

- renforcement du dispositif par la présence d'un coordonnateur pharmacie ;

- s'appuyer sur les ressources locales pour répondre à la demande en soins urgents (proposer une pré-consultation IDEL avant de voir un MG, développer les IPA, soulager la contrainte administrative notamment la procédure de reconnaissance des diplômes ou process d'inscription du CDOM, développer le rôle de l'assistant médical) ;

- mutualiser les moyens de la PDSA avec les organisations des soins non programmés réalisées au sein des CPTS, notamment la mutualisation des temps de secrétariat ;

-développer la délégation de tâches (IDE pharmacie kinésithérapeute) et expérimenter les certificats de décès avec l'appui des IDEL ;

- une meilleure communication sur le dispositif PDSA largement ignoré du grand public ;

- développement du SAS et de ses moyens (mention spéciale pour ce dispositif qui fait l'unanimité et qu'il convient de soutenir et pérenniser) : travail à poursuivre pour mieux orienter les patients après régulation pertinente tout en prenant en compte les besoins et problématiques des effecteurs. A noter la demande que tous les professionnels puissent y être associés (MG, IDE, kinésithérapeutes, pharmacies) ;

- dans les territoires excentrés, utilisation de la télémédecine en s'appuyant sur les pharmacies, les cabinets des professionnels paramédicaux, voire les locaux municipaux ;

- utilisation des structures médico-sociales comme micro plateaux techniques ;

-la garde des enfants pendant les horaires de PDSA est compliquée et peut constituer un frein organisationnel majeur pour l'engagement : proposition de crèches/garderies hospitalières ouvertes les week-ends et accessibles aux professionnels de santé ambulatoires sur les weekends, aménagement de lieux/pièces d'accueil des enfants sur place, partenariat avec des entreprises de gardes d'enfants ;

- développement des consultations avancées de spécialistes directement sur les lieux d'exercices coordonnés (MSP) avec un levier sur la téléconsultation ;

- amélioration de la coordination des moyens, notamment en s'appuyant sur le réseau France service collectivités territoriales ;

-renforcement de l'éducation des patients, afin de sortir d'une logique de consommation de soins, de réponse immédiate et pas toujours adéquate ;

-formation citoyenne des usagers aux gestes qui sauvent et signes d'urgences vitales (savoir faire la différence entre une urgence vitale ou non) ;

-meilleure valorisation financière de l'astreinte et de l'acte notamment pour les professionnels qui doivent poursuivre les soins tous les jours (IDE, MK, sages-femmes), ce qui éviterait de pousser à l'acte pour compenser et laisserait plus de place à l'éducation du patient, meilleure valorisation type forfait pour ceux qui participent.

-implication des ESP, MSP et CPTS autour des réflexions sur ces thématiques ;

- développer des solutions de transports sanitaires paraît indispensable, en respectant les problématiques de chacun car la proportion de personnes ne pouvant pas se déplacer est très importante et les visites sont chronophages (souvent un seul médecin sur vaste un territoire) ;

-augmentation du nombre de lits dans les services d'urgences, reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit avec retraites anticipées et augmentation des rémunérations ;

- dans le domaine spécifique de la santé mentale :

- mise en place d'un centre d'accueil et de crise sur l'établissement pivot du département de l'Aude (CH de Carcassonne) pour évaluer, orienter et prendre en charge sur une période courte et ainsi fluidifier les parcours et trajectoires des patients en ayant le moins possible recours à une hospitalisation en soins sans consentement ;

- renforcement des ressources dans les CMP adultes et enfants afin de garantir la continuité des parcours et réduire le recours aux services d'urgence pour les situations de crise ;

- renforcement d'une démarche partenariale sanitaire, médico-sociale et libérale de gestion des situations complexes en lien avec le DAC 11 et la communauté 360 ;

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

Constat :

Dans le secteur de la santé, très mobilisé par la crise sanitaire et soumis à une pression croissante liée à l'augmentation des besoins de la population, les départs et les besoins de recrutement ont été d'autant plus exacerbés.

La crise sanitaire a amplifié les problèmes antérieurs rencontrés en entraînant une sur-mobilisation des soignants. Après la première vague, les départs des professionnels médicaux et paramédicaux ont augmenté.

L'hôpital public rencontre d'importantes difficultés, et notamment un manque de personnel. En 2020, près de 31% des établissements de santé français indiquaient ainsi rencontrer de fortes difficultés à recruter des paramédicaux, ils étaient jusqu'à 62% à en rencontrer pour les métiers en tension.

Chez les professionnels de santé libéraux, la pénurie est aussi criante, aussi bien chez les médecins généralistes et spécialistes, que chez les professions paramédicales. La pénurie dans le domaine de la santé mentale est particulièrement importante, notamment chez les psychiatres/pédopsychiatres.

La démographie médicale est inquiétante, plus de 40% des médecins du département ont plus de 60 ans et sont susceptibles de partir à la retraite dans les cinq à dix ans à venir.

Toutes ces difficultés nationales sont aggravées dans l'Aude, département rural avec une population vieillissante et une forte précarité, avec pour corollaire un important renoncement aux soins.

Deux ans après les accords du Ségur de la santé, plusieurs actions ont été mises en place.

Solutions :

- Ségur de la Santé :

- revalorisations des rémunérations ;
- renforcement de l'attractivité de l'hôpital et de l'EHPAD ;
- augmentation du nombre de professionnels formés ;
- lancement des plateformes de l'autonomie;
- maintien du forfait dérogatoire IDEL en ESMS PH et en SSIAD;
- lancement d'un appel à manifestation d'intérêt aux ESMS dans le déploiement d'une démarche QVT;
- des actions spécifiques à la région Occitanie/département de l'Aude : organisation d'un comité d'attractivité et mise en place de plans d'action ciblés (exemple sur le QPV du Viguier à Carcassonne).

- Les dispositifs financiers incitatifs pour les installations des professionnels libéraux :

Les aides à l'installation et dispositifs d'exonération fiscale (portés par l'ARS/l'Assurance maladie et les services fiscaux) ont permis ces dernières années de soutenir concrètement de nombreuses initiatives dans le département. Cet appui financier bénéficie aussi bien aux structures d'exercice coordonné qu'aux médecins-chirurgiens-dentistes s'installant individuellement. Davantage de territoires bénéficient d'appui, avec un zonage élargi et des financements complémentaires de l'ARS. La révision du « zonage médecins » en 2022 a augmenté le nombre de communes (désormais 200) placées en Zone d'intervention prioritaire (ZIP).

Propositions :

- améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé (équilibre vie privée/vie professionnelle) par le déploiement des maisons de santé pluri professionnelles/centres de santé/équipes de soins primaires : les jeunes médecins plébiscitent le travail en exercice coordonné, l'évolution de la

médecine libérale va dans le sens d'une meilleure coordination vie professionnelle/développement personnel et familial. Le développement des crèches hospitalières et des internats ruraux sont aussi plébiscités ;

Le soutien au développement de l'exercice coordonné est donc essentiel : actuellement 21 MSP sont ouvertes dans le département, 3 centres de santé, 3 équipes de soins primaires et 4 CPTS : l'ARS continue de soutenir le déploiement de ces structures sur tout le département ;

- améliorer la rémunération des professionnels pour renforcer l'attractivité : le Ségur de la santé est insuffisant sur ce point. La revalorisation des salaires des auxiliaires de vie, des aides soignant et des infirmiers qui sont en début de chaîne et n'ont pas des salaires très attractifs est essentielle. Idem pour les internes bac + 10 à 28 ans payés à 1800 euros avec de lourdes responsabilités ;

- revaloriser financièrement la formation et l'accueil des nouveaux professionnels, notamment dans le cadre des stages au sein de services où évoluent des corps de métiers différents. Par exemple il est particulièrement formateur et apprécié par les internes en médecine générale de passer avec des sages-femmes (en qualité d'observateur car il n'y a pas de convention de stage a proprement parlé donc pas d'acte possible, et l'implication de la sage-femme n'est reconnue ni intellectuellement – absence de convention équivalente aux MSU- ni financièrement – aucun dédommagement au même titre que les MSU) ;

- à partir d'un certain chiffre d'affaires, permettre de plafonner les cotisations ou/et impositions ou/et taxes (à voir quel avantage fiscal est envisageable) sur l'année d'exercice, afin que le professionnel de santé soit incité à travailler plus et donc à recevoir davantage de patients, et donc à fortiori de nouveaux patients également ;

-faciliter l'accès à certaines professions via le remboursement des actes (conventionnement avec les ergothérapeute, psychologues, psychomotriciens) ;

- améliorer la politique d'accès à l'emploi des conjoints des professionnels de santé : c'est en effet l'un des freins majeurs à l'installation des professionnels de santé dans les territoires ;

- faire la promotion des métiers de la santé : guide d'installation commun à plusieurs administrations (ARS/conseil départemental/communauté d'agglomération), campagnes publicitaires ;

- construire des modalités de transports favorisant le déplacement des professionnels de santé vers leurs lieux d'exercice ainsi que le déplacement des usagers ;

- redonner du sens aux métiers de la santé, en développant la formation, des parcours professionnels constructifs et attrayants, la coordination ;

- favoriser une politique facilitant l'accès au logement des nouveaux arrivants (certaines collectivités territoriales ont déjà mis en place des dispositifs comme la gratuité du loyer ou des locaux pour les nouveaux arrivants) ;

- instaurer une période d'installation obligatoire dans les zones sous dotées pour les nouveaux arrivants ;

- améliorer l'information des lycéens, notamment en faisant évoluer le dispositif Parcoursup (absence des mots pharmacien/médecin, il faut sélectionner « santé ») ;

- développer les groupes de paroles pour soignants autour du développement des compétences psychosociales afin de gagner en QVT ;

- Pour la profession des infirmiers :

- favoriser l'accès direct aux infirmiers en premier recours dans un but d'efficacité de la chaîne du soin et de la prise en charge des patients ;

- étendre leurs compétences en matière de consultation et de prescription ;

- renforcer la mission de coordination des infirmiers au sein des parcours de soins (infirmier référent), afin de les adresser vers d'autres professionnels de santé ;

- leur conférer davantage de responsabilités pour mener des politiques de prévention adaptées à chaque territoire ;

- préserver la dignité des patients décédés et de leurs familles en permettant l'établissement du certificat de décès par les infirmiers (spécifiquement pour les IPA) ;

- garantir l'accès direct (sans protocole) et l'autonomie de la profession ;

- développer la mise en place d'IPA de premier recours (préconisations de la mission flash sur les urgences et soins non programmés) ;

- réfléchir à la création de postes d'infirmiers cliniciens (modèle canadien) ;

- augmenter le nombre de places en école infirmier et aide-soignant sur le territoire ;

- revoir le programme de formation des IFSI en vue de renforcer les connaissances en psychiatrie des jeunes infirmiers, les stages en psychiatrie pourraient être regroupés et prolongés et les compétences horizontales en matière de communication doivent être développées ;

- faire évoluer la réglementation afin de permettre aux établissements privés non lucratifs exerçant les mêmes missions que les établissements publics de recruter des praticiens étrangers hors UE ;

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

Constat :

Les audois bénéficient globalement d'un système de soins de qualité, mais la prévention des risques de santé est encore insuffisante dans le département de l'Aude. Les taux de dépistage des cancers du sein (42,9%), du col utérin (55,9%), et colorectal (28,6%) sont inférieurs aux moyennes nationales, avec pour corollaire un taux de mortalité lié au cancer plus important.

Les comportements à risque sont aussi plus répandus, avec une forte prévalence du tabagisme quotidien et une consommation quotidienne d'alcool supérieure à la moyenne nationale. Alcool, tabac, addictions, comportements sédentaires et obésité minent les progrès liés à la santé et contribuent à l'augmentation des décès prématurés.

Le taux de couverture vaccinale est par ailleurs inférieur à la moyenne nationale.

La santé mentale est un autre point noir du département : le nombre d'admissions en ALD pour affection psychiatrique est élevé, et nous constatons une surmortalité par suicide (18,1 décès en moyenne sur l'Aude contre 15,7 en France).

Face à ce constat, des solutions ont été mises en place et des propositions émises par les groupes de travail.

Solutions :

De nombreuses initiatives ont été mises en place sur le département pour améliorer l'accès à la prévention. Ainsi, trois contrats locaux de santé (CLS) sont signés dans l'Aude (Castelnaudary, Narbonne, Limoux/Haute Vallée de l'Aude) et deux sont en cours de construction (Carcassonne agglomération, Lézignan).

Instrument de consolidation du partenariat local sur les questions de santé, les CLS cherchent à développer l'efficacité des actions définies dans le cadre du Projet régional de santé et des projets locaux de santé portés par les collectivités à destination des publics les plus fragiles.

Propositions :

Faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les audois « allers-vers » :

- communication ciblée par tranches d'âge, précocité des communications ;
- centralisation des ressources (affiches, flyers etc.) pouvant être commandées et mises à disposition des usagers ;
- privilégier le présentiel : permanences associatives au sein de lieux dédiés à la prévention, ateliers et groupes de paroles ;
- intérêt de portage/positionnement d'élus sur certaines thématiques/problématiques (risques festifs, addictions...)
- approche positive de la santé ;
- intérêt de "lieux" d'échanges libres en santé physique ou numérique ;
- investir également les réseaux sociaux, pour toucher les jeunes et les personnes connectées (associer les publics concernés, démarche en santé communautaire...).
- lieux dédiés à la prévention dans la ville (Maison prévention santé) ;
- actions au plus proche des habitants, notamment dans les QPV et les quartiers les plus isolés, les communes rurales (démarche d'aller vers) ;
- travailler davantage en lien avec les services de santé au travail, pour faire entrer la prévention dans la culture de chaque employeur ;
- importance de maintenir un lien de proximité avec les habitants les plus éloignés du système de santé : QPV, zones rurales ;
- nécessité d'améliorer les dépistages au plus près des habitants avec relais et accompagnement vers les structures adaptées ;
- plus-value du rôle des Ateliers Santé Ville (ASV) qui interviennent dans le cadre des contrats de ville au plus proche des habitants des QPV ;
- déployer des outils spécifiques tels que des bus prévention, ou « guitounes mobiles », pour investir l'espace public ;
- s'appuyer sur les acteurs et associations de proximité, en lien direct avec les publics en besoin.

Solutions pour donner envie de prendre soin de sa santé :

Il est nécessaire de voir les bénéfices de la prévention pour être acteur de sa santé.

- information sur le bénéfice concret (en termes de santé, de coût, de qualité de vie etc...) d'un dépistage ou d'une action de prévention lorsqu'il a été réalisé (par exemple pour les enfants qui font « MT dents » petit flyer « bravo tu viens de protéger tes dents »), idem pour la vaccination en rappelant les risques chiffrés ;
- valorisation financière pour les patients de la réalisation d'actions de prévention comme les dépistages, « MT dents » ;
- structurer et développer les campagnes de dépistage : bucco-dentaire, oncologie, médecine générale ;
- faciliter l'accès à des bilans réguliers pour éviter les situations dégradées, notamment pour les personnes présentant un handicap ;
- accompagner les professionnels libéraux dans la prise en charge des patients présentant des troubles du comportement ;
- poursuivre les démarches inclusives, notamment le logement, l'absence de logement étant un facteur d'aggravation constaté ;
- dans une dynamique partenariale ville-hôpital, organiser avec les officines, les professionnels libéraux, des programmes d'éducation à la santé (atelier du médicament, hygiène alimentaire, hygiène de vie...) ;

- contribuer à la compréhension et à l'intérêt des mécanismes de prévention, de santé globale par des temps d'échanges, des ateliers de mobilisation citoyenne ;
- améliorer le cadre de vie des habitants en travaillant des environnements favorables à la santé des populations (rôle des collectivités) : actions santé-environnement, urbanisme en santé, santé mentale et bien-être des populations ;
- travailler la motivation des personnes à entrer durablement dans des démarches favorables à la santé par des ateliers/groupes réguliers et soutenant ;
- permettre un espace de parole et/ou d'information permanent en prévention santé : par exemple, un observatoire en santé permanent dans les territoires ;
- dans le domaine des neurosciences, mise en place de formations, accessibles financièrement et matériellement (pour les professionnels de santé, bénévoles d'association, intervenants du secteur social ou médico-social) aux différentes techniques d'entretien motivationnel et de développement de compétences psycho-sociales ;
- intérêt des actions de prévention en petit effectif (petits ateliers, groupes de parole, mini conférences) avec possibilité d'échanges et de débats, qui permettent de mobiliser les personnes en étant au plus près de leurs préoccupations ;
- favoriser le déploiement de l'éducation thérapeutique et les moyens financiers mis à disposition (rôle des infirmiers Asalée) ;
- connaître les lieux ressources au plus proche de chez soi, les "portes d'entrée" vers les parcours de santé du territoire (rôles des CLS, ASV, collectivités...) ;
- privilégier une approche positive de la santé (messages, ateliers...) ;
- déstigmatiser la santé, les dépistages ;
- développer les Maisons Sport Santé ;
- favoriser les temps de sensibilisation, prévention, tout au long de la vie, et notamment chez l'enfant et l'adolescent, par des approches ludiques et collectives (en transversalité inter services, et inter partenaires) : coordination des parcours de prévention par les CLS sur chaque territoire.

Rôle de l'Education Nationale :

L'éducation à la santé a une place importante car il s'agit d'un concept relativement récent de s'approprier notre santé et on ne peut pas être acteur de quelque chose qu'on ne connaît pas.

L'éducation nationale peut jouer à la fois le rôle d'éducateur en santé (comprendre ce qu'est la santé, le fonctionnement du corps, des maladies, le concept de prévention) mais aussi de partenaire facilitateur pour des actions de prévention car cela permet de toucher l'ensemble des enfants indépendamment de leurs parents (par exemples sensibilisation aux gestes qui sauvent dès le plus jeunes âges et tout au long de la scolarité, sensibilisation à la nutrition et à l'activité physique, sensibilisation sur la santé mentale avec initiation à l'expression des émotions et l'identification des besoins).

Par ailleurs l'éducation nationale peut s'impliquer dans les projets et parcours de prévention travaillés localement par les CLS et les ASV et travailler avec les organismes de prévention (associations ou organismes publics ...) permettant des messages ciblés et un apprentissage précoce.

Repenser l'action des acteurs de prévention :

La prévention est peu valorisée dans les métiers de la santé au profit du soin, il s'agit de faire plus de prévention que de soins par des actions combinées (consultation de prévention, groupes, ETP, journée de sensibilisation).

Les professionnels de santé sont des acteurs majeurs de la prévention car ce sont les acteurs majoritairement rencontrés dans le parcours de soin du patient et souvent les premiers à repérer une situation à risque.

Les actions de prévention sont encore beaucoup trop tardives.

Certaines situations à risques peuvent être dépistées tôt mais ce sont les moyens de préventions à mettre en place qui font défaut.

L'exemple typique est le dépistage de la fragilité de la personne âgée d'où la nécessité de développer le programme ICOPE (peu de prise en charge de l'activité physique de la personne âgée, très peu d'ateliers mémoire ou d'habilité sociale, pas de prise en charge pour la nutrition etc..) ou l'obésité infantile (il est

possible d'identifier dès la grossesse les situations à risque mais il n'y a pas de prise en charge avant 3 ans et même au-delà elles sont encore aujourd'hui insuffisantes) ;

- les associations addictions, ASV, les collectivités ont des outils et une méthodologie intéressante. Il manque des actions de terrain de préventeur sur les thématiques CPS, sommeil, hygiène de vie ;

- intérêt de lieux et équipes dédiés à la santé au sein de chaque collectivité, contractualisation avec l'ARS via les CLS nécessaire pour soutenir et crédibiliser les démarches ;

- intérêt de faire intervenir des paramédicaux (diététiciens, kinésithérapeutes...) avec une coordination des actions de prévention sur le territoire par les collectivités (liens CLS/CPTS pour permettre cette coordination localement) ;

Solutions pour lutter contre les inégalités sociales de santé, les inégalités territoriales

- extension des contrats locaux de santé à l'échelle des communautés de communes/d'agglomérations (projets en ce sens à Carcassonne, Narbonne, Castelnaudary et Lézignan) ;

- aide financière pour la gratuité des actions de préventions (par exemple accompagnement diététique de l'enfant dès la naissance, pendant la diversification et aux âges clefs en prévention de l'obésité infantile, ou encore accompagnement psychologique des personnes en souffrance psychologique).

III – Perspectives

Les échanges lors du CNR ont été très constructifs et positifs : au-delà des constats et propositions, c'est un nouveau mode de concertations/échanges qui a été mis en place et doit maintenant essaimer.

L'année 2023 est une année charnière puisque c'est au cours de cette année que vont être discutés et signés le nouveau cahier des charges de la PDSA et le Projet Régional de Santé (PRS).

Les propositions et échanges sur les quatre thématiques inspireront largement les négociations à venir, plusieurs axes majeurs émergent déjà comme le développement des structures d'exercice coordonné, la pérennisation du SAS et le développement des CLS (deux CLS en projets pour 2023 dans l'Aude). Un certain nombre de propositions pourront être discutés dans le cadre du comité d'attractivité départemental, d'autres propositions relèvent de compétences nationales et ne sont pas à l'ordre du jour immédiat.

Dans la continuité des travaux déjà engagés dans le cadre du PRS et de la première restitution qui en a été faite le 17 novembre devant le conseil territorial de santé (CTS), il est nécessaire de poursuivre cette approche de concertation au plus près des acteurs de terrain, et ce autour du CTS qui doit conforter son rôle d'instance de la démocratie sanitaire.