

# Vos idées pour la santé, parlons-en !

## Synthèse de la concertation dans le Lot

## SYNTHESE DE RESTITUTION CNR Santé Cahors [LOT]

### I – Eléments de contexte

#### **La situation du territoire**

Le Lot (174 094 habitants soit 3% de la population régionale) est un **département particulièrement impacté par le phénomène de vieillissement** de la population (2ème département français le plus âgé) : 15,5% de la population a plus de 75 ans (contre 10,7 en Occitanie et 9,8 en France) avec une projection à plus de 20 % en 2035. En parallèle, le Lot est le département d'Occitanie où la part des 0-25 ans est la plus faible (22,4% contre 29,6 % en France métropolitaine et 28,1 % en région). La population reste stable grâce au solde migratoire positif qui compense le solde naturel négatif.

Une deuxième caractéristique est une **densité moyenne faible** (33,3 habitants au km<sup>2</sup>, avec des zones à moins de 15 habitants au km<sup>2</sup> contre 119 hab/km<sup>2</sup> au niveau national et 80 hab/km<sup>2</sup> à l'échelle régionale), le territoire étant maillé par **4 bassins principaux de population Cahors, Figeac, St Céré et Gourdon**, situés sur les pourtours du département (le centre du département étant peu peuplé). En conséquence, la population lotoise est en partie tournée vers des pôles extérieurs que sont Montauban (Tarn et Garonne), et Brive (Corrèze). 80 % des loitots vivent dans une commune peu dense de l'espace rural (hors Cahors, Pradines et Figeac).

Eu égard à cette situation géographique et aux difficultés de transport, la **notion de proximité** est particulièrement importante.

Le Lot fait partie des cinq départements de la région ayant les **espérances de vie les plus élevées soit 82,8 ans en moyenne** (légèrement plus élevée que la moyenne nationale à 82,5 ans). Le Lot présente un taux de mortalité toutes causes significativement inférieur à celui de la France hexagonale.

Le maillage départemental de l'offre reste satisfaisant bien que les **taux d'équipement en MCO et psychiatrie soit moins élevé qu'en région mais présente des fragilités** en raison notamment de difficultés de recrutement qui conduisent à des réductions de capacités (baisse de 30% des lits ouverts sur l'activité SSR par exemple) et peuvent conduire à terme à mettre en jeu la pérennité de certaines filières.

Le Lot est couvert par un GHT départemental composé de **5 centres hospitaliers** dont 4 sont détenteurs d'une autorisation SU/SMUR (plus de 60 000 passages aux urgences). Seul le CH de Cahors dispose d'**une maternité** (niveau 2) et d'un service de pédiatrie. Sur la psychiatrie, l'ICM porte l'ensemble des dispositifs (CHS sur 2 sites Cahors et Leyme, 5 CMP adultes plus une antenne). A noter également une filière gériatrique quasi complète par bassin (développement de lits USLD en cours), un taux d'équipement sur le médico-social égal ou supérieur aux moyennes régionales, deux HAD qui couvrent le territoire et environ 350 places de SSR réparties sur le département.

Sur le volet soins de Ville, la **PDSA** est articulée sur 12 secteurs d'intervention auxquels s'ajoutent 2 effecteurs mobiles le WE qui offrent un service opérant mais en fragilité en particulier sur la régulation (régulièrement assurée par le 15). Il est tout particulièrement à noter la démographie médicale vieillissante et un nombre de médecins en nette diminution (127 début 2022 contre 173 en 2012) même si, en matière de densité, le territoire restait encore récemment proche de la moyenne nationale. L'accès aux spécialités est cependant particulièrement difficile (densité de médecins spécialistes inférieure à la moyenne régionale).

Le territoire est doté des **dispositifs de coordination** prévus à savoir la **PCO**, deux **PCPE** (dont un spécialisé sur l'autisme) et le **DAC** qui porte plusieurs projets d'envergure départementale (en particulier ICOPE dans le cadre de l'expérimentation nationale mais également sur le champ des soins palliatifs).

Toutefois, des **fuites importantes** sont également constatées pour l'activité hospitalière sur les départements limitrophes (plus de 50% de fuite sur le GHT lotois).

La **nécessité de développer la prévention** est fortement repérée en s'appuyant sur des leviers : mise en place d'une filière prévention dans le projet médical du GHT, espace PEPS, équipe de médiateurs de prévention notamment.

Le département tend aujourd'hui à se structurer autour de **trois territoires de santé** qui se sont engagés dans un Contrat Local de Santé : le PTER Grand Quercy (Cahors / Gourdon), la communauté de communes du Grand Figeac et la communauté de communes de Cauvaldor.

Le Lot est le premier département d'Occitanie intégralement **couvert par des CLS** ce qui montre le dynamisme des élus lotois sur ces sujets.

### Les réunions de co-construction

Le CNR Santé a été organisé le **18 novembre 2022** dans les locaux du Conseil départemental et en lien étroit avec la présidente du CTS. Les ateliers ont été animés de manière très partenariale (implication aux côtés de l'ARS de la CPAM, de la MSA, des coordonnateurs CLS et PTS ainsi que de l'IREPS).

L'ensemble des parties prenantes, élus, professionnels de santé, représentants associatifs, usagers ont été invités. Environ 70 personnes ont participé à l'événement qui a été complété par une consultation en ligne permettant à ceux qui étaient invités mais qui n'ont pas pu venir de participer.

Une séquence supplémentaire est prévue le 12 décembre 2022 en visio conférence pour permettre à ceux qui n'ont pas pu se déplacer ou qui ont depuis manifesté leur souhait de participer à la réflexion de porter également leurs contributions.

→ Retour très positif des participants tant sur la méthode que sur l'organisation. L'animation partenariale et l'engagement du Conseil départemental dans la démarche ont été très appréciés.

## II – Solutions et propositions

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

### **Constats**

La diminution du nombre de médecins engendre des difficultés d'accès aux soins avec des délais de rendez-vous qui s'allongent, des ruptures de parcours et des renoncements aux soins (augmentation des pathologies qu'on ne voyait plus, retard de diagnostic). Il est également noté un stress croissant et une culpabilisation des professionnels de santé. Il est souligné une « exploitation » des internes en médecine, un manque de spécialistes et le fait qu'il n'y a pas d'obligation d'exercer en zone sous dotée. Par ailleurs, certains participants relèvent que tous les médecins n'exercent pas la médecine (nombreux institutionnels, arrêts de carrière). Les nouveaux arrivants (y compris les étudiants) sur le territoire ne trouvent pas de médecins traitants et les personnes qui entrent en EHPAD perdent potentiellement le leur. La question des transports est également identifiée comme un frein important à l'accès aux soins.

### **Solutions / propositions**

#### Décloisonner et coordonner

Malgré un maillage du territoire par les MSP et les ESP, l'exercice coordonné n'est pas majoritaire dans le Lot même si des formes de coordination non formalisées existent entre les professionnels de santé.

Deux leviers apparaissent indispensables pour assurer une meilleure prise en charge des patients : **coordonner les acteurs** et **revoir les champs de compétences et d'intervention des professionnels**. Dans cette optique, les propositions :

→ **Possibilité pour les médecins coordinateurs en EHPAD d'être médecin traitant.**

→ Développer la **délégation de tâches** : le développement des IPA est particulièrement plébiscité (cf propositions ci-dessous sur la formation, les besoins etc), mettre en place les protocoles existants au niveau des MSP et des CPTS (ex protocole cystites).

→ **Revoir le périmètre des décrets de compétences** : pour l'établissement des certificats médicaux par exemple, rouvrir la kiné respiratoire pour la prise en charge des bronchiolites par les kinésithérapeutes, ouvrir le champ de compétences des péricultrices et leur permettre d'orienter les patients, élargir la réglementation pour donner plus de responsabilités aux pharmaciens et aux IDE et revoir la nomenclature des actes CPAM en conséquence.

- Développer de **nouveaux métiers ou nouvelles missions** : équipes paramédicales d'urgences (cf atelier 2), assistants dentaires de niveau 2, suppression de la limitation du nombre de collaborateurs pour les dentistes (plafonné à un).
- Favoriser l'**exercice coordonné en MSP** et développer le nombre de **maitres de stages**.
- Mettre en place des « **dispensaires** » **santé** (accès aux soins des plus précaires).
- Mettre en place des **transports dédiés aux patients en local**.
- Travailler les **parcours complexes** : mener une réflexion sur les patients complexes au sein du GHT avec la filière somatique, définir un taux d'ALD par médecin par rapport à la population, intégrer dans la formation des médecins traitants la prise en charge des cas complexes (consultations longues), avoir une stratégie interrégionale sur la prise en charge des patients complexes.
- **Renforcer le rôle des PMI** : participation de la PMI aux projets de santé des territoires.
- Mettre en place une **équipe santé mentale pluri-professionnelle** (AS, Ide et médecin).
- **Baisser la charge administrative des médecins** : mettre en place des secrétariats médicaux communs pour libérer du temps médical.
- Proposer aux CPTS de renseigner la liste individuelle des professionnels de santé par patient.
- Communiquer sur les **directives anticipées** lors des visites du médecin à l'hôpital.
- Améliorer l'**information / communication aux assurés lors de l'interruption d'activité d'un médecin traitant**.
- Réglementer et rendre obligatoire la **numérisation du dossier médical**.

### Simplifier et expérimenter

Les nombreuses complexités administratives ont été relevées comme des freins en déconnection avec les réalités de terrain, l'évolution de la législation, la déconcentration des décisions ou la possibilité d'expérimenter étant à étudier :

- Faciliter les **procédures d'ouverture des cabinets secondaires** notamment les patients en déshérence.
- **Redéfinir la notion d'«exercice forain de la médecine»** pour permettre des consultations itinérantes (bus, autres...).
- **Faciliter à l'installation des médecins francophones détenant des diplômes hors UE** (marocains, Ukrainiens...).
- Simplifier la mise en place des **protocoles de coopération**.
- Permettre aux CH d'être **maîtres de stage** (stages mixtes) et simplifier le process pour devenir MSU.
- Faciliter l'**accès à la formation IPA** (cf également atelier 2).
- Assouplir l'octroi d'**aides financières aux MSP** : ne pas attendre l'installation du second médecin.
- Remettre en place la **formation d'IDE en soins psychiatriques**.
- Faire évoluer la réglementation de la CPAM sur les **ententes préalables pour les transports** au-delà du kilométrage actuel.
- **Mobiliser l'art 51 ou autre levier** pour mettre en place des structures / dispositifs innovants.
- **Lever la sectorisation en psychiatrie**.
- Ne pas pénaliser les personnes sans médecin traitant au niveau des remboursements.
- Développer la **télé médecine** pour les personnes isolées.
- **Plus d'autonomie aux instances locales** (ordres / URPS) pour répondre aux besoins : ex accorder l'autorisation d'exercer pour des médecins hors UE sur la base d'une évaluation par les instances locales.

### Prioriser

- **Eduquer les citoyens** pour éviter le recours inutile à des consultations.
- Diminuer le nombre de visites.
- **Prioriser les ALD pour l'accès au médecin traitant** ; travailler à l'accès au médecin traitant dans le cadre des CPTS.
- Proposer une **visite médicale** à tous les salariés une fois par an.

Plusieurs propositions portaient également sur le sujet des **rémunérations** (augmentation du tarif de la consultation médicale et revalorisation des IDE, cf ci-dessous) mais également sur la **régulation de l'installation des médecins** (limitation d'installation dans les zones trop denses, incitations fortes pour les zones sous denses) ou la levée de la suspension des professionnels liée à l'obligation vaccinale. La **limitation de la durée des études de médecine** semble également identifiée comme un levier.

### *Actions emblématiques déjà en cours :*

*Protocoles relatifs aux directives anticipées travaillés durant la période covid dans les EHPAD.*

*Une Equipe Parcours Santé Personnes Agées (EPSPA) qui intervient en appui des équipes dans les EHPAD.*

*Les projets de santé des ESP, MSP et CPTS existantes et en cours ainsi que le développement des centres de santé qui assurent un maillage départemental (12 ESP, 15 MSP et 3 centres de santé).*

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

### Constats :

Le manque de médecins traitants et leur changement de profil ont un impact qui va être croissant sur la réponse aux soins non programmés. Le maillage des services d'urgences / SMUR complété par la PDSA est satisfaisant mais fragile en raison de la démographie médicale. Les plateformes de télémédecine d'accès aux soins sont mises en cause : elles accentuent le consumérisme en santé (augmentation du nombre d'arrêts maladie) et contribuent potentiellement aux fuites des médecins. La mise en œuvre de la réforme des transports urgents pré-hospitalier a permis de mettre en place une garde ambulancière la journée mais pose le problème des transports interhospitaliers et rend plus compliqué les retours à domicile en soirée et la nuit.

### Solutions / Propositions :

#### Mettre en place une plateforme d'orientation et améliorer le lien Ville-Hôpital

La mise en place un **numéro unique** qui répertorierait tous les services / solutions existantes pour les soins non programmés et qui orienterait vers une réponse pour les soins non programmés est identifiée comme un levier mais suppose des adaptations de l'organisation de l'offre en conséquence.

En parallèle, la mise en place de **logiciels de communication entre professionnels** de santé adaptés aux besoins et l'augmentation du nombre de secrétaires au sein des CH pour **améliorer la fluidité des comptes rendus lors des sorties d'hospitalisation** sont aussi perçues comme des axes de progrès.

#### Adapter l'offre en Ville pour mieux répondre à la demande de soins non programmés

La place des soins non programmés dans l'organisation des soins primaires a été relevée comme un enjeu à redéfinir :

- Mettre en place une **organisation entre les médecins libéraux** pour les soins non programmés (CPTS) notamment un accueil dédié dans les MSP.
- Favoriser les **plages horaires sans RDV**.
- **Réviser le fonctionnement de la PDSA** : revoir les horaires de la PDSA (19h-22h car il y a des carences entre 19h et 20h et moins de sollicitations après 22h et ajouter le samedi matin), rendre les gardes PDSA obligatoires.
- **Ouverture des cabinets médicaux le samedi matin**.

Deux leviers qui nécessitent en la matière des ajustements de la réglementation :

- **Valoriser les visites à domicile** pour les plus fragiles.
- **Harmoniser les indemnités kilométriques de déplacement** des médecins entre les départements.

#### Réorganiser les ressources des urgences sur le territoire

La fragilité des plannings d'urgentistes et les risques d'augmentation de l'activité sur les services des urgences conduisent à plusieurs propositions :

- Mettre en place un **accueil de médecine générale aux urgences**.
- Ouvrir des **centres de soins non programmés** pour les patients sans médecins traitants.
- Mobiliser sur régulation des **équipes mobiles** avec des paramédicaux pour traiter une partie des demandes qui ne nécessitent pas un SMUR.
- **Réviser la PDS dentaire** pour mieux répondre à la demande (2 effecteurs sur 8h de garde le dimanche).
- Mettre en place des **transports sanitaires dans les hôpitaux** : les hôpitaux rencontrent des difficultés pour assurer les secondaires mais aussi pour trouver des vecteurs pour les transferts inter hospitaliers et les retours à domicile : ce point nécessite des évolutions réglementaires pour permettre le financement des transports hors article 80 aux hôpitaux par l'Assurance Maladie.

D'autres mesures impliquant des modifications législatives ou réglementaires ont été proposées : la révision de la limite d'âge pour exercer (pour les médecins salariés, limite à 72 ans), le repositionnement des missions du conseil de l'ordre et la régulation de l'installation des médecins.

**Actions emblématiques déjà en cours :**

*Expérimentation sur Cahors d'une équipe paramédicale mobile des urgences (EPMU).*

*Une expérimentation dans le cadre de la CPTS nord Lot sur les soins non programmés et la révision des horaires de la PDSA.*

*Régulation par le 15 du 3966 certains jours de la semaine.*

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

### Constats :

Il est relevé une recrudescence des besoins de recrutement des métiers en santé dans le Lot et des difficultés pour trouver des professionnels qui concernent tous les champs. La ruralité qui impacte tout particulièrement les spécialités (éloignement des plateaux techniques du CHU), la qualité estimée insuffisante des locaux et l'obsolescence des technologies en santé présentes sur le territoire affectent l'attractivité. Par ailleurs, les difficultés pour trouver des logements et la question de l'emploi pour le conjoint sont des freins aux installations. Parcours sup est particulièrement mis en cause dans les difficultés de recrutement des infirmiers (abandons en cours de formation du fait de l'inadéquation des profils mais aussi recrutement sans lien avec l'origine géographique des étudiants).

Les différences de rémunération (Ségur) engendrent des fuites de personnels vers les secteurs plus favorables ou des inéquités (exclusion de certaines catégories de professionnels qui pour autant interviennent dans le fonctionnement des mêmes institutions). La valorisation, y compris salariale, du métier de manager a également été soulevée.

### Solutions / Propositions :

#### Considérer l'attractivité comme enjeu global d'aménagement du territoire :

L'offre de soins est perçue par l'ensemble des acteurs comme un enjeu d'aménagement des territoires. En miroir, la perte des ressources médicales et les difficultés de recrutement est le signe d'une dévitalisation plus globale des territoires. Ainsi la présence de services publics (écoles, crèches, gendarmerie...), le dynamisme économique et social sont des facteurs à prendre en compte dans la politique d'attractivité.

Les propositions :

→ **Compléter l'offre des Maisons France services.**

→ **Mener une politique plus active en faveur des jeunes** au niveau des collectivités : développer des transports gratuits pour les jeunes et des activités (notamment en nocturne).

→ **Créer du lien** en s'appuyant sur le tissu associatif et l'éducation populaire.

→ **Utiliser des termes positifs pour valoriser les territoires** plutôt que de parler de déserts médicaux et **développer une communication sur les atouts de département** (Bien vivre dans le Lot).

→ **Renforcer l'accueil des nouveaux arrivants**, avec une attention particulière pour les professionnels de santé pour faciliter leur installation et leur intégration .

→ Prendre en compte dans la politique d'attractivité à destination des professionnels de santé, la question de **l'emploi du conjoint** et du **logement** (ex achat de maisons pour les mettre en location ou à disposition de manière temporaire afin de faciliter l'arrivée de médecins) et de manière plus générale les besoins des familles (modes de gardes, activités sportives et culturelles...).

Sur tous ces axes, il a été relevé l'implication forte des élus et des collectivités sur le sujet qui doivent prendre la **compétence santé**, levier indispensable pour mener des projets. Pour autant, un point de vigilance a été soulevé quant à la mise en concurrence des départements entre eux sur l'attractivité des soignants.

#### Les modalités de travail des professionnels comme leviers forts d'attractivité

**L'interconnaissance entre les professionnels et l'exercice coordonné** sont considérés comme des leviers essentiels d'attractivité pour favoriser les installations et une meilleure qualité de vie des professionnels. Les actions à porter :

→ **Renforcer les liens partenariaux** afin de mettre en confiance les futurs professionnels qui ne travailleront pas seuls (mise en confiance essentielle, liens relationnels...) : mettre en place une animation de la communauté soignante et favoriser la communication entre soignants.

→ Favoriser et **développer le travail en CPTS** (une déjà signée, deux en cours et un territoire, la Bouriane, non couvert par un projet) et l'organisation **en MSP** (y compris multisite).

→ **Anticiper les départs de professionnels** : en particulier pour les médecins libéraux, par le développement des maîtres de stage (MSU), mais aussi dans les établissements de santé, conduire une politique de recrutement à

l'échelle des territoires (identifier les besoins, éviter la concurrence entre les établissements, proposer des parcours professionnels).

→ **Qualité de vie au travail des soignants** : mettre au niveau réglementaire des ratios patients/soignés afin de sécuriser les pratiques, redonner aux soignants le goût de travailler à l'hôpital en renforçant leur capacité à agir, à décider.

Le sujet de la **revalorisation des rémunérations** est fortement ressortie mais relève pour la plupart plutôt des propositions de politiques nationales et d'accords conventionnels :

→ **Valoriser très significativement le travail de nuit** et reconnaître la pénibilité de tous les métiers du soins.

→ **Maintenir l'équité salariale** : réduire les écarts liés au Ségur (et prendre en compte les « exclus » du Ségur), lutter contre la surenchère salariale.

→ **Revalorisation des consultations** (suppression ROSP et forfait).

→ Etablir un **conventionnement différencié** en fonction des lieux et du public pris en charge, revaloriser les actes dans les zones de pénurie.

→ Favoriser **l'exercice mixte** et la bi appartenance salarié/libéral.

→ Mettre en place un **revenu minimum d'installation**.

→ **Mieux rémunérer et rendre attractifs les métiers du domicile et de l'institution** (lien avec atelier 5).

### Penser l'offre de formation au plus près des territoires :

Le mode de sélection via Parcours sup est particulièrement mis en cause pour expliquer les problématiques de recrutement (départs des étudiants vers leurs régions d'origine, arrêt en cours de formation, reconversion à l'issue de la formation...) : de manière générale un moratoire sur Parcours sup est demandé pour les professions de santé. Développer une **offre de formation de proximité au plus près des bassins de vie et d'emploi** où s'expriment les besoins apparaît comme un enjeu majeur.

Les propositions pour le Lot :

→ **Conduire des actions de communication en direction des jeunes** pour valoriser le travail des soignants (qualité de vie, conditions d'exercice des métiers...)

→ **Mettre en place un campus santé dans le Lot** avec un accueil des étudiants dès la première année et une politique forte d'accueil des étudiants en santé.

→ Créer une **troisième antenne IFSI** dans le Lot.

→ **Développer l'offre de formation IPA en prenant en compte les freins** : valoriser d'avantage l'expérience, mettre en place des formations plus proches des territoires, développer le nombre de places, identifier le nombre d'IPA nécessaire et travailler sur les projets de santé CPTS / MSP inclant les IPA, revoir le financement de la formation...)

→ Mettre l'accent sur la **formation des managers** (désaffection constatée sur ces fonctions, fonctions susceptibles de générer des risques psychoso-sociaux et mal être dans les équipes).

→ **Développer le nombre de maître de stage** : alléger les conditions de formation et d'accueil pour les MSU (plus de souplesse dans les obligations à remplir), poursuivre les actions d'information pour inciter les médecins généralistes à devenir maître de stage (26 actuellement sur 127 médecins), développer l'accueil d'étudiants en odontologie (travailler sur les freins et faire passer le stage actif de 6<sup>e</sup> année de 250 heures à 300 heures).

→ **Développer les contrats d'engagement** d'activité des professionnels de santé sur les territoires (ex pour les IPA des bourses tripartites collectivité- Région- Département).

→ **Mettre en place des stages croisés** et des échanges de pratiques entre soignants.

### **Actions emblématiques déjà en cours :**

**PASS santé** développé par la collectivité CAUVALDOR (nord du Lot) à savoir une option santé au lycée de Saint Céré et une bourse d'étude sans conditions de ressources pour les jeunes du territoire.

La **Plateforme des métiers de l'autonomie** en cours de déploiement : actions de formation, développement d'action en faveur de la qualité de vie etc

La mise en place de **stages croisés** en cours dans le cadre du PTSM.

Le **plan d'action attractivité** et les **démarches de promotion des territoires** portées par le Département et CAUVALDOR notamment.

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

## Constats :

Certains indicateurs défavorables sont à mettre en lien avec la part des personnes âgées.

Il est relevé un défaut de connaissance et de visibilité de l'offre. L'adéquation moyens et résultats est questionnée ainsi que les messages ambivalents des pouvoirs publics en matière de prévention (ex tabagisme).

## Solutions / Propositions :

Les acteurs souhaitent la mise en place d'une stratégie de prévention à l'échelle départementale, fondée sur une analyse des indicateurs défavorables à la santé.

Ils relèvent la nécessité de mieux identifier, repérer et communiquer sur les actions de préventions existantes et de développer le volet évaluation pour mesurer l'impact des actions.

### Travailler sur la structuration de l'offre de prévention dans le département

#### Mobiliser les acteurs et structurer l'offre :

→ Mettre en place un **copil départemental prévention** qui réunirait l'ensemble des acteurs impliqués (institutionnels, professionnels, associations) avec pour objectif de définir un programme de prévention, une stratégie de communication pour améliorer la lisibilité de l'offre et développer des messages de prévention adaptés et coordonner les acteurs.

→ Conduire des actions via un **appel à projets départemental**

→ **Agir prioritairement avec les acteurs locaux** qui agissent sur la prévention, s'appuyer sur les paramédicaux.

→ **Accompagner les élus et les professionnels dans leurs initiatives locales** en matière de prévention et de promotion de la santé.

→ Prôner une **approche individuelle** et le pouvoir d'agir sur soi-même.

### Développer l'offre de prévention et favoriser l'aller vers

Les propositions :

→ Développer des **actions de prévention itinérantes** pour couvrir l'ensemble du département.

→ **Mettre la prévention à l'agenda des établissements de santé**, fixer des objectifs clairs dans les CPOM et les référentiels HAS.

→ **Développer les programmes d'ETP.**

→ Mener des **actions prioritaires sur les conduites à risques.**

→ Soutenir les **actions sur l'alimentation** notamment auprès des cantines scolaires, développer les plans territoriaux alimentation, proposer des fruits plutôt que des confiseries dans les espaces publics (gare, écoles...).

→ Prioriser les **actions de prévention de l'obésité des jeunes** qui est en augmentation.

→ **Développer le sport santé** : créer des parcours santé avec du mobilier urbain, balisage des chemins, développer le sport en entreprise.

**Rendre la prévention rentable** : créer des actes de prévention rémunérés et des leviers de financement, remboursement de séances avec psychologue et diététiciens.

### Construire une stratégie de communication en prévention

#### Auprès des professionnels de santé :

→ Proposer des **formations sur les sujets prévention.**

→ Diffuser l'information et la formation des professionnels de santé sur le « **sport sur ordonnance** ».

#### Auprès de la population :

→ Nécessité de travailler sur **une labellisation, un répertoire des sites internet fiables**, mettre en place un contrôle de légalité / fiabilité sur la toile par les pouvoirs publics.

→ Appréhender une **approche globale** des messages et pas par cloisonnement thématique.

→ Mener des **approches facile à lire et à comprendre** (littératie en santé) pour la population générale et l'adapter au public spécifique du handicap par exemple et diffuser ces messages par les collectivités, les mairies, les CLS...

→ **Etre vigilant sur l'adéquation des messages avec le public cible** (ne pas plaquer des messages qui ne correspondent pas à la cible) : adapter les actions de prévention au public cible, à l'individu.

→ Mettre en place un **agenda départemental des actions de prévention** pour diffuser l'information.

*Actions emblématiques déjà en cours :*

*Espace PEPS et équipe de médiateurs prévention en cours de déploiement.*

*Les formations dans le cadre du DRAPS : à développer.*

*La mobilisation des CLS dans les actions de prévention au plus près du terrain.*

Assurer une offre de santé propre à prévenir les effets et accompagner le vieillissement de la population

**Constats :**

Le Lot conjugue ruralité et population vieillissante. Les arrivants dans le Lot sont pour les 2/3 des personnes de plus de 60 ans. Le poids des personnes âgées dans la population influe sur les besoins de prises en charge. Le repérage est identifié comme un point de difficulté en raison de l'isolement des personnes et dans un contexte où beaucoup n'ont pas accès à un médecin traitant. La question des transports apparaît aussi prégnante (difficulté pour avoir un vecteur pour se rendre à une consultation, notamment en proximité). Plusieurs difficultés sont identifiées dans les prises en charge : ruptures de parcours avec la perte de médecin traitant à l'entrée en l'EHPAD, retours à domicile en sortie d'hospitalisation, blocages dans l'accès aux SSR en sortie d'hospitalisation, manque de solutions pour les aidants, manque de places pour la prise en charge des maladies dégénératives et surtout le manque de professionnels qui interviennent à domicile. Il est également relevé une mauvaise lisibilité de l'offre en faveur des personnes âgées. Dans les leviers, sont néanmoins identifiés le maillage territoriale des pharmaciens et des IDE ainsi que le réseau des maisons des usagers / espaces personnes âgées et le réseau associatif sur lequel s'appuyer pour déployer des actions en faveur des personnes âgées.

**Solutions / Propositions :**

*Soutenir les aidants et développer la prévention*

→ Proposer une **consultation bilan systématique à 60 ans**.

→ Développer le **repérage de la fragilité (ICOPE)**.

→ Mettre en place d'un **guichet unique** repère pour les usagers, les aidants, les professionnels et les collectivités.

→ Accueillir les professionnels à la prévention sur le volet personnes âgées.

→ Développer des solutions et des actions supplémentaires **d'aide pour les aidants**.

→ Favoriser l'intergénérationnel.

→ Favoriser l'**activité physique adaptée** spécifiquement pour cette population.

*Adapter et compléter l'offre de soin à l'échelle des bassins de vie*

→ Mettre l'**innovation technologique** au centre de la question sur le Lot (maisons adaptables, appartements tremplins, village connecté...)

→ Faire du Lot un **territoire d'expérimentation** et une terre d'innovation (flécher des moyens spécifiques nécessaires par les pouvoirs publics avec facilités et simplification d'utilisation).

→ Mettre en place un **numéro unique 24h/24h** pour les personnes âgées sans médecin traitant.

→ **Compléter la filière de prise en charge par bassin de vie** : mettre en place une UCC, un accueil de jour itinérant par bassin de vie.

→ Création d'un **label** sécurisant dans les établissements sur les prises en charge favorisant l'humanité.

→ Développer l'**ouverture** vers l'extérieur **des établissements** accueillant des personnes âgées.

→ Favoriser le **transport innovant** avec l'aide des collectivités (déficit actuel d'utilisation des transports à la demande).

→ Assouplissement des règles pour ouvrir le champ des **actes possibles pour les médecins coordonnateurs et les IDE**.

→ Mettre l'accent sur la **formation des professionnels du secteur personnes âgées** (enjeu de bienveillance).

*Actions emblématiques déjà en cours :*

*Projet ICOPE déployé par le DAC 46.*

*Le développement de **projets habitat inclusif** sur le territoire (3 projets en cours).*

### **III – Perspectives**

Une restitution de l'ensemble des contributions faites dans le cadre du CNR Santé dans le Lot est prévue au CTS du 16 décembre, ainsi qu'une restitution des contributions faites dans le cadre des ateliers conduits dans le cadre de la révision du PRS. Cette séquence doit permettre de valider le bilan et prioriser les actions à conduire.

Les actions départementales identifiées dans le cadre du CNR Santé seront réintégréées dans les plans d'actions départementaux existants le cas échéant (ex plan d'action attractivité) ou les gouvernances en place selon les sujets, avec des groupes de travail ad hoc si nécessaire, sachant que certaines propositions sont déjà en cours de mise en œuvre (ex mise en place d'un copil prévention prévue au premier trimestre 2023). Toutefois au-delà de cette prise en compte opérationnelle des propositions, sur la méthode, il ressort des différents échanges la nécessité de mobiliser différemment les acteurs de terrain pour un lien plus direct et moins descendant entre « décideurs » et acteurs de terrain, entre institutionnels et usagers ou professionnels. Dans les suites à donner, des propositions sont à travailler avec le CTS pour approfondir les réponses à apporter dans la construction du dialogue de proximité et de l'animation territoriale. Cette coconstruction est de nature, au regard des échanges, à redonner du sens à l'action publique et au travail des professionnels.

Point de vigilance : un certain nombre de mesures relèvent d'évolutions nationales et non d'actions territoriales : des réponses sont cependant attendues par les acteurs de terrain.