

Vos idées pour la santé, parlons-en !

Synthèse de la concertation en Aveyron

SYNTHESE DE RESTITUTION CNR Santé de l'Aveyron

I – Eléments de contexte

La situation du territoire

L'Aveyron qui compte 279 274 habitants (recensement 2018), a une **part de personnes âgées supérieure à celle de la région et de l'hexagone** (les plus de 65 ans y représentent 27,1% de la population contre 22,4% en Occitanie et 20% en France métropolitaine). En parallèle, l'Aveyron a une part de 0-25 ans faible (24,5% contre 29,6 % en France métropolitaine et 28,1 % en région) qui reste concentrée sur Rodez et son agglomération. Le taux d'accroissement annuel de la population y est tout juste positif (0,11 contre 0,7 au niveau régional et 0,36 au niveau national).

Une deuxième caractéristique est une **densité moyenne très faible** (32,0 habitants au km², avec des zones à moins de 10 habitants au km² contre 119 hab/km² au niveau national et 80 hab/km² à l'échelle régionale), le territoire de l'Aveyron est très étendu (5^{ème} département de France en superficie), il est maillé à la fois par des zones urbaines (Millau, Rodez et Villefranche de Rouergue notamment) et des zones rurales quelquefois très éloignées, avec un accès difficile (zones de montagnes et de vallées successives) des centres urbains.

La part de chômeurs dans la population Aveyronnaise est inférieure à celle de la région et de la France Métropolitaine, ce qui peut avoir un impact sur l'attractivité des métiers. Plus d'un foyer sur deux n'est pas imposé en Aveyron, toutefois l'Aveyron présente un taux relativement bas de personnes dépendant uniquement des prestations sociales. Le taux de pauvreté est de 14% contre 17% en Occitanie et 14,6% en France, les taux indicatifs de précarité sont inférieurs en Aveyron à ceux de la région mais il existe des contrastes infra-départementaux avec en conséquence des incidences potentielles sur la santé (gradient social de santé) et des actions de prévention à mener sur le territoire.

L'Aveyron se caractérise par une **sous mortalité prématurée** (avant 75 ans) et **évitable** (décès prématurés qui surviennent à la suite d'une pathologie ou un évènement de santé qui aurait pu être prévenu par la prévention ou par une prise en charge médicale) **significative** par rapport à l'Hexagone. Plus spécifiquement, cette **sous mortalité** est significative en ce qui concerne les décès **par cancer**.

En 2020, on dénombre près de 664 lits en hospitalisation complète de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) en Aveyron, soit 3,9 % de l'offre totale de l'Occitanie pour une population de 4,7 % de la région. Ce nombre de lits étant fortement concentré sur Rodez qui en compte presque la moitié (46,5%). Le nombre de lits de Soins de Suite et de Réadaptation étant lui de 582, soit 5,3% des capacités de l'Occitanie. L'Aveyron est couvert par 14 établissements de santé (9 établissements publics - dont 2 HPR, 1 CHS psychiatrie et 5 secteurs psychiatrie, 2 CSSR, 1 GIE imagerie médicale et 1 HAD territorial), mais également 1 SAMU, 6 SMUR, 5 SAU et 4 maternités.

L'Aveyron compte 5143 places d'hébergement en EHPAD, soit 133 places pour 1000 habitants de plus de 75 ans (contre 96 au niveau régional) et 1889 places d'accueils dans 45 établissements et services pour les personnes handicapées, soit un taux d'équipement au-dessus de la moyenne de la région Occitanie.

Sur le volet soins de Ville, l'Aveyron présente 29 Maisons de santé pluri professionnelles (MSP), 3 équipes de soins pluri professionnelles (ESP) et une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). La **PDSA** est articulée sur 15 secteurs d'intervention et une maison médicale de garde est présente à Rodez. Les CPTS se développent, puisqu'une est déjà en fonctionnement depuis 2020, deux autres ont déposé leur lettre d'intention et une 4^{ème} devrait prochainement le faire.

Il est tout particulièrement à noter la démographie médicale vieillissante et un nombre de médecins généralistes libéraux en diminution (261 en 2009 contre 225 en 2022 – soit -14%). En matière de densité, l'Aveyron compte donc 8 médecins généralistes pour 10 000 habitants contre 10 en Occitanie et 8,6 sur le territoire national. Le territoire reste donc proche de la moyenne nationale, mais avec un effort d'attractivité conséquent déployé (le conseil départemental de l'Aveyron a notamment créé une agence de l'attractivité en 2022). L'accès aux spécialités est cependant particulièrement difficile (le nombre de médecins spécialistes est passé de 180 en 2009 à 119 en 2022 – soit -33,8%). Certaines professions du soin sont plus en tension qu'ailleurs, comme les chirurgiens dentistes (50,8 pour 100 000 habitants contre 54,9 en métropole et 67,5 en Occitanie) ou les masseurs kinésithérapeutes

(101 pour 100 000 habitants contre 104,5 en métropole et 146,4 en Occitanie), inversement les infirmiers libéraux (341,6 pour 100 000 habitants contre 197,1 en métropole et 320,1 en Occitanie) sont plus nombreux qu'ailleurs.

Le territoire est doté d'un Dispositif d'Appui à la Coordination depuis juillet 2022.

La prévention est prise en compte par les collectivités territoriales et trouve à s'appuyer sur un maillage du territoire par 3 contrats locaux de santé en cours (Rodez Agglomération, Parc Naturel Régional des Grands Causses et Ouest Aveyron Communauté) et un autre débutant le 01/01/2023 (Decazeville Communauté). Il existe toutefois de nombreuses zones non couvertes par ce dispositif.

Les réunions de co-construction

Le CNR Santé de l'Aveyron s'est déroulé le 09 décembre 2022, de 09H30 à 16H30, dans la salle de spectacle de l'Athyrion à Onet le Château. C'est cette même salle qui avait été le lieu où la majeure partie de la campagne de vaccination contre la COVID avait été menée sur Rodez et son agglomération (110 000 injections). Cette journée a été organisée en lien avec le bureau du CTS et son Président ainsi que les députés Jean-François ROUSSET et Stéphane MAZARS.

Les ateliers ont été animés avec l'aide des coordonnateurs de CLS, du coordonnateur PTSM, d'un coordonnateur du DAC et de l'IREPS qui a également apporté un appui méthodologique. Les agents de la délégation départementale de l'ARS ayant co-animé chacun des groupes constitués.

Ce sont près de 260 personnes qui ont été invitées : élus, citoyens désignés par les élus ou les associations membres du CTS, ainsi que ceux inscrits sur le site du CNR, représentants associatifs, professionnels du soin, directeurs d'établissements, membres titulaires et suppléants du CTS, représentants d'usagers auprès des établissements de santé et médico- sociaux, représentants syndicaux dans le domaine de la santé et représentants de l'Assurance Maladie (MSA, CPAM). Une centaine de ces personnes se sont rendues disponibles.

Le retour des participants a été très positif, ils ont salué la méthode et l'organisation. Les non initiés au système de soins ont également apprécié d'avoir pu aborder de manière plus conséquente la connaissance de notre système de soins.

La journée de concertation a été introduite en formation plénière par le directeur général de l'ARS, le préfet de l'Aveyron et le député Jean-François ROUSSET. Ce sont ensuite 6 groupes de 15 à 18 personnes qui se sont réunis en deux sessions d'1H30 (une le matin et une l'après midi) pour aborder chacun deux thèmes des quatre qui étaient prévus par l'instruction nationale. Chacun des 4 thèmes a donc été abordé 3 fois par 3 groupes différents mais constitués de manière homogène entre les différentes catégories d'invités qui avaient répondues présentes (part similaire d'élus/ citoyens / médecins / professionnels du soin/associatifs...).

Les séances en atelier ont été suivies par une restitution en séance plénière, permettant d'engager avec la salle un dernier échange sur le déroulement de la journée et de présenter certaines propositions saillantes mises en avant par le directeur de la délégation départementale de l'ARS, le Président du CTS et son Vice Président.

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

Constats :

Le département de l'Aveyron est étendu, avec des zones urbaines et des zones rurales, parfois éloignées des centres urbains. Ceci devrait donc conduire à adapter l'offre au territoire dont il dépend, pour la rendre plus proche en termes géographiques mais également humains, s'agissant du soin.

La nouvelle génération de professionnels de soins aspire à un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Par conséquent leur amplitude de travail est moins importante et dans certains cabinets des jours de semaine et le week-end ne sont pas couverts en totalité par une offre de consultations.

Pour autant l'équipe de soins doit se constituer autour du médecin traitant qui est nécessaire aussi bien dans le domaine sanitaire que médico-social.

Le rôle du médecin doit se réserver à l'expertise pour libérer du temps, il y a trop de travail administratif. Les protocoles de délégation de tâches sont trop complexes.

Le patient est bien souvent exclu du système de santé dans la réflexion sur l'accès, la permanence et le parcours de soins.

Les nouveaux arrivants dans un territoire rencontrent des difficultés d'accès à un médecin traitant, avec des disparités infra départementales. L'accès aux spécialités est difficile. Les délais pour obtenir un rdv auprès d'un spécialiste sont parfois très longs. De nombreux patients en fin de droits ALD sont sans médecin traitant. Cette carence ne concerne pas uniquement les territoires les plus ruraux puisqu'il y a environ 8000 patients sans médecin traitant sur le secteur de Rodez.

Le suivi somatique des patients après hospitalisation en psychiatrie est compliqué. Les plus précaires sont souvent obligés de se rendre à la PASS pour avoir accès à une prescription médicale.

Les EHPAD posent des conditions pour l'admission lorsqu'un patient n'a pas de suivi par un médecin traitant. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD doit alors compenser.

Solutions / propositions :

→ **Harmoniser et adapter les différents zonages et périmètres d'actions des professions de santé :**

- les zonages d'aides à l'installation sont différents en fonction des professions de santé, ce qui entraîne une mauvaise lisibilité, il faudrait pouvoir les harmoniser, et les adapter aux bassins de vie localement sans être tenus par les territoires de vie et de santé (TVS) sur lesquels les acteurs locaux n'ont pas la main ,
- les périmètres couverts par les équipes de soins pluriprofessionnelles, les maisons de santé pluriprofessionnelles, les communautés professionnelles de santé et les zones d'aides à l'installation ne sont pas en adéquation avec les bassins de vie, il faudrait les rendre plus cohérents, les structurer à l'échelle des territoires, pour les rendre plus lisibles notamment en associant les élus et les citoyens à leur création et leur gouvernance,
- il faut organiser des consultations itinérantes sur le département pour les bassins de vie ruraux lorsque les équipes sont suffisamment importantes, ou limiter les temps de déplacements des médecins dans les zones moins denses, par exemple en systématisant le transport à la personne dans certains territoires éloignés des cabinets ou maisons de santé.

→ **Proposer des solutions innovantes notamment en s'appuyant sur les nouvelles technologies sans exclure la dimension humaine liée au soin :**

- développer la téléexpertise avec les spécialistes, la téléconsultation, en y intégrant des assistants de proximité auprès des patients lors des examens, tout en garantissant un suivi par un professionnel référent,
- créer une centrale d'appels pour réguler les demandes de rdv,
- prévoir la possibilité de téléconsulter dans le cadre de la psychiatrie pour le renouvellement des ordonnances, notamment pour les personnes âgées,
- mettre en place des consultations dédiées pour les personnes handicapées (Handiconsult),
- créer un télé réseau national des médecins coordonnateurs en EHPAD.

→ **Améliorer la coordination entre les professionnels, définir une organisation territoriale et des professionnels du soin :**

- créer un référent santé entre les acteurs du médico social et les MSP,
- identifier les portes d'accès, surtout pour l'usager et organiser l'entrée dans le soin et les parcours en partant du besoin des patients,
- diffuser les bonnes pratiques et expériences positives entre territoires,
- promouvoir la notion de service public de proximité en santé (socle minimum d'offre sur l'ensemble des territoires),
- définir un projet médical fédérateur sur les territoires,
- développer les maisons médicales de garde.

→ **Mieux organiser les compétences, déléguer les tâches, libérer du temps médical :**

- permettre un accès direct aux masseurs kinésithérapeutes dans le cadre du protocole HAS concernant les lombalgies et la traumatologie,

- développer la délégation d'actes (protocoles de coopération) et de tâches et l'accès direct à certains professionnels de santé (IDE, masseurs kinésithérapeutes, paramédicaux, orthoptistes...), de manière encadrée. Permettre aux IDE de prescrire,
- développer le réseau d'IPA pour compenser le manque de médecins,
- rendre acceptables les conditions de recours aux assistants médicaux (exigences CNAM d'augmentation de la patientèle trop lourdes par rapport aux contraintes de recrutement) pour augmenter les recrutements,
- développer les équipes mobiles en santé mentale pour favoriser l'aller-vers,
- créer des professions intermédiaires de spécialistes pour la gestion des affaires courantes,
- faire diminuer le nombre de certificats médicaux exigibles par les institutions à la charge des médecins traitants (ex : école),
- créer des équipes mobiles d'infirmiers pour aller au domicile, dans les EHPAD, les ESAT... surtout la nuit afin d'éviter des hospitalisations,
- déroger à l'obligation de déclarer un médecin traitant auprès de la CPAM pour éviter un différentiel de remboursement en défaveur des personnes qui n'ont pas d'accès à une offre de proximité,
- prévoir une prise en charge systématique d'un patient en ALD en lui attribuant un médecin traitant lorsqu'il n'en a pas,
- tracer la fragilité en CPAM pour prioriser la prise en charge en urgence,
- faire appel aux médecins retraités et aux internes pour répondre aux personnes sans médecins traitant.

→ Mettre en place une stratégie en santé publique :

- développer l'éducation des patients/promotion santé/santé au travail/santé scolaire pour un meilleur recours aux soins donc au médecin traitant.

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

Constats :

Par méconnaissance des dispositifs existants, l'utilisateur s'oriente dans l'urgence dans l'absence de réponse du médecin traitant.

La « bobologie » est majoritaire dans les services d'urgence où une personne sur deux n'a rien à y faire. La communication sur les gestes d'urgence est insuffisante, la population ne les connaît pas.

La maison médicale de garde est un dispositif intéressant mais qui ne propose pas assez de permanence par manque de praticiens.

Le travail de nuit est difficile et mal rémunéré. Les soignants rencontrent des difficultés et sont en perte de sens.

Le renoncement aux soins est une conséquence possible des difficultés d'accès aux soins qui va de pair avec des cas plus complexes, plus difficiles à traiter.

Les retours à domicile des urgences la nuit sont compliqués. Le nombre de pompiers volontaires est en diminution.

L'organisation territoriale des CPTS est insuffisante, une seule CPTS est en fonctionnement sur l'Aveyron, même si d'autres sont en cours de déploiement.

Solutions / propositions :

→ Permettre une meilleure connaissance des dispositifs et des gestes d'urgence par les usagers :

- informer le public sur les dispositifs existants en cas d'urgence, mieux faire connaître le 39 66,
- rassurer la population et l'informer sur le schéma d'organisation des soins, l'expliquer et faire comprendre en le rendant lisible,
- former la population aux gestes de première urgence, les bonnes pratiques, les cas de recours aux urgences, en donnant des messages clairs et en dédramatisant les « bobos »,
- hiérarchiser les soins non programmés en rassurant, en renvoyant vers un professionnel de santé et si besoin vers le médecin.

→ **Mieux réguler et structurer l'offre de soins non programmée :**

- réguler les urgences ressenties, hors nuit profonde remettre la petite urgence dans les MSP,
- ne pas laisser s'installer une demande consumériste de soins qui sont un bien commun en informant sur la mobilisation des professionnels du soin,
- réorganiser les urgences en créant des urgences pédiatriques et des urgences gériatriques, et en généralisant le tri avant les urgences,
- faire porter les soins non programmés par un établissement pour désengorger les urgences,
- développer les présences à la maison médicale de garde, y prévoir une équipe médicale et paramédicale (pour les bilans sanguins et radios notamment) à proximité du service des urgences,
- renforcer les plateformes téléphoniques d'appel, créer également une ligne « SOS bobos »,
- structurer au-delà de la santé en y insérant le social,
- faire une priorité des CPTS,
- permettre un accès aux cabinets médicaux par rdv téléphonique,
- mettre en place le Service d'Accès aux Soins.

→ **Développer la délégation de tâches :**

- auprès des professions intermédiaires : IADE, IPA par exemple,
- créer une filière IPA gériatrique,
- prévoir plus d'IPA en spécialité psychiatrique,
- augmenter la partie pratique des formations des professionnels de santé,
- ouvrir plus de semestres de formation des médecins en CH, en cabinets médicaux généralistes et spécialistes,
- décloisonner les tâches.

→ **Renforcer l'offre de transports sanitaires :**

- permettre la prise en charge des retours à domicile après un passage aux urgences,
- renforcer les services permanenciers en y intégrant l'offre de transports.

→ **Supprimer la T2A**

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

Constats :

Malgré une forte mobilisation des professionnels, il existe des tensions sur les recrutements. L'organisation du système de santé présente des freins à l'attractivité et notamment une superposition de plans et d'initiatives.

Parcoursup n'est pas adapté en raison d'orientations par défaut et non par choix. Il y aurait 40% d'abandon de la formation d'infirmier en cours d'études. Les professionnels de santé subissent une charge accrue de travail, le turn over important, les changements d'emploi du temps fréquents, les glissements de tâches ... En établissements ils ressentent un manque d'écoute de leurs difficultés. En conséquence on constate une perte de sens des métiers du soin.

Les aides soignants manquent en nombre alors qu'ils sont une aide pour les infirmiers afin de réaliser des actes.

Il n'y a pas assez de pédagogie et de présentation des métiers de la santé aux élèves de collège et lycées.

Les aides à l'installation des professionnels du soin sont trop focalisées sur l'aspect financier.

La répartition des professionnels de soins reste inégalitaire sur le territoire.

Les compétences sont éclatées sur les territoires, avec des concurrences entre les différents établissements. Il manque une stratégie territoriale d'attractivité pour fidéliser les professionnels de santé. Les dispositifs existants ne sont pas assez promus et utilisés (ex : Cop Emploi utilisé par des ES/ESMS du collectif pour les personnes âgées). Il faut renoncer à l'objectif 1 village = 1 médecin pour une stratégie par territoires de vie/bassins.

Pour ce qui concerne la formation en soins dentaires, les stages d'une demi journée prévus par les facultés de Toulouse et Montpellier ne permettent pas aux étudiants de choisir des stages en dehors de ces deux villes.

Les élus ont peu de marge de manœuvre locales sur la thématique de l'attractivité alors que bien souvent ce sont vers eux que les citoyens se tournent sur ces sujets.

Solutions / propositions :

→ Améliorer les conditions d'exercice :

- profiter du maillage territorial par les pharmacies pour créer des comptoirs médicaux,
- prévoir du compagnonage et l'entraide entre les équipes,
- créer des réseaux professionnels animés et financés par les autorités et les employeurs,
- organiser des centres de santé, au niveau des départements, en régimes salariés qui permettent de maîtriser les horaires et les rythmes de travail,
- partager et déléguer les tâches au plus près du terrain, localement et à l'initiative des professionnels qui se connaissent,
- alléger la tâche des soignants en retirant les tâches administratives, en contrepartie valoriser les emplois de coordination et de secrétariat qui s'en occupent,
- proposer des postes mixtes salarié/libéral en mettant en avant les avantages individuels (moins de travail administratif en salarié, horaires fixes...), en rendant attractifs ces postes par une promotion active du territoire, en présentant le réseau des professionnels locaux et en partageant entre les deux structures le suivi de la personne pour harmoniser les modalités d'accompagnement,
- faciliter la mobilité des professionnels de santé entre les pays y compris pour les ressortissants étrangers,
- rémunérer en fonction de l'utilité du métier et valoriser les métiers socialement,
- augmenter les grilles indiciaires,
- donner du pouvoir à l'équipe pluridisciplinaire.

→ Agir dès la formation :

- mettre fin à Parcoursup pour les recrutements de professionnels de santé afin de s'assurer d'une meilleure motivation à l'entrée,
- revoir les conditions d'accès aux formations pour privilégier l'accueil des étudiants du territoire afin d'augmenter les chances qu'ils restent après leurs études,
- mettre en place des cursus universitaires de formation dans l'Aveyron pour maintenir ensuite les professionnels formés sur le territoire,
- intégrer une formation adaptée aux problématiques du territoire, par exemple pour l'Aveyron mettre en place une formation concernant les personnes âgées,
- sensibiliser dès le lycée sur les métiers de la santé, et le plus tôt possible,
- organiser une rencontre en demi-journée entre les professionnels et les collégiens,
- créer un centre de formation de l'alternant en santé,
- ouvrir des filières santé pour les lycéens en partenariat avec les territoires (CLS notamment),
- réformer le 1^{er} cycle des études universitaires,
- proposer des formations d'adaptation, d'évolution des parcours dès le 1^{er} poste, dès le recrutement,
- attirer des stagiaires en venant tôt vers eux, en faisant connaître et « vivre » le stage,
- augmenter le nombre de maîtres de stages universitaires,
- imposer des stages sur les territoires locaux depuis le niveau national pour les dentistes, créer un zonage de stages.

→ Avoir une action sur le cadre de vie, l'aménagement du territoire :

- développer le parc de logements pour mieux accueillir les étudiants,
- prévoir un logement étudiant au sein des structures médico sociales,
- développer les internats pluriprofessionnels,
- intégrer des logements pour les soignants dans les programmes publics et les leur attribuer,
- prendre en compte les conjoints des professionnels du soin et leurs familles en les accompagnant.
- communiquer sur la qualité de vie de l'Aveyron,

→ Développer les coopérations territoriales et réseaux locaux d'attractivité :

- établir un diagnostic partagé forces/faiblesses par territoire,
- agir sur les leviers d'attractivité en complémentarité, en décentrant le regard des professionnels, en favorisant la connaissance des autres métiers du soin et en élargissant l'offre de l'agence d'attractivité du conseil départemental à tous les métiers du soin,
- fédérer les professionnels du soin par bassin de vie en incitant et en accompagnant les coopérations entre les établissements de santé et les établissements et services médico sociaux,
- mutualiser les ressources de personnels via un groupement d'employeurs, notamment via les travaux portés par les contrats locaux de santé.

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

Constats :

La fiabilité des informations reçues par le public n'est pas toujours au rendez-vous, l'accès aux informations fiables non plus. Les professionnels doivent rester la référence.

La prévention est une dynamique qui s'acquiert dès le plus jeune âge. Il faut une politique d'information / communication graduée, les citoyens du grand public n'ayant pas tous la même culture et la même approche de la prévention / promotion de la santé.

La prévention touche souvent un public déjà sensibilisé, il faudrait pouvoir aller vers un public cible.

Solutions / propositions :

→ Valoriser la médecine préventive

- intégrer la prévention dans l'éducation thérapeutique du patient,
- développer le service de santé scolaire,
- promouvoir la prévention et le suivi par la médecine du travail en entreprises.

→ Coordonner la prévention au niveau du territoire

- différencier 2 niveaux d'intervention : stratégique et opérationnel en impulsant la dynamique au niveau des contrats locaux de santé,
- créer et poursuivre les liens entre l'ARS, l'Education nationale et les collectivités territoriales,
- mieux évaluer l'efficacité des systèmes de prévention / promotion de la santé,
- s'appuyer sur les CLS pour impulser la dynamique prévention / promotion de la santé,
- identifier des axes majeurs de prévention / promotion de la santé et les rendre obligatoires dans le cadre des CLS.

→ Informer et développer la littératie en santé quel que soit l'âge :

- créer un annuaire prévention, pour une meilleure lisibilité,
- inclure dans l'annuaire les associations qui accompagnent la population vers les centres de dépistage,
- mettre en place des structures souples (type associations) pour sensibiliser le public et favoriser la prévention, en évitant de les multiplier par thématiques pour éviter les doublons,
- installer des médiateurs de la prévention,
- incarner les messages de prévention et les vulgariser,
- ne pas réserver la prévention aux lieux de soins pour toucher les publics éloignés,
- cibler les messages de prévention aux populations concernées, tenir compte des moments clés et des étapes de la vie pour cibler les informations,
- mieux informer et développer les connaissances sur la vie affective et sexuelle, prévoir l'intervention des sexologues,
- prévoir d'intervenir par étapes et suivant un gradient en fonction des publics et de leurs connaissances,
- intervenir dans les écoles et les lycées en adaptant le discours,
- commencer les actions de prévention dès la maternelle,
- créer des cours de cuisine et d'hygiène,
- rendre obligatoires les actions de prévention / promotion pour toucher tous les publics notamment dans le champ de la santé sexuelle, les violences...,
- développer des animations ludiques dans les différents domaines, avec des versions adaptées à l'âge.

→ Intervenir dans le domaine de la santé mentale :

- lutter contre l'isolement et la solitude dans le cadre des projets et actions territoriaux,
- créer un service d'urgence suicide,
- informer les adolescents sur la thématique de la santé mentale,
- favoriser le dépistage des troubles neuro dégénératifs et des troubles de l'apprentissage,

→ S'appuyer sur les nouvelles technologies :

- créer des MOOC, des cours en ligne sur les domaines prévention / promotion de la santé,
- développer des tutoriels sur Youtube,
- développer une application à installer sur les smartphones,
- s'appuyer et communiquer sur les réseaux sociaux.

III – Perspectives

Le Président du conseil territorial de santé a souhaité insister sur l'utilité du débat et pour l'avenir de la praticité à en tirer, praticité appréciée des Aveyronnais et qui sera le fil conducteur de l'action du CTS. Le CTS reprendra d'ailleurs les éléments du débat du CNR du 9 décembre dans le cadre de ses travaux et de la construction du PRS III.

Le bureau du CTS a déjà prévu de se réunir le 25 janvier 2023, suivi d'une assemblée plénière du CTS le 8 février afin d'organiser la réflexion, faire remonter les propositions prioritaires et contribuer à la construction du futur schéma territorial de santé de l'Aveyron, sur la base :

- des éléments issus du bilan du PRS II en cours,
- des ateliers composés de membres du CTS élargis à d'autres acteurs de la santé en Aveyron, qui se sont tenus en visioconférence les 11 et 18 octobre pour entamer la réflexion sur le PRS III,
- et de la présente remontée des travaux du 9 décembre du CNR territorialisé en santé.