

Vos idées pour la santé, parlons-en !

Synthèse de la concertation dans le **Gard**

Annexe Modèle pour la SYNTHESE DE RESTITUTION CNR Santé GARD

I – Eléments de contexte

La situation du territoire

Situé dans le sud-ouest de la France et à l'est de la région occitanie, le Gard s'étend sur près de 5853 km². Il est limitrophe de 6 départements : Bouches-du-Rhône et Vaucluse (PACA), Ardèche (ARA), Aveyron, hérault et Lozère (Occitanie)

Le Gard est un département peuplé de 748 437 habitants (INSEE 2019), soit 1,1% de la population nationale et 12,7% de la population occitanienne.

La structure socio-professionnelle de la population de +15 ans se définit comme suit, avec une évolution forte de la population retraitée

POP T5 - Population de 15 ans ou plus selon la catégorie socioprofessionnelle

	2008	%	2013	%	2019	%
Ensemble	569 394	100,0	602 151	100,0	621 031	100,0
Agriculteurs exploitants	5 778	1,0	5 209	0,9	4 871	0,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	24 609	4,3	26 923	4,5	29 221	4,7
Cadres et professions intellectuelles supérieures	33 470	5,9	37 758	6,3	38 907	6,3
Professions intermédiaires	73 138	12,8	79 243	13,2	80 149	12,9
Employés	93 463	16,4	98 383	16,3	98 908	15,9
Ouvriers	71 153	12,5	69 348	11,5	66 483	10,7
Retraités	157 667	27,7	178 230	29,6	186 947	30,1
Autres personnes sans activité professionnelle	110 116	19,3	107 057	17,8	115 545	18,6

Sources : Insee, RP2008, RP2013 et RP2019, exploitations complémentaires, géographie au 01/01/2022.

Aspect populationnel : il y a un contraste fort entre une partie du territoire très urbanisée (cordon littoral et plaine) et l'autre partie hyper-rurale (Cévennes)

- Des territoires avec des densités de population allant de 7,7 habitants par km² pour la CC Mont-Lozère à 637,2 hab/km² pour la CA du Grand Avignon (COGA).

- Un accroissement de la population contrasté ; compris entre -0,70 % par an pour la CC Causses-Aigoual-Cévennes et +1,52 % par an pour la CC du Pays de Sommières.

- Des indices de vieillissement variables, avec une valeur maximale à 184,3 dans la CC Causses-Aigoual-Cévennes.

- Deux fois plus de femmes de 75 ans et plus que d'hommes vivent seules à leur domicile dans tous les territoires.

En reproduisant les conditions de fécondité observées en 2018, chaque femme habitant dans le Gard a en moyenne 1,93 enfants durant sa vie. Cet indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) est supérieur à ce qui est observé en Occitanie et dans l'hexagone (respectivement 1,75 et 1,83).

L'espérance de vie à la naissance est similaire au niveau national à 82,5 ans mais légèrement inférieur à la moyenne de l'Occitanie (82,9 ans).

En 2018, les personnes âgées de 65 ans et plus dépassaient les 170 000, ce qui représente 12,9% de l'effectif de la région. La part des seniors (22,9%) est supérieure à celle de la métropole (20%) et de la région (22,4%).

En 2018, 164 521 personnes de 15 ans et plus sont peu ou pas diplômées (au plus brevet des collèges), soit près de 3 personnes sur 10 (29,4%). C'est une part supérieure à celles de l'hexagone (27%) et de la région (26,6%).

Le Gard est le septième département le plus pauvre de France hexagonale (observatoire des inégalités). En 2019, la proportion de foyers non imposés s'élevait à plus de la moitié des foyers fiscaux (56%), donc supérieur à la France hexagonale (49,5%) et à la région (53,3%).

- Part des ménages fiscaux imposés en 2019 est de 50% pour une moyenne régionale de 52,3%
- Taux de chômage des 15-64 ans en 2019 est de 16,8 % pour une moyenne régionale de 14,6%
- 62% des ménages sont éligibles au logement social ;
- Près de 32 000 gardois perçoivent le RSA fin 2020.
- Plus faible niveau d'études, moindre proportion de CSP+, revenu médian plus faible

En 2020, le Gard présentait un taux de 3,6% d'allocataires à l'AAH (allocation aux adultes handicapés, en comparaison avec la France métropolitaine (3,1%) et la région Occitanie (4,1%).

le Gard présente un taux de mortalité générale qui n'est pas significativement différent de celui de la France hexagonale, contrairement à l'Occitanie qui présente une sous-mortalité significative.

Une sur-incidence significative d'admission en ALD est observée dans le département. Aucun territoire ne présente de sous-incidence et 7 EPCI affichent des sur-incidences significatives. Le taux d'hospitalisation en MCO est significativement supérieur dans le Gard à ce qui est observé à l'échelle de la France hexagonale. Le département est partitionné en 2 : les EPCI du nord (5) présentent des taux d'hospitalisation significativement supérieurs et ceux du sud (9) inférieurs.

Les mortalités par cancer pulmonaire ou colo-rectal ne sont significativement pas différentes de celles observées à l'échelle nationale. Par contre des sur-mortalités pour maladies de l'appareil circulatoire ou respiratoire sont observées dans le Pays Cévennes (CA d'Alès et CC Cèze Cévennes).

Concernant les maladies liées à l'alcool ou la tabac, le Gard présente pour le premier un taux comparatif de mortalité TCM inférieur à celui de l'hexagone (comme l'Occitanie) mais pour le deuxième un TCM supérieur.

Le Gard présente des APL (accessibilité potentielle localisée) de médecins généralistes inférieures à celles de la région (4,1 versus 4,3) mais supérieures à celles de la métropole (3,9). Ces chiffres sont inférieurs pour les MG de moins de 65 ans : 3,6 Gard, 3,9 Occitanie et 3,5 France.

Les parts de médecins généralistes (environ 650 installés), de masseurs kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes sont dans le département inférieures aux valeurs que présente la région mais supérieures à celles de la France métropolitaine. La part d'infirmiers libéraux dans le département est plus élevée que celles des territoires de comparaison.

En ce qui concerne l'exercice pluriprofessionnels, 4 CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) ont signé l'ACI (soit une couverture de plus de 30% de la population) et 3 projets sont bien avancés. Les MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) soient socles soient par multisites sont présentes dans 13 des 17 territoires du Gard.

Les lits et places en MCO (plus de 2000) représentent un dixième de celles de la région ; la CA Nîmes métropole concentre près de 2 lits sur 3 du département (le territoire est habité par 1/5 de la population).

La part des lits en soins médicaux et de réadaptation SMR se monte à près de 1200, plutôt présents dans les communautés d'agglomération.

Tous les territoires sont couverts par les 3 établissements d'hospitalisations à domicile HAD.

Le Gard est pourvu d'un CHU, de 4 centres hospitaliers labélisés HPR (hôpital de proximité), de 3 établissements privés MCO. Les maternités sont au nombre de 4 (1 niveau 3 et 3 niveau 2A). Concernant l'urgence, 1 SAMU C15, 5 SAU et 5 lignes SMUR. 3 SAU disposent en proximité immédiate d'une MMG (maison médicale de garde) et Nîmes présente une implantation d'une structure SOS médecins Par ailleurs, l'institut de cancérologie du Gard a permis de développer un partenariat public privé sous forme de GCS intervenant en radiothérapie.

Concernant le médico-social, 89 EHPAD regroupent 6587 places d'hébergement et 26 SSIAD portent 1251 places. Le Gard dispose de 3666 places d'accueil pour enfants et adultes handicapés. Le développement de l'école inclusive se continue au travers de plusieurs UEMA et d'une UEEA.

Les personnes à difficultés spécifiques trouvent un accompagnement au moyen de 67 places (ACT, LHSS et LAM) et 11 établissements CSAPA et CAARUD.

Les dynamiques en santé dans les territoires se traduisant au travers de 3 contrats locaux de santé : Ville de Nîmes, Pays Cévennes et CA de Bagnols sur Cèze. Le travail partenarial est à mettre en exergue particulièrement sur ces territoires. Point spécifique d'attention avec le Pays Cévennes où la grossesse de Filièris (issu du régime minier) permet de porter des dispositifs d'appui en santé publique (centre de vaccination, CEGGID, ICOPE, ...).

Enfin, le territoire gardois est confronté à des enjeux environnementaux importants :

- Risque inondation avec les épisodes méditerranéens ou cévenols. Pour exemple, 1/3 des EHPAD est en zone PPRI*
- Risque feux de forêt*
- Risque autoroutier et ferroviaire : A9 et LGV*
- 16 sites SEVESO (sur les 86 d'Occitanie) dont 9 à seuil haut*
- Risque de sécheresse : le Gard dispose de 449 captages publics*
- Dossiers liés aux anciens sites miniers avec surveillance épidémiologique particulière entre autres*
- un taux de logements indécents ou insalubres important (plus de 10%)*

Les réunions de co-construction

Réunion CNR du Gard organisée à l'université de Nîmes (1 amphi + 3 salles de cours pour réaliser les ateliers)

108 participants inscrits / 85 participants ayant effectivement élargé (liste élargement en annexe : nom + titre)

Programme du CNR :

10h00 Introduction en plénière (5 interventions : président de l'université accueillante, président du CTS du Gard, Directeur général de l'ARS Occitanie, député Berta, secrétaire générale adjointe de la Préfecture du Gard)

10h30-12h30 Première session d'ateliers en sous-groupes (2 thématiques successives)

12h30-13h45 Pause déjeuner

13h45-15h45 Seconde session d'ateliers en sous-groupes (2 thématiques successives)

16h-16h30 Restitution en plénière par les facilitateurs de chacune des 4 thématiques

4 sous-groupes ont été constitués (entre 20 et 25 participants chacun, aux profils variés) ; chaque sous-groupe a travaillé successivement les 4 thématiques avec une équipe d'animateurs dédiée par thématique (chaque équipe composée de 2 facilitateurs « acteurs de santé » + 2 animateurs cadres de la DD30 + 1 preneur de notes agent de la DD30). Cette

méthode de travail en sous-groupe, par thématiques abordées successivement, a été particulièrement appréciée des participants.

Profil des facilitateurs :

- Accès à médecin / équipe traitant(e) : sous-directeur CPAM + coordinateur CLS
- Continuité des soins : directrice DAC 30 + directrice association porteuse CLS
- Attractivité : président CPTS (président CTS 30) + directrice CPAM
- Prévention : professeur des universités géographe de la santé + directeur MDA30

II – Solutions et propositions

Il s'agit ici de mettre en valeur, de manière opérationnelle, les solutions qui ont émergé.

Les quatre thématiques de travail faisant l'objet de restitutions peuvent éventuellement être complétées par des thématiques supplémentaires, en lien avec le contexte local.

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 : *présenter quelques éléments supplémentaires sur les problématiques que les solutions envisagées ambitionnent de traiter.*

- Manque de médecins traitants
- Exercice pluridisciplinaire à développer

Une densité de médecins très différente selon les territoires, et dont la maximale est observée dans la CC des Cévennes Gangeoises et Suménoises : 649 médecins en 2021 (100 de moins par rapport à 2012) soit 87 pour 100 000 habitants en 2021 (85,5 pour 100 000 hab en France)

Des proportions de médecins âgés de 55 ans et plus atteignant jusqu'à 93,3 % dans la CC Beaucaire Terre d'Argence : part des médecins de plus de 55 ans de 59,9% dans le 30 contre 50,4% au niveau national

Des densités d'infirmiers plus élevées que celle de la France métropolitaine dans l'ensemble des territoires et dont la maximale est relevée dans la CC Terres de Camargue.

Des chirurgiens-dentistes et masseurs kinésithérapeutes libéraux dont les densités sont très contrastées, mais pour la plupart plus élevées que celle de l'Hexagone.

10 CPTS sur le département du Gard. Environ 71% du territoire serait couvert par ces projets de CPTS: 4 en fonctionnement depuis 2022 (ACI signés), 4 projets de santé en cours d'écriture (LI validée), 2-pré-projets

38 MSP sur le Gard dont 6 en QPV et 7 sur la ville de Nîmes. Des territoires ne sont pas couverts (ex Bagnols, Saint-Gilles)

2/3 des places et lits de MCO sont concentrés sur Nîmes, 10 territoires sont équipés de lits de SSR

9/10 femmes en âge de procréer sont à moins de 30 mns d'une maternité

Solutions : *présenter les solutions et innovations co-construites par les parties prenantes. Il s'agit de décrire précisément les projets, les modalités de leur réalisation.*

Propositions : évoquer les leviers qu'il serait nécessaire d'activer et les freins à lever pour la mise en œuvre des projets.

Organiser la délégation de tâches mais de façon coordonnée (assistants médicaux) pour dégager du temps médical :

Favoriser le développement des pratiques avancées.

Remettre de l'humain (moins de doctolib mais plus d'assistants médicaux ou des secrétaires médicales)

Déléguer les actes simples et répétitifs (Arrêts de travail, transports, kiné, IDE)

Favoriser l'interconnaissance entre professionnels dès la formation et en développant les réseaux, les MSP , les réunions de concertation :

Pérenniser les structures d'exercice coordonné (MSP et CPTS) et les développer :

Éventuellement en assouplissant la structuration juridique de façon pérenne

Proposer des protocoles de coopération type

Optimiser la prise en charge par le développement de parcours territorialisés (une équipe autour du patient avec un parcours à expliquer aux patients) :

Désigner non plus un médecin traitant mais une équipe traitante (structure avec X professionnels en vacation) et par exemple un référent santé,

Définir un panier de services par territoire et mieux réorienter voire définir un schéma territorial de l'organisation des soins et de l'offre en santé

Articuler la ville et l'hôpital :

Adosser la participation des MSP au fonctionnement des hôpitaux de proximité et inversement de façon systématique et systémique,

Articuler ville/ hôpital et établissements Médico-sociaux / ville pour une meilleure connaissance, une meilleure prise en charge et augmenter l'attractivité pour les médecins

Améliorer le financement :

Revaloriser les actes hors actes médicaux pour valoriser la fonction de MT et les prises en charge lourdes

Permettre les conditions du travail en équipe (et la formation inhérente à la délégation) et financer l'exercice coordonné, la délégation de tâches, sortir du paiement à l'acte systématique

Simplifier la nomenclature

Eduquer les patients à la bonne utilisation des urgences mais aussi du MT et former les usagers au système de santé

Améliorer l'accessibilité :

Accélérer l'ouverture des droits notamment pour les demandeurs d'asile

Améliorer les possibilités de transport et l'accessibilité pour les publics spécifiques (barrière de la langue, handicap impliquant la nécessité de visites à domicile, fracture numérique et précarité)

Développer l'aller vers (bus mobile dans les quartiers et zones rurales)

Lever le numerus clausus et mettre fin à parcours sup

Mettre fin au zonage IDE et MK non pertinents

Développer le numérique (DMP et téléconsultation)

Limiter les licences de remplacement

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

Constats

constat global d'un système de santé « archaïque » en crise dans toutes ses composantes, peinant à répondre aux enjeux et à l'évolution des besoins en santé de la population.

Données chiffrées concernant les professionnels de santé libéraux (ou mixtes) :

Une densité de médecins généralistes plus importante qu'au niveau national, et très différente selon les territoires : 649 médecins en 2021 (en constante diminution depuis 2012) soit 87,1 pour 100 000 habitants (85,5 en France métropolitaine)

Une proportion de médecins de plus de 55 ans plus élevée (59,9%) qu'au niveau national (50,4%), atteignant jusqu'à 93,3 % sur certains territoires (CC Beaucaire Terre d'Argence)

Une densité d'infirmiers largement plus élevée (354,9 pour 100 000 habitants) qu'en France métropolitaine (197,1) avec une population plus jeune (24% ont 55 ans et plus)

Des masseurs kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes dont les densités sont très contrastées selon les territoires, mais pour la plupart plus élevées que celle de l'Hexagone (117,5 / 104,5 pour 100 000 habitants pour les MK ; 63,3 / 54,9 pour 100 000 habitants pour les CD)

Données relatives à l'exercice coordonné :

7 CPTS – (4 ayant signé leur ACI, 3 avec lettre d'intention validée)

Les MSP/CDS couvrent 13 des 17 territoires gardois (données mars 2022)

5 services d'accueil des urgences + 3 MMG + SOS Médecins

Mise en place programmée du Service d'accès aux soins (SAS) au 1er semestre 2023. La préfiguration a pu être testée au cours de l'été 2022 avec la mise en place permise par les mesures du rapport BRAUN. La dynamique des acteurs tant libéraux qu'hospitaliers est importante.

Solutions :

→ **Approche systémique : adéquation des moyens et besoins d'un territoire :**

Evaluation : analyse de la nature de la demande pour **catégoriser les besoins en soins** (utilisation des données de l'Assurance Maladie)

puis **pré-régulation** pour **orientation** vers un **socle de services pertinents, territorialisés, adaptés aux besoins** préalablement définis (SNP, maladies chroniques, situation complexes, bilans de santé, prévention)

réponse **pluridisciplinaire coordonnée** (protocoles de coopération, délégations de tâches en équipe), **territoriale** (de proximité) et **mobile** jusqu'au domicile des patients les plus fragiles (exemples : développement d'outils numériques de coordination du parcours patient – type Mon espace Santé ; équipe mobile infirmière avec valise d'outils connectés ; orientation patient-centrée dans un lieu dédié en cas d'absence de médecin traitant)

→ **Agir pour un recours aux soins plus pertinent et une réorganisation structurelle du 1er recours : répartition des tâches entre les effecteurs & rationalisation des parcours :**

Libération du temps médical des charges non médicales (évolutions réglementaires et financières à prévoir) :

- **élargissement des effecteurs** (notamment de SNP) en s'appuyant sur les **exercices coordonnés** (en lien avec les SAU pour les entrées/sorties)

- valorisation de métiers existants (sages-femmes, puéricultrices, prestataires santé à domicile) ou création de nouveaux métiers émergents (gestionnaires de parcours) pour **compléter le parcours de soins** (à positionner avant MMG/SAU pour répondre aux besoins de SNP), **répondre aux sollicitations** et **assurer le suivi des patients** en lien avec les professionnels submergés actuellement « en première ligne » (médecins, pharmaciens)
- **simplification du parcours administratif** (exemple : auto-arrêt pour garde enfant malade, sur le modèle de l'auto-attestation de sortie en période COVID ; renouvellements ordonnances délégués)

Renforcement de la **prévention et l'éducation à la santé des usagers et des professionnels** pour rationaliser l'offre de soins et limiter la surconsommation de soins (alerte sur la multiplication des téléconsultations : nécessaire cahier des charges territorial) (exemple : blocage ou sanction en cas de RDV médical non honoré ou de multiplication des RDV ; valorisation des temps d'éducation pour la santé réalisés par les professionnels ; développement de professionnels effecteur de prévention dans les équipes pluridisciplinaire).

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

Constats

Il n'a pas été repris dans cet atelier, les éléments de constats tant ils sont partagés :

- Les **parts de médecins généralistes, de masseurs-kinésithérapeutes, de chirurgiens-dentistes** sont dans le département **inférieures aux valeurs que représente la région mais supérieures à celles de la France** métropolitaine.
- La **part des infirmiers libéraux dans le Gard est plus élevée** que celle des territoires de comparaison.
- Malgré ces données (de 2018), **les métiers du soin n'attireraient plus** : trop pénibles, trop mal payés, impactant trop la vie personnelle, permettant difficilement une évolution de carrière....

Solutions : Agir sur :

- 1- La **nature des tâches** et les activités exercées
- 2- le **sens**, le sentiment d'utilité
- 3- les **conditions de travail** (pénibilité, horaires, ambiance...)
- 4- **l'équilibre** avec une vie personnelle
- 5- la reconnaissance, la possibilité **d'évolution**

Propositions :

→ en amont, dès le collège ou lycée :

- Présentation par des professionnels de santé, acteurs de terrain des différents métiers de la santé et conditions d'exercice. Si l'initiative des forums de la santé est saluée, des actions d'aller vers au sein des établissements scolaires sont souhaitées.
- Possibilité pour les collégiens de réaliser leur stage découverte de 3ème dans les établissements de santé (les contraintes liées à l'état des vaccinations ne le permettant pas actuellement)

→ sur les formations permettant d'accéder aux métiers de la santé :

- Très fortement et unanimement, Parcours sup pour les IFSI est décrié car l'oral est jugé par tous comme indispensable pour apprécier les motivations des candidats. Si parcoursup est maintenu, le territorialiser pour les IFSI.
- Durant les formations, plus d'immersion auprès des professionnels de terrain serait bénéfique.
- Donner une place plus importante au sens que revêt l'engagement vers les métiers de la santé : revenir aux fondamentaux du « prendre soin », avec une plus grande attention portée à autrui (posture plus humaine).

- Communiquer en amont sur l'exercice coordonné dans les instituts de formation dans un but de sécuriser les jeunes professionnels.
- Repenser les programmes pédagogiques et la nature des stages en fonction de la maturité des étudiants afin de ne pas les décourager en début de formation
- Dans les formations, traiter des prises en charge spécifiques dédiées aux personnes en situation de handicap et non pas seulement les aborder.
- Les formations communes en pluridisciplinarité (étudiants en médecine, étudiants dans les professions soignantes ou para-médicales) sont à promouvoir car favorisent une culture de l'ouverture et du décloisonnement : il a été soulevé que plus que les structures, ce sont les personnes qui changeront les systèmes.
- Envisager une école en région des métiers de la santé, 1 faculté de la santé.
- Revoir les quotas d'entrée dans les formations paramédicales à la hausse.
- Augmenter les promotions professionnelles.
- Accroître les possibilités de financement des formations par les établissements et financer les reconversions professionnelles.
- Mieux veiller à offrir aux étudiants des conditions matérielles propices à leur épanouissement (repas, logements, transports) et favoriser leur bien-être (activités sportives, culturelles).

→ sur l'exercice des métiers de la santé :

- Améliorer les rémunérations et les aides financières
- Mieux rémunérer le travail de nuit
- Mieux harmoniser les rémunérations entre secteur public et secteur privé
- Pour les situations complexes, remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire
- Une attention particulière est demandée sur le poids des assurances responsabilité notamment pour les obstétriciens libéraux se répercutant inmanquablement sur l'offre de soins
- Libérer du temps soignant en réduisant les tâches chronophages administratives et en les confiant à d'autres acteurs rémunérés à cet effet
- Favoriser plus encore l'exercice coordonné (meilleure conciliation vie professionnelle, vie privée, prévention du burn out et du sentiment d'isolement)
- Sur un même territoire en manque de soignants permettre un exercice dedans-dehors des médecins et IDE des EMS (exercice partagé).
- Prendre appui sur les hôpitaux de proximité.
- Pour lutter contre l'isolement des professionnels et le risque de burn out, un dispositif de veille serait à mettre en place
- Accroître l'attractivité nécessite un engagement collectif notamment des collectivités territoriales pour améliorer les conditions d'exercice et d'installation : le cadre de vie ayant un impact fort pour les jeunes générations
- Les conditions d'exercice doivent mieux prendre en compte les nouvelles aspirations d'organisation de la vie personnelle et familiale des professions notamment médicales : facilité pour les gardes d'enfants, horaires de travail plus adaptés aux contraintes familiales pour les salariés.

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

Constats :

Manque de moyens et difficultés liée à la non-pérennité des financements en matière de prévention : beaucoup d'actions de prévention se font par appels à projets sur des thématiques précises, il n'y a pas de continuité.

Mais les moyens ne suffisent pas à déployer une véritable politique de prévention : il faut développer une planification de la prévention.

- Fracture cure/care : dissociation entre soin et prévention.

- Il existe une frustration des professionnels de santé liée au manque de temps dans la relation médecin/patient pour évoquer le sujet de la prévention.

- Incohérence des messages de prévention dans l'espace public et publicitaire, sous l'influence des lobbyings (agroalimentaire notamment) : introduit de la confusion et génère un impact négatif sur la prise en compte des messages de santé et d'hygiène globale des populations.

Ex : Dans les publicités, les messages de prévention pour promouvoir le bien manger et l'activité physique pour lutter contre l'obésité infantile sont mêlés à ceux liés à la malbouffe.

- Un nombre insuffisant de professionnels de prévention, dans le milieu scolaire et dans le milieu professionnel (médecine de prévention).

-Manque de coordination des actions et des acteurs du territoire : un cadre existe (PMI, médecine scolaire ...) mais il existe peu d'articulation des moyens et un réel problème de pénurie des professionnels de santé (médecine de prévention). Les actions de prévention en milieu scolaire se font sur décision du chef d'établissement et ne sont donc pas coordonnées. L'éducation thérapeutique du patient est centralisée dans les grands établissements sanitaires, il manque un lien de proximité géographique du patient.

- Manque de lisibilité des actions menées sur les territoires.

- Les métiers de la prévention sont peu valorisés, les rendant peu attractifs.

- Les lacunes dans le système de prévention engendrent un coût pour la société, avec une temporalité décalée.

- Une insuffisante évaluation des actions et des gains en terme de santé publique.

Propositions :

Faire de la prévention l'affaire de tous, développer une culture commune de la prévention au sens large, intégrant l'ensemble des déterminants de santé (comportementaux, sociaux, environnementaux) :

? Commencer à l'école, dans le public comme dans le privé :

- Permet de limiter les inégalités sociales et territoriales d'accès à la prévention et à la santé.

- Travailler en lien avec l'éducation nationale pour créer un véritable programme de prévention scolaire pour suivre l'ensemble du parcours de l'élève de l'école à l'université.

- Faire connaître les institutions dans le domaine de la santé et de la prévention : CPAM, les métiers de la santé, le droit commun,

- Intégrer la prévention dans le quotidien de l'élève :

Ex : pour la santé bucco-dentaire, mettre à disposition des brosses à dents pour utiliser après le repas de midi

- Développer des concours sur le thème de la prévention, utiliser les oraux que passent chaque année les élèves pour présenter sur un dossier sur le champ de la prévention.

- Redéfinir les missions des professionnels qui interviennent à l'école. Ex. IDE, équipe coordonnée. Faire le lien avec les professionnels de santé du territoire pour la prise en charge.

? En milieu professionnel :

- Renforcer la prévention en milieu professionnel, au-delà de la médecine de prévention et des visites médicales, avec des actions annuelles type octobre rose, mois sans tabac.

? Dans les familles et dans tous les lieux de vie :

- Prendre appui sur les familles (et donc les sensibiliser et les accompagner) comme premiers acteurs de prévention

- Faire s'approprier le sujet de la prévention dans les associations, centres socio-éducatifs...
Sortir la prévention des espaces dédiés.

Ex : cafés citoyens sur des thèmes de prévention, entraîneur de club sportif et formations aux 1ers secours ou lien nutrition ; ouvrir les actions de prévention scolaire aux familles.

- S'appuyer sur les aidants comme relais des messages de prévention ; les former, les valoriser.

? Sans oublier les publics isolés, les invisibles :

- Aller vers les publics isolés : avec les CPTS, en s'appuyant sur les collectivités.

Ex. : dispositifs mobiles (bus) pour aller vers les populations vulnérables, corps professionnel pour accompagner les personnes dans leurs démarches de prévention.

S'appuyer sur les dispositifs existants :

- S'appuyer davantage sur l'éducation thérapeutique du patient :

Ex : au niveau des établissements sanitaires : nécessité d'organiser un maillage du territoire pour développer l'éducation thérapeutique du patient en s'appuyant sur les hôpitaux de proximité, et faire sortir l'ETP de l'hôpital pour la rendre accessible le au plus grand nombre.

Ex : Sur la prévention des chutes, le CH de Pont Saint Esprit en lien avec la CPTS du territoire développe l'ETP

- S'appuyer sur les CPTS pour valoriser la prévention, travailler sur des messages ciblés de prévention en lien avec les usagers, co-construire les messages pour emmener l'adhésion du publics en s'appuyant sur les pairs.

- Accentuer le déploiement des IDE AZALEE qui ont un rôle de prévention au domicile des patients et qui y consacrent du temps.

- S'appuyer sur les associations de patients qui sont des relais de proximités et qui vont dans les quartiers prioritaires pour des permanences. Ex les café diabète.

- DAC 30 : pourquoi pas un DAC prévention ?

- Santé mentale : prise en charge dans le droit commun du psychologue. Avant d'avoir un 1er rendez-vous en CMP par le psychiatre, un professionnel se déplace au domicile du patient avant que la situation vire à la crise.

- UDAF propose des matinales sur des thèmes de société en lien avec les travailleurs sociaux.

- ICOPE doit être systématisé.

- Article 51 : Expérimentation équilibre : évaluation gériatrique globale avec IDE libérales et coordonner des actions : APA, solution répit avec les AJ des EHPAD.

- S'appuyer sur les aidants

- Développer un axe spécifique autour de la prévention en santé mentale par le développement des SIM et des Premiers Secours en Santé Mentale et le soutien aux aidants.

Intégrer la prévention dans les différentes politiques sectorielles (sociales, environnementales...):

- S'appuyer sur la politique de la ville et créer un véritable volet santé dans les nouveaux contrats de ville.

- Travailler le projet social de territoire (PST) et y mettre un axe santé obligatoire
- CAF : Conférence Territoriale Globale, volet santé à créer avec les acteurs sociaux et sociaux éducatifs
- Environnement, aménagement du territoire :
 - o créer des infrastructures favorables à la santé (gymnases, pistes cyclables...)
 - o évaluer les projets selon leur impact global sur la santé des populations, renforcer les dispositifs réglementaires et la communication pour prendre en compte les effets sur la santé des populations.

Former et valoriser les professionnels dans le domaine de la prévention :

- Valoriser les métiers de la prévention, les filières et la médecine du travail.
- Réintégrer la prévention dans la formation des professionnels de santé ; les former à une prise en charge de la santé du patient dans sa globalité
- Créer une école territoriale de Santé Publique pour former, avoir une culture commune.
- Coter les actes de prévention, rémunérer dans le droit commun les actions collectives de prévention.
- Rémunérer au temps réel passé et non à l'acte.
- Sortir des financements par appels à projets thématiques et non pérennes.
- Travailler sur les autorisations : Ex les médecins généralistes ne peuvent pas faire des ateliers de groupe au sein de leur cabinet avec plusieurs patients.
- Rendre plus accessible et gratuite la formation aux 1ers secours. Il existe déjà en région pour les apprentis la possibilité de passer une formation aux 1er secours mais le dispositif est peu connu.

Avoir une instance avec une gouvernance partagée pour programmer et planifier sur un territoire, créer du lien et rendre visible les actions :

- Groupement territorial de santé publique
- Cartographie des acteurs et des ressources sur le territoire

III – Perspectives

Les propositions ou solutions dépendent en partie de pouvoir dérogatoire et d'organisation territoriale mais aussi d'évolutions nationales.

Cependant, la refondation ou l'adaptation du système pointe au travers d'une grande partie des propositions. Le fil rouge en apparaît être une plus grande territorialisation des projets d'organisation partant des besoins de la population et pas forcément des besoins des professionnels.

Pour autant, les territoires doivent disposer de dispositifs adaptés et en particulier ceux très ruraux et isolés ou ceux très précaires (exemple des QPV) ; l'aller vers est en majorité pébliscité au moyen de dispositifs mobiles agrégeant des offreurs de santé, des professionnels mais aussi le tissu asociatif permettant de mieux réussir la médiation. La visibilité d'une action pourrait conduire à un soutien des collectivités désemparées face à uen démographie des soignants en baisse.