

Vos idées pour la santé, parlons-en !

Synthèse de la concertation
en Occitanie

SYNTHESE DE RESTITUTION CNR Santé Occitanie

I – Eléments de contexte

La situation du territoire

Les réunions de co-construction

Pour le Lot, plusieurs temps ont été organisés : le 18 novembre pour un CNR Santé Plénier dans le cadre d'un CTS très élargi et en partenariat avec le Conseil départemental, le 12 décembre en visio pour les personnes qui n'ont pu se déplacer le 18/10 et une plateforme klaxoon a été également ouverte pour permettre le dépôt de contributions. Une restitution de l'ensemble des contributions a été présentée et discutée lors du CTS du 16 décembre. Au total près d'une centaine de personnes ont participé à cette concertation.

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

Les tensions sur la démographie médicale engendrent des accès limités aux soins sur certains territoires de la région Occitanie. Elles entraînent également des difficultés dans l'accès à un médecin traitant, l'allongement des délais de rendez-vous médicaux et favorisent les ruptures dans les parcours de soins en particulier pour les personnes fragiles (précaires, personnes âgées, personnes en situation de handicap, ...). Au-delà des inégalités sociales, les inégalités territoriales dans l'accès aux soins ont été soulignées lors des CNR notamment pour l'accès aux médecins spécialistes ou dans des territoires ruraux. Dans ces derniers, la question des transports a également été identifiée comme un frein important à l'accès aux soins.

Solutions / propositions

Repenser l'offre de transports pour rapprocher les soignés des soignants

- Développer un dispositif de covoiturage porté par les ES et/ou ESMS
- Supprimer la demande d'accord préalable pour réaliser un transport sanitaire

- Rembourser les transports exceptionnels pour les patients âgés isolés qui parfois nécessitent une consultation de spécialité et ont des difficultés à se déplacer
- Développer les transports à la demande
- Développer l'HAD
- Créer une plateforme transports pour faciliter et simplifier l'accès aux soins des populations sur les territoires

Repenser l'offre de soins

- Consolider l'offre de soin « d'aller » vers par la mise en place de bus santé et repenser la réglementation
- Augmenter l'indemnité kilométrique des professionnels de santé se rendant aux domiciles des patients
- Mettre en place des consultations de praticiens hospitaliers dans les MSP
- Développer les dispositifs mobiles et davantage travailler sur le domicile
- Accompagner les initiatives locales de création de centres de santé
- Simplifier et faciliter les parcours de soins
- Mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire
- Ouvrir les locaux de santé des ESMS aux médecins libéraux
- Accroître l'offre en télémédecine en particulier pour les médecins spécialistes ainsi que pour les patients isolés
- Renforcer l'offre de télémédecine dans les ESMS

Favoriser l'accès aux soins des plus fragiles

- Recruter des travailleurs sociaux dans les MSP
- Développer l'offre d'interprétariat
- Renforcer le rôle de la CPAM pour les patients sans MT, en faire un intermédiaire entre ces patients et les structures coordonnées dont c'est la mission (MSP, CDS, CPTS etc.)
- Mettre en place un parcours de santé efficient au sein des établissements PH et créer une offre de soins adaptée aux personnes en situation de handicap
- Renforcer le rôle des PMI : participation de la PMI aux projets de santé des territoires
- Réaliser des annuaires des professionnels et des structures assurant des soins spécifiques
- Mettre en place le tiers payant dans le secteur privé pour les personnes en situation de précarité (en particulier dans le cadre des SNP),

Développer les délégations de tâches

- Augmenter le nombre d'infirmiers en pratiques avancées (IPA) et proposer une aide renforcée au financement des études d'IPA
- Systématiser les IPA « Infirmières en Pratique Avancées » dans chaque équipe de soins primaires
- Développer les IPA dans certaines spécialités comme par exemple la gériatrie
- Développer les assistants médicaux
- Revoir le périmètre des décrets de compétences
- Développer de nouveaux métiers ou nouvelles missions
- Mettre en place des équipes référentes pour les personnes en ALD : médecin traitant, pharmaciens, IDEL
- Identifier des infirmières référentes « pivot du soin » en appui du médecin traitant
- Promouvoir les protocoles de coopération

Améliorer l'attractivité des métiers de la santé

- Faciliter les conditions d'exercice pour les médecins retraités (baisser les charges, forfait sur le modèle de la vaccination, valorisation de l'emploi de médecins retraités dans les MSP)
- Revaloriser les actes médicaux
- Développer l'exercice coordonné
- Développer les réseaux de santé, les centres de référence, les expérimentations innovantes en télémédecine : consultations pluridisciplinaires, bilan diagnostic secondaire
- Mettre en place un forfait soins handicap
- Simplifier les procédures/tâches administratives des médecins généralistes
- Favoriser l'exercice coordonné en MSP et développer le nombre de maitres de stages

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 et du désengagement sur certains territoire. Le recours inadéquat aux services d'urgence peut s'expliquer en partie par l'absence de réponse en ville. Il est relevé la nécessité de mieux organiser un lien ville/hôpital pour gérer les flux des patients. Par ailleurs il est noté que les délais d'attente pour les soins non programmés sont trop longs.

De nombreux constats ont été formulés sur le manque de connaissance de la population sur les dispositifs de permanence des soins sur les territoires, ainsi que sur le manque de cohérence entre la permanence médicale et la pharmacie de garde parfois très éloignées l'une de l'autre. La prise en charge des soins non programmés des spécialités dentaires et ophtalmiques est à construire.

Les plateformes de télémédecine d'accès aux soins sont questionnées : 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-hospitaliers 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.

Il a également été pointé une absence ou une insuffisance encore constaté dans la réflexion territoriale de l'organisation des soins non programmés (positionnement des MMG, MSP ... doit être cohérent et articulé, pour optimiser les moyens sans mettre les territoires en concurrence).

Solutions / Propositions :

Mettre en place une plateforme d'orientation

La mise en place d'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 → **SAS**.

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.

Les acteurs identifient la nécessité de déployer des **solutions de coordination** notamment autour du **DAC**.

Mieux communiquer

→ Communication grand public pour clarifier le circuit de l'urgence / communication sur l'offre en soins non programmés pour une meilleure connaissance des dispositifs (notamment le 3966)

→ Redonner confiance aux usagers en communiquant sur l'organisation locale des soins (CPTS, MSP...) pour rendre lisible le système de santé.

→ Communiquer pour éduquer la population au juste recours

→ Permettre aux patients de mieux appréhender et gérer les urgences « ressenties » notamment pour les enfants, ne pas laisser s'installer une vision consumériste des soins

→ Meilleure connaissance des gestes d'urgence par les usagers

Mieux évaluer

Mettre en place un système de suivi, d'analyse des plaintes et réclamations des usagers pour permettre de dégager des axes d'amélioration sur la prise en charge des soins non programmés

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 ou a contrario de restaurer des gardes de 20h à 8h selon les départements), rendre les gardes PDSA obligatoires.

→ **Ouverture des cabinets médicaux le samedi matin**.

→ **Mettre en place des effecteurs mobiles dans le cadre de la PDSA** pour les visites à domicile lorsqu'il n'y en a pas.

→ **Développer la télémédecine** pour la permanence des soins.

→ **Réviser la PDS dentaire** pour mieux répondre à la demande (2 effecteurs sur 8h de garde le dimanche).

→ **Ne pas oublier les sages-femmes**, en tant que profession médicale, qui gèrent tous les jours des soins non programmés ou urgents, et y sont formées : connaître et communiquer sur les compétences autonomes des sages-femmes (notamment via les réseaux sociaux) : soins d'urgence « post naissance » par exemple, et mettre en place une permanence des soins de sage-femme.

→ Mieux organiser un **lien ville/hôpital** pour gérer les flux des patients

→ Promouvoir la kinésithérapie ambulatoire du nourrisson : **réaliser un étude sur l'efficacité de la kiné respiratoire sur la bronchiolite** (la précédente comprenant des biais car ne portait que

les nourrissons hospitalisés) et mettre en place une expérimentation en la matière pour éviter la saturation des urgences.

→ Développer les **autorisations d'installation d'IDE dans les zones surdotées pour exercer dans un centre de SNP.**

→ **Organiser l'accès direct aux professionnels** des MSP, kinésithérapeutes (MK) par exemple ou autres professionnels, pour une prise en charge en première intention dans un cadre pluri professionnel. Supprimer l'obligation de passer par le médecin traitant pour un accès à certains médecins spécialistes.

→ Augmenter le nombre de places de SSIAD PA et PH.

→ **Accès direct aux spécialistes pour les patients qui se présentent le week-end**, en complément du 39/66 : mettre en place une téléconsultation avec des spécialistes de permanences pour les situations d'urgences ou les soins palliatifs.

→ Mettre en place un **protocole** entre dentistes et pharmaciens **pour les urgences dentaires.**

Des 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.

→ **Permettre aux internes de participer aux gardes de permanence des soins.**

→ **Rendre la permanence des soins obligatoire.**

→ « **New deal des compétences** » : mettre à plats les compétences médicales et paramédicales pour revoir les décrets.

→ IPA : développer la primo inscription, formations IPA mention EHPAD et IPA mention puéricultrice pathologie de l'enfance.

→ **Faire l'économie de consultation** pour les patients qui sollicitent des arrêts de travail de courte durée (<3J) ou une garde pour enfant malade

→ Reconnaissance par l'assurance maladie du **renouvellement d'ordonnance par les paramédicaux**. Instaurer par exemple la primo prescription et le renouvellement des ordonnances par les pédicures/podologues,

→ Permettre les constats de décès par des IDE en EHPAD.

→ Revaloriser la cotation des soins de nursing des IDEL voire de certains actes de kinésithérapiques.

Réorganiser les ressources des urgences sur le territoire dans une logique de gradation des soins

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

Concernant la régulation :

→ Donner une **visibilité à la régulation sur l'offre en soins non programmées** en journée cf ci-dessus (SAS) : interopérabilité des SI

→ **Améliorer le décroché** : réaliser des audits pour améliorer le fonctionnement, renforcer la régulation la cas échéant.

→ **Renforcer la régulation avant accès aux urgences** en portant une attention particulière aux publics vulnérables (personnes en situation de précarité, migrants, travailleuses du sexe, usagers de drogues etc.) pour ne pas créer de renoncements aux soins

→ Recours à une **régulation via la télémédecine**

→ Renforcer le secrétariat pour la PDSA.

→ Mettre en place un forfait non remboursable si un patient vient pour une prise en charge sans motif urgent aux urgences.

Concernant la prise en charge des patients :

→ Mettre en place un **accueil de médecine générale aux urgences ou créer des centres de soins immédiats dans les CH**

→ **Réorganiser les urgences** en créant des urgences pédiatriques et des urgences gériatriques, et en généralisant le tri avant les urgences. Mettre en place des centre d'accueil et de crise pour réduire le recours à l'hospitalisation sans consentement.

→ Ouvrir des **centres de soins non programmés** pour les patients sans médecins traitants ou développer les maisons médicales à proximité des urgences.

→ Créer et ouvrir des centres publics de soins non programmés en **gynéco-obstétrique**, et travailler sur le cadre de création de permanences des soins sages-femmes

→ **Travailler par filière** de soins en groupe de travail,

→ **Mettre en place un numéro d'accès direct** aux urgences pour les médecins généralistes pour faciliter l'accueil aux urgences et les admissions directes dans les services de médecine.

→ Mettre en place une **permanence pédiatrique**

→ **Améliorer l'accès à la psychiatrie** : mettre en place un numéro dédié avec l'équipe hospitalière et faire émerger la psychiatrie/santé mentale dans les parcours de santé déployés par les acteurs du 1er recours, renforcer les ressources dans le CMP adultes et enfants afin de garantir la continuité des parcours et réduire le recours aux urgences.

→ **Déléguer certains soins** à des paramédicaux (IPA notamment)

→ **Mobiliser les plateaux techniques des ESMS** en proximité.

→ Développer l'activité de conseil et de formation santé des pharmaciens

→ Développer le **dispositif IDE de nuit** pour les EHPAD.

→ Accueil en urgence des patients en situation de handicap en SMR (ex sur l'hôpital de Garches).

→ Sujet des certificats médicaux : passer à des certificats sur l'honneur.

Concernant les transports

→ Mettre ne 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 règlementaires pour permettre le financement des transports hors article 80 aux hôpitaux par l'Assurance Maladie.

→ **Mettre en place une organisation des transports sanitaires au niveau de la régulation** : dédié un temps à l'évaluation de la capacité des personnes à se déplacer pour déclencher le cas échéant un moyen adapté, le transport pour le retour doit être inclus dans le processus.

→ Créer un nouvel acte de transport pour les soins non programmés pour aller vers une MMG / consultations soins non programmés en libéral / pharmacie.

→ **Permettre la prise en charge des retours à domicile après un passage aux urgences**

→ Revoir l'**offre hélicoptée**.

→ Faire évoluer la profession d'ambulanciers en leur faisant acquérir d'autres compétences ; former les personnels des TSP – transports sanitaires privés – aux gardes d'urgences médicales pour une activité de type *Paramedic* aux Etats-Unis.

Développer l'aller vers

→ Mobiliser sur régulation des **équipes mobiles** avec des paramédicaux pour traiter une partie des demandes qui ne nécessitent pas un SMUR.

→ **Equiper les infirmiers assurant des visites à domicile avec un dispositif de télémédecine** mobile permettant d'assurer consultations médicales non programmées.

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. Proposition également de revoir la tarification des hopitaux avec la suppression de la T2A.

Actions emblématiques déjà en cours :

Expérimentation SAS

Expérimentations mise à disposition de créneaux de consultations par les médecins libéraux auprès du 15 durant l'été en préfiguration du SAS.

*Expérimentation **équipe paramédicale mobile des urgences (EPMU).***

*Une **expérimentation dans le cadre des CPTS 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** 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). La **question du sens** est également tout particulièrement identifiée comme un fil rouge qui éloigne certains professionnels de leur métier et les incite à une reconversion ou peut aussi les conduire au burn out ou démotiver au quotidien.

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 en milieu rural : 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), appuyer pour cela les Offices de tourisme.

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

→ **Guichet unique d'installation** pour les professionnels de santé (URSAFF, CPAM, ordres, ARS, DDFIP, collectivité...)

→ Mobiliser les **projets investissements** Ségur en particulier les reconstructions de centres hospitaliers comme facteurs d'attractivité.

- Renforcer l'attractivité par le **label** Ville non polluée par exemple.
 - Maintenir des dessertes de la SNCF sur l'ensemble des départements pour faciliter l'accès.
 - Travailler sur le **régime fiscal**.
 - Prendre en compte dans la politique d'attractivité à destination des professionnels de santé, la question de l'**emploi du conjoint** (valoriser et renforcer la plateforme des métiers de la CCI par exemple) 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...). Les modes de garde doivent être adaptés pour les professionnels de santé : ex micro-crèches à horaires élargis (6h30 – 21h30) à proximité des établissements.
- 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 : favoriser le travail en équipe, revaloriser les professions et travailler sur la QVT

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, s'appuyer pour cela sur les CPTS (faire des rencontres CPTS pour accueillir les nouveaux arrivants, formation webinaires...).
- 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).
- **Accompagner et fidéliser les jeunes professionnels** (tutorat, compagnonnage, stages croisés...)
- **Faire évoluer le périmètre de compétence et d'intervention** des professionnels de santé.
- Promouvoir l'installation de nouveaux métiers sur les territoires.
- Accompagner la création de CPOM des URPS sages-femmes avec les ARS, afin d'améliorer l'offre de soins et la coordination en santé des libéraux

La dimension qualité de vie au travail des soignants a été identifiée comme un axe essentiel de travail pour maintenir les professionnels qui restent et attirer de nouvelles personnes vers ces métiers :

- Mettre en place un plan d'action régionale et inclure cette dimension dans le PRS.
- **Développer les plans d'actions QVT** sur les territoires et dans les établissements, consultations spécialisées QVT via des cainet d'audit, amélioration de la communication dans les établissements, indice de bonheur partagé via des temps d'échanges et de partage, groupe de parole... Relancer un appel à manifestation d'intérêt aux ESMS dans le développement de la démarche QVT.
- Mettre au niveau règlementaire 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...
- **Augmenter le temps passé auprès des patients** en réduisant le charge administrative qui participe à la perte de sens des métiers de soignants.
- Faciliter la **conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle et lutter contre l'épuisement des professionnels** : revoir les organisations internes (plannings fixe, journée continue, semaine de 4 jours...), plan de prévention des RPS et des TMS, groupes d'échange avec un intervenant extérieur, séquence de relaxation / massages...
- Remettre de **l'humanisation dans le soin**, c'est-à-dire ajouter aux enseignements techniques des études médicales/paramédicales des modules axés sur la relation humaine tant avec les pairs qu'avec les équipes soignantes ou les patients et leurs familles.
- Faciliter les conditions d'exercice en améliorant l'accès aux résultats d'examens en proximité et le déploiement de l'imagerie sur les territoires non pourvus.

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 ou à l'inverse suppression du paiement à l'acte pour passage au paiement au forfait par parcours de soins).
- Etablir un **conventionnement différencié** en fonction des lieux et du public pris en charge, revaloriser les actes dans les zones de pénurie.
- Mieux rémunérer les médecins en zones sous dotées.
- Revaloriser les actes médicaux et les AMI
- Déplafonner en lien avec la CPAM, le quota de recours par spécialiste à la télé-expertise (dermatologues, ...), mesure jugée indispensable dans un phénomène de désertification médicale qui touche aussi les spécialistes
- Favoriser **l'exercice mixte** et la bi appartenance salarié/libéral ainsi que les équipes de soins spécialisés.
- Valoriser le temps administratif et de coordination des professionnels
- 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).
- Maintien du forfait dérogatoire IDEL en ESMS PH et en SSIAD.
- Limitation du recours à l'intérim.
- Valoriser les rémunérations pour les orthophonistes et plus largement les rééducateurs en institutions car les grilles salariales sont trop faibles pour être attractives.

Améliorer l'image des métiers de la santé, augmenter les recrutements et penser l'offre de formation au plus près des territoires :

L'image des métiers de la santé et du domicile s'est fortement dégradée. Le nombre de professionnels formés n'est pas considéré comme suffisant. 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 améliorer **l'image des métiers** :

- **Conduire des actions de communication en direction des jeunes** pour valoriser le travail des soignants (qualité de vie, conditions d'exercice des métiers...),
- Développer les **stages** pour les élèves en collège et en lycée.
- Valoriser le travail des soignants par des communications.

Pour rendre **les recrutements** plus efficaces :

- **Augmenter le numerus clausus / quotas de sélection** des formations.
- **Réduire les années d'études** des professionnels de santé, en particulier du cursus de la formation des médecins : réduire la durée à 7-8 ans en médecine générale et permettre à ceux qui le souhaitent une spécialisation par des unités d'enseignement complémentaires (oncologie, soins palliatif, ...), ce qui accélérerait l'arrivée de nouveaux MG.
- **Offrir deux rentrées par année scolaire** (septembre / janvier) permettrait d'augmenter le nombre de diplômés mais aussi de répartir sur deux périodes les arrivées sur le marché du travail et donc de multiplier les possibilités d'intégration pour les établissements sanitaires ou médico-sociaux
- **Revenir au séquençage 4-5 semaines de cours / stages alternés** qui correspond mieux au rythme des établissements et permet une véritable acquisition de compétences durant ces derniers.
- Durant les formations, **plus d'immersion auprès des professionnels de terrain** serait bénéfique
- **Sourcing auprès de pôle emploi** pour les formations d'AS.
- **Revoir les modalités de sélection** : inclure des oraux à l'admission des écoles de formation dans pour mieux cerner les motivations des candidats.
- Accompagner financièrement la formation des infirmiers.
- Penser les **formations sur la base d'un tronc commun** pour favoriser l'interconnaissance.
- **Promouvoir les formations paramédicales / sociales en alternance ou en contrat de professionnalisation** : c'est aujourd'hui un mode de formation plébiscité dans de nombreux domaines en permettant une découverte au contact de la réalité en parallèle des acquisitions théoriques.
- **Changer les indicateurs de démographie médicale** : en temps de travail et non en nombre de 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.

Pour favoriser **l'interconnaissance entre professionnels** de santé :

- Mettre en place des **modules pluriprofessionnels dans les formations initiales** pour favoriser l'interconnaissance.
- **Mettre en place des stages croisés** et des échanges de pratiques entre soignants.
- Encourager la recherche en maïeutique dans les UFR, pour optimiser la qualité des soins prodigués en périnatalité et en santé génésique.

→ **Communiquer en amont sur l'exercice coordonné dans les instituts de formation** dans un but de sécuriser les jeunes professionnels.

Pour **fidéliser les professionnels et leur offrir des perspectives de parcours** plus larges :

→ Importance de la **valorisation du tutorat et du campagnonnage** durant les stages et les premières années de vie professionnels.

→ **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...), travailler les projets d'implantation des IPA en amont du départ en 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 les **passerelles entre les métiers** de la santé (ex entre IDE et médecins), développer les possibilités de VAE notamment pour les infirmiers.

→ **Mettre en place un campus santé dans les territoires ruraux avec une expérimentation** dans le Lot territoire volontaire : accueil des étudiants dès la première année et une politique forte d'accueil des étudiants en santé.

→ Mettre en place des accueils d'externats en médecine avant les internes.

→ Universitarisation des centres hospitaliers.

→ Créer des **antennes IFSI** supplémentaires sur les territoires ruraux et des antennes ou des classes déportées IFAS.

→ Permettre l'installation des aides soignantes en libéral.

→ Recenser les besoins et les difficultés des professionnels de santé pour compléter leur DPC.

Pour **amener les professionnels sur les territoires** :

→ **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^e année de 250 heures à 300 heures).

→ **Revoir les quotas des stages des internes** pour que la moitié au moins s'effectue en périphérie des grandes agglomérations voire mettre en place **un zonage pour les stages**, la **prise en charge de leurs frais de déplacement** et la possibilité pour eux d'effectuer des **remplacements en milieu hospitalier**. La vétusté des internats est également une problématique à régler (proposition de mettre à disposition des logements par les collectivités, les ESMS...)

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

→ Limiter la période de remplacement après l'obtention du diplôme de médecins : régulation des remplaçants avec un plafond d'années autorisées avant une installation obligatoire.

→ Penser l'aide incitative lorsque des professionnels libéraux reçoivent des stagiaires (en orthophonie notamment) car celle-ci n'est pas adaptée à la longueur des stages et ne permet pas son éligibilité.

Actions emblématiques déjà en cours :

Projet OMEGA (Occitanie Métier du Grand Age) porté par l'ARS

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 les territoires (charte attractivité, guichets uniques, comité départementaux etc).

Expérimentation de la qualité de vie au travail en EHPAD et SSIAD à partir d'un guide pratique DGCS « ma démarche QVT » dans le Tarn.

Révision du zonage médecin en avril 2022 et ensemble des aides à l'installation.

Déploiement de la e-santé.

Déploiement des nouveaux métiers : infirmiers Asalée, IPA, assistants médicaux.

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

Constats :

La prévention primaire est insuffisamment développée avec trop peu de bénéficiaires. La prévention n'est en particulier pas assez développée dans la petite enfance. Elle doit être intégrée **le plus précocement possible** avant que les habitudes ne s'installent. La culture de prévention n'est pas assez développée et l'évaluation des politiques de prévention insuffisamment pensée.

Certains indicateurs défavorables sont à mettre en lien avec la part des personnes âgées dans certains départements et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Les inégalités d'espérance de vie et de morbidité restent marquées selon les catégories socio-professionnelles.

Il est relevé un **défait de connaissance et de visibilité de l'offre**. Même si des actions existent déjà, elles ne sont pas assez lisibles pour les usagers, la nécessité de mieux les coordonner est largement relevée. Le maillage des actions de prévention sur les territoires est insuffisant et les difficultés multi factorielles face aux parcours complexes (social, médico-social, médical) pas suffisamment pris en compte. L'adéquation moyens et résultats est questionnée ainsi que les messages ambivalents des pouvoirs publics en matière de prévention (ex tabagisme). La communication grand public est perfectible : les messages de prévention/promotion de la santé ne sont pas assez adaptés au public cible ou innaccessibles à la population.

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 et la coordination de l'offre de prévention dans les départements

Mettre en place une gouvernance spécifique à la prévention

- Création d'une agence / instance nationale de la prévention déclinée régionalement
- Mettre en place un observatoire régionale / départemental de la prévention pour établir l'état des lieux et assurer le suivi des indicateurs.
- Mettre en place une instance **départementale prévention** qui réunirait l'ensemble des acteurs impliqués (institutionnels, professionnels, associations) avec pour objectif de définir un programme de prévention (feuilles de route au regard des priorités nationales et des besoins locaux), une stratégie de communication pour améliorer la lisibilité de l'offre et développer des messages de prévention adaptés et coordonner les acteurs.
- S'appuyer sur les CPTS pour identifier sur les besoins piloter et mettre en place les programmes de prévention.

Structurer l'offre au niveau départemental :

- Mettre en place des feuilles de route / schémas directeur de la prévention
- Conduire des actions via des **appels à projets départementaux**.
- **Définir un panier de prévention** accessible à la population.

Mobiliser les acteurs

- **Agir prioritairement avec les acteurs locaux** qui agissent sur la prévention, s'appuyer sur les professionnels de santé libéraux
 - paramédicaux
 - médecins : médecins traitants au centre du parcours de santé et de prévention, valorisation des actes de prévention, rémunération au résultat sur le modèle japonais, créneaux dédiés (y compris chez les radiologues pour améliorer le dépistage), mobiliser les médecins retraités sur ce type d'action
 - CPTS pour lancer des campagnes de prévention au plus près des territoires mais également CLS et CLSM.
- **Accompagner les élus et les professionnels dans leurs initiatives locales** en matière de prévention et de promotion de la santé.
- Organiser des environnements favorables à la santé et propices au bien-être (pistes cyclables, espace piétons protégés, végétalisation d'espaces publics)
- Mettre en place un réseau d'ambassadeurs de prévention dans les écoles, collèges, lycées
- S'appuyer sur le réseau Maison France Services pour diffuser des messages de prévention.
- Prôner une **approche individuelle** et le pouvoir d'agir sur soi-même, le développement des compétences psycho-sociales
- Reconnaître le **rôle des associations d'usagers** dans la mise en place d'actions de prévention
- **Former la population** aux gestes qui sauvent
- **Former les aidants familiaux** qui le souhaitent
- Développer des IPA sur la prévention.

Développer l'offre de prévention tout au long de la vie et favoriser l'aller vers

La prévention doit commencer dès le parcours prénatal, être intégrée de manière transversale dans toutes les politiques de santé et s'adapter au public cible.

- Mettre en place des **consultations de prévention à tous les âges** : sensibiliser, éduquer les citoyens et repérer les problématiques de santé le plus tôt possible. Elles pourraient être réalisées **de manière collective ou individuelle** notamment dans les collèges et lycées.

- **Développer des actions de prévention avant l'entrée en milieu scolaire** : développer l'accompagnement à la parentalité qui doit être proposé dès l'entrée en crèche et par le biais des PMI, travailler sur la santé respiratoire dès les maternités, avoir une sage-femme référente de grossesse pour mise en pratique de l'ensemble du parcours pré et postnatal à l'ensemble des couples mère-enfant, favoriser l'accompagnement global à la naissance (encadrement des accouchements à domicile, développement et accompagnements de la création de plateaux techniques et maisons de naissance), repérer en anténatal des patientes vulnérables avec équipe pluridisciplinaire ville/PMI/hôpital, et créer des parcours adaptés.
- **Renforcer la prévention en milieu scolaire** en renforçant les liens ARS - éducation nationale et IREPS : mettre en place des **heures d'éducation à la santé dans les écoles** pour sensibiliser les enfants au bien fait de l'activité physique, à l'importance de la consommation de produits dits naturels (donc de produits non transformés industriellement), repenser le choix des thématiques à aborder dès l'entrée en primaire en ciblant plus particulièrement l'alcoolisme, le tabagisme, les stupéfiants, les MST, l'hygiène et enfin la nutrition, intégrer la prévention dans le socle d'enseignement des professeurs, mobiliser des témoignages dans les établissements scolaires, mettre en place des ambassadeurs de prévention.
- Proposer une 1ère consultation gynécologique gratuite pour les jeunes filles à partir de 16 ans
- **Lutter contre la surexposition aux écrans** : presse locale, camion TIMM, défis 10 jours sans écrans, exposés/ateliers/conférences par les enfants : affichage dans les cabinets des PS, les restaurants, flyers à l'école, en maternité...
- Développer des **actions de prévention itinérantes** pour couvrir l'ensemble du département (bus prévention), camions mobiles vaccination.
- Améliorer l'**accessibilité aux kits de dépistage** (notamment pour le DO colorectal)
- **Mettre la prévention à l'agenda des établissements de santé**, fixer des objectifs clairs dans les CPOM et les référentiels HAS. Inclure un volet prévention dans le projet individuel, le projet d'établissement et le projet associatif.
- Organiser des **accès directs au dépistage** pour les patients en rupture de soin.
- **Reconnaitre la mission de prévention primaire réalisée par les IDE/MK** au domicile des patients ; Officialiser le rôle d'infirmier référent avec mise en place d'un modèle économique
- Relancer la **prévention dans le monde du travail** (actions qualité de vie au travail, sport, dépistages)
- Établir des **protocoles personnalisés de prévention** et de suivi spécifiques
- **Développer les programmes d'ETP** notamment dans les MSP, rétablir la formation à l'éducation thérapeutique comme une priorité du DPC (celle-ci vient de disparaître des priorités du DPC 2023-2025)
- Mener des **actions prioritaires sur les conduites à risques**.
- **Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives** : en mettant en place des structures de sevrage en addictologie dans les départements où il n'y en a pas (Gers), éduquer les jeunes par le biais d'ateliers (jeux d'argent, jeux en ligne...), informer les parents sur les pratiques addictives dès la grossesse, développer des programmes probants sur l'addiction (Good Behavior Game), développer les opérations nationales type les opérations nationales « dry janyary »
- Soutenir les **actions en matière de nutrition et d'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 des actions en direction des jeunes sur la **vie affective et sexuelle et les compétences psycho sociales**.
- **Développer le sport santé** : créer des parcours santé avec du mobilier urbain, balisage des chemins, développer le sport en entreprise.
- Investir la **problématique des violences faites aux femmes et violences intra familiales**

- Organiser une **véritable prévention sexuelle** dans les collèges et lycées
- Développer la **médiation en santé** et l'accompagnement des publics vulnérables et éloignés des messages de prévention.
- **Ne plus oublier la profession de sage-femmes** dans les campagnes de prévention dépistage, IST, cancer du sein, de l'utérus, vaccination ; rappeler le rôle des sages-femmes aux associations locales et régionales qui luttent contre le cancer
- Développer des **programmes de prévention pour les aidants familiaux**
- Mettre en place **une analyse bénéfique/risque** de toute médication
- **Associer les centres thermaux dans les actions de prévention** au regard de toutes les pathologies prises en charge : rhumatologie, voies respiratoires, ORL, appareil urinaire et digestif...
- Définir les métiers de **médiateurs prévention et médiateur en santé**.
- Plus value des Ateliers Santé Ville (ASV).
- Etendre / finaliser la couverture territoriale des CLS.
- Accentuer le déploiement des IDE AZALEE qui ont un rôle de prévention au domicile des patients et qui y consacrent du temps.

Rendre la prévention rentable : créer des actes de prévention rémunérés et des leviers de financement, remboursement de séances avec psychologue et diététiciens, travailler sur les autorisations (Ex les médecins généralistes ne peuvent pas faire des ateliers de groupe au sein de leur cabinet avec plusieurs patients), rémunérer au temps réel passé et non à l'acte, sortir des financements par appels à projets thématiques et non pérennes.

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** ».
- Renforcer la formation initiale au sein des facultés notamment sur le handicap (par exemple travailler avec OncoDEFI au niveau de la prévention et du dépistage pour les cancers des personnes déficientes intellectuelles)
- Créer une **école territoriale de Santé Publique** pour former, avoir une culture commune

Auprès de la population :

- Développer une **culture commune** de la prévention et de la promotion de la santé positive à destination du grand public.
- 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.
- Décider d'un **outil numérique unique où partager les différentes actions de prévention** sur tout le département, alimenté par les porteurs d'animation.
- 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... Utiliser des recueils de pictogrammes adaptés aux situations de santé. Rendre les messages de prévention accessibles aux personnes handicapées. Développer des animations ludiques dans les différents domaines, avec des versions adaptées à l'âge.
- **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 / gagner en efficacité par des messages de prévention ciblés vers des publics identifiés : enfants, jeunes, personnes en situation de handicap, personnes âgées, personnes en situation d'addiction, populations porteuses de pathologies chroniques (diabète, obésité, ...).

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

→ Mieux informer sur les **bilans de santé**

→ Mieux informer, sensibiliser à la prévention et au dépistage des cancers du sein

→ S'appuyer sur les **nouvelles technologie** : MOOC, tutoriels sur youtube, installer les applications sur smartphone...

→ Mettre en place une **journée événementielle « santé et prévention »** à l'échelle nationale type « fête de la musique ».

→ Maintenir la possibilité de prendre des rendez-vous et obtenir des informations par le format papier ou numéro de téléphone car l'accès aux plateformes informatiques reste difficile pour les plus âgés notamment.

Deux thématiques de prévention à travailler : la santé environnementale et la prévention en santé mentale

Les déterminants de la santé environnementale (qualité/pollution de l'air, de l'eau, des sols, de l'habitat, de notre alimentation) devraient être mieux connus au moyens de **plans de communication** et en développant des **consultations environnementales** dans le cadre des projets de santé des CPTS par exemple.

Les acteurs identifient la nécessité de travailler la prévention en santé mentale dans le cadre des **CLS** (mise en place de CLSM). Proposition de créer des postes de prévention dans les CMP et les EMPP.

Actions emblématiques déjà en cours :

Espace PEPS et équipe de médiateurs prévention en cours de déploiement dans le Lot.

Les formations dans le cadre du DRAPS : à développer.

La mobilisation des CLS dans les actions de prévention au plus près du terrain notamment sur le volet santé mentale.

Création d'une **épicerie solidaire** par le CCAS de Tarbes

Consultations dédiées à la santé environnementale à venir au sein de la CPTS Adour Madiran.

Actions de prévention de sages femmes de la PMI dans des collèges et des lycées.

Programme MSA « Accompagnement du mal-être chez les agriculteur », copil prévention du suicide réunissant tous les acteurs d'un territoire.

Assurer une offre de santé propre à prévenir les effets et accompagner le
vieillessement de la population
Thématique supplémentaire retenue dans le Lot

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 charges 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 territorial 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)** : poursuivre le déploiement du projet ICOPE sur l'ensemble du territoire, valoriser l'acte de prévention ICOPE pour les kinés et les IDEL.
- Mettre en place d'un **guichet unique** repère pour les usagers, les aidants, les professionnels et les collectivités.
- Acculturer 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.
- Innover, expérimenter sur la question du **transport** sanitaire en lien avec de grandes difficultés repérées **sur des courtes distances** (ex : EHPAD/Consultations dentaires).
- **Anticiper les prises en charges en orthophonie** pour les personnes âgées (interventions précoces).

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 bientraitance).
- Ouvrir plus de **PASA** dans les EHPAD (pas seulement ceux qui sont diagnostiqués maladies neurodégénératives).
- Veiller à ce que les forfaits pour les prises en charge des personnes âgées pour les IDEL ne poussent pas la profession à ne plus affecter ces actes par une sélection des patients.

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).

La stratégie partagée portée dans le cadre du **schéma autonomie : ex du Lot (cosignature ARS-CD dans le Lot)**

EHPAD de demain de type « chez vous comme chez nous » dans le Lot.

Santé mentale - Comment permettre aux Tarnais de prendre soin de leur santé mentale ?

Thématique supplémentaire retenue dans le Tarn

Enjeux

-prise de conscience collective à la nécessité de prendre soin de sa santé mentale

-rappeler que la santé mentale ne se résume pas uniquement à la psychiatrie

Afin de faciliter les échanges, les participants ont été interpellés sur plusieurs sujets :

-Comment améliorer l'accès à la santé mentale dans le département ?

-Quelles articulations sont à trouver pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale, notamment des plus fragiles ?

Données contextuelles :

Les Groupes d'Entraide Mutuelles (GEM), associations portées par et pour des usagers en santé mentale, reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens. Dans le Tarn : 4 GEM (Albi, Gaillac, Castres, Lavaur)

Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), outil de déclinaison de la politique de santé mentale, a été élaboré à l'initiative des acteurs locaux avec pour objectif l'amélioration de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Le Contrat Local de Santé Mentale (CLSM/CLS) est un espace de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Il a pour objectif de définir et mettre en oeuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées.

Cartographie du Tarn :

-2 CLSM : Albi/Gaillac

-Centre Médico Psychologique (CMP) et psycho pédagogique (CMPP)

TARN NORD : 11 Centres Médico-Psychologiques (CMP) adultes: Gaillac, Carmaux, Alban, Graulhet, Lacaune (Télémedecine), Réalmont, Valence d'Albigeois, Cordes sur Ciel, Rabastens et deux à Albi ;

7 CMP pour enfants : Gaillac, Carmaux, Lacaune et 4 à ALBI

et 1 Centre Médico-Psycho-Pédagogique : (CMPP) : Albi avec une antenne à Carmaux.

TARN SUD : 4 CMP Adultes à Castres, Mazamet, 2 Lavaur et à Saint-Sulpice

6 CMP enfants : Mazamet, Castres, 2 à Lavaur et 2 à Graulhet.

Propositions d'actions :

Il ressort de ces différents échanges plusieurs propositions d'actions :

Action 1 = Plan national psychiatrie avec pour objectif de développer le lien entre la ville et la psychiatrie

Action 2 = Développer l'accompagnement prénatal et le soutien à la parentalité en proximité (points d'entrée pour les parents : PMI, mairies, espaces de vie sociaux, etc.)

Action 3 = Déployer la formation premiers secours en santé mentale

Action 4 = Créer un guichet unique d'accès aux soins psychiatriques

Action 5 = Développer l'accès aux soins de bien-être pour prévenir et prendre en charge les troubles mentaux

Action 6 = Développer des places précarité addictologie en SSIAD en complément de l'offre existante et créer de nouvelles places de SAMSAH psychiques

Action 7 = Faire entrer les psychologues dans les professions de santé reconnues par le Code de la Santé Publique

Autres idées

Au-delà de ces propositions, les participants ont fait remonter **les idées suivantes** sans pouvoir décrire les modalités opérationnelles par manque de temps :

-Renforcer et communiquer sur l'existence des plateformes téléphonique de soutien psychologique (numéro de téléphone unique)

- Développer l'Habitat inclusif pour les malades psychiques
- Développer les Pôles de Compétences de Prestations Externalisées (PCPE) et les « zéro sans solution »
- Développer les groupes de parole sur tous les territoires
- Nommer un référent santé mentale par entreprises / administrations et établissements à l'identique des formations SST
- Elaborer une cartographie de l'existant pour favoriser la coordination et le travail en réseaux (faciliter la structuration)
- Créer des personnes ressources « handicap » au sein des structures de santé qui pourront accompagner les personnes en situation de handicap dans leurs soins et les professionnels de santé qui les prendront en charge
- Communiquer sur les troubles psychiques pour lever les tabous
- Création CMP dans tout le département pour pallier les problèmes géographiques et d'accès aux dispositifs
- Valoriser financièrement les consultations dans le dispositif Mon Psy pour soutenir les psychologues et prévoir plus de consultations (soit 8 / an).
- Revoir les délégations de compétences et de tâches
- Développer le dispositif famille d'accueil thérapeutique (en effet, l'accueil de certains jeunes posent question : l'accueil en psychiatrie ne peut être un projet de vie pour un adolescent et l'accueil en établissement n'est parfois pas adapté)
- Créer un établissement ressources sur le territoire en psychogériatrie du sujet âgé
- Former et/ou renforcer la formation continue des infirmiers/professionnels en santé mentale/ soutenir les établissements pendant le temps de la formation/ valoriser financièrement ces nouvelles compétences
- Développer la muséothérapie
- Constitution d'équipes mobiles de psychiatries et psychologues rattachées aux établissements de santé pour aller aux domiciles et en établissements : développer les démarches aller-vers
- Développer les CLSM via CLS
- Associer les services de santé au travail
- Développer les cellules familiales pour l'accueil des Personnes handicapées vieillissantes
- Au regard des besoins en Psychiatrie sur le TARN SUD : refondation de l'offre – nécessité de resectorisation via GHT du TARN et de la Haute-Garonne.

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.