

Vos idées pour la santé, parlons-en !

Synthèse de la concertation
dans les **Pyrénées-Orientales**

SYNTHESE DE RESTITUTION CNR Santé des Pyrénées-Orientales

I – Eléments de contexte

La situation du territoire

Contexte général :

Le département des Pyrénées-Orientales est un département de 479 979 habitants, c'est le 2ème département le plus pauvre de France et le plus pauvre d'Occitanie.

La croissance démographique y est forte avec près de 4 000 habitants supplémentaires chaque année. Celle-ci est plus forte sur la Salanque et la plaine du Roussillon.

Comme en France, la pyramide des âges est marquée par un vieillissement de la population. La classe d'âge la plus nombreuse est celle comprise entre 40 et 59 ans. Les plus de 60 ans sont surreprésentés (32% contre 26% au niveau national).

Le taux de mortalité prématurée est très important dans le département. Il varie de 1 à 3,5 entre les bassins de vie de la région Occitanie. Après les tumeurs, les causes de décès que sont l'alcoolisme et le suicide sont supérieures à la moyenne nationale tant pour les femmes que pour les hommes. Le nombre d'ALD pour des raisons psychiatriques est très important et le taux de mortalité pour cause de cancer est de 336,4 pour 100 000 habitants pour une moyenne régionale de 291,6 pour 100 000 habitants et une moyenne nationale de 321 pour 100 000 habitants.

Situation sociale :

Une scolarisation des jeunes de 18 à 24 ans inférieure aux valeur régionale et nationale pour l'ensemble des EPCI, excepté dans la CC Pyrénées Catalanes.

La part des jeunes âgés de 25 à 34 ans non scolarisés et peu ou pas diplômés est contrastée; les taux les plus élevés sont présents dans la CC Agly Fenouillèdes.

Des taux d'activité des personnes en âge de travailler (15-64 ans) tous plus faibles que la valeur de la France métropolitaine, excepté dans la CC Pyrénées Catalanes auquel s'ajoutent les CC Sud-Roussillon et CC Pyrénées Cerdagne concernant les femmes.

Les chômeurs sont en plus fortes proportions qu'à l'échelle de la France hexagonale, à l'exception des CC Pyrénées Catalanes et Pyrénées Cerdagne. Le taux de chômage est de 15% pour une moyenne régionale de 11,3% et une moyenne nationale de 9,4% en France. Le revenu moyen par foyer fiscal est inférieur à la moyenne nationale dans l'ensemble des EPCI; le revenu le plus faible concerne la CC Agly Fenouillèdes (17 150 euros).

Une part de foyers fiscaux non imposés atteignant 62,9% dans la CC Agly Fenouillèdes.

Sur le département, 22% des habitants vivent en dessous du seuil de pauvreté contre 14% en France.

Le taux d'allocataires du RSA est plus élevé que celui de l'Hexagone dans tous les territoires sauf dans les CC Pyrénées Catalanes et CC Pyrénées Cerdagne.

L'offre de santé du territoire :

26 établissements de santé

1 GHT qui regroupe 2 EPS et 1 EPSM
2 hôpitaux de proximité

1 hôpital transfrontalier

51 EHPAD dont 36 HAS

4 145 places d'hébergement dont 2 703 HAS

6 EEPA PHV 105 places

27 AJ (dont 8 AJA)

230 places AJ (dont 111 AJA)

15 SSIAD - 1 SPASAD

63 établissements et services handicap

1289 places pour enfants
2132 places pour adultes dont 729 places ESAT

512 médecins généralistes

107 MG pour 100 000 hab contre 83,6 en moyenne en France

2 CPTS (et 2 en projet)

19 MSP
3 ESP

34 places en appartements de coordination thérapeutique dont 11 à domicile

3 contrats locaux de santé

Dont deux nouvellement créés

171 pharmacies

36 laboratoires d'analyse médicale

8 services de prise en charge de lutte contre les addictions

20 Lits Halte Soins Santé

Les réunions de co-construction

La consultation CNR des Pyrénées-Orientales s'est tenue le 12 décembre 2022 de 14h30 à 19h00 à Perpignan au siège de la communauté urbaine Perpignan Méditerranée Métropole.

Elle a rassemblé 84 participants (dont 12 agents de l'ARS), dont des membres du Conseil Territorial de Santé, des représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux, des représentants des professionnels de santé, des élus, des représentants de l'Etat et parlementaires, des partenaires institutionnels, des représentants syndicaux du secteur de la santé, des représentants d'usagers ainsi que des citoyens volontaires (cf. liste d'émargement jointe en annexe).

Elle s'est déroulée en plusieurs temps. Une première partie en séance plénière introduite par des discours officiels, suivie d'une présentation des objectifs de la démarche et de la méthode de travail choisie (ateliers).

Ensuite les participants ont été invités à se répartir dans les 4 ateliers suivants :

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

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

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

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

Les ateliers se sont déroulés simultanément pendant 45 minutes.

Pour chaque atelier, un grand témoin a été désigné afin de présenter le contexte du territoire en fonction de la thématique concernée et lancer la séance de travail. Un animateur a également été nommé pour cadrer les échanges et distribuer la parole aux participants.

Chaque séance de travail a été découpée en deux temps: 30 minutes d'échanges afin d'identifier les constats, solutions et propositions des acteurs puis 15 minutes pour formaliser à l'écrit la restitution des travaux en lien avec chaque secrétaire de séance.

Certains animateurs ont choisi de travailler en s'appuyant sur des post-it afin de permettre aux participants de visualiser et de regrouper leurs idées, d'autres ont proposé de fonctionner sous forme d'échanges libres à l'oral sans outils de brain-storming.

De manière générale, les participants ont manifesté leur intérêt et enthousiasme pour ce type d'exercice mais ont toutefois regretté que les ateliers n'aient pu se dérouler sur un temps plus long. Ils ont à ce titre fait part de leur sentiment de « frustration » aux équipes de l'ARS.

Enfin, un temps de restitution en séance plénière a été proposé afin de permettre aux participants d'être informés des retours des travaux menés sur l'ensemble des ateliers et d'intervenir pour apporter d'éventuelles contributions complémentaires. Il a été convenu que le « grand témoin » de chaque atelier procède à la restitution de son atelier (parfois à double voix avec l'animateur concerné).

La concertation a été clôturée par M. Guillaume DUBOIS, directeur départemental de l'ARS des Pyrénées-Orientales.

II – Solutions et propositions

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

Animateur : Dr. Jacques MANYA, médecin et membre du bureau du CTS

Grand témoin : M. Jean SOL, sénateur des P.O

Secrétaires de séance : Mme Judith FOURNIER et Mme Karèle MARTY, DD ARS des P.O

Personnes chargées de la restitution en séance plénière : M. Jean SOL, sénateur des P.O et Dr. Jacques MANYA, médecin et membre du bureau du CTS

Nombre de participants à l'atelier : 17 (cf. liste détaillée jointe en annexe)

Constats :

Un contexte territorial difficile :

Le département des Pyrénées-Orientales se caractérise par une population et une ressource médicale « vieillissantes ». Il souffre de nombreux départs à la retraite de médecins non remplacés qui ont pour conséquence de favoriser l'apparition de multiples déserts médicaux (ex : Vallespir, QPV de Perpignan). A ce titre, les participants à l'atelier ont insisté sur la problématique de « rupture de prise en charge » existante entre le moment des départs en retraite et la fin de formation des jeunes médecins qui ne sont pas synchrones.

La proportion importante de médecins thermalistes sur certains territoires vient également renforcer les difficultés d'accès à un médecin traitant.

Enfin, les difficultés d'accessibilité aux lieux de soins pour les personnes en situation de handicap (ex : balnéothérapie) ont également été identifiées comme un frein à la prise en charge des patients concernés.

Une évolution des mentalités et des attentes des nouvelles générations de médecins en terme de conditions de travail :

L'exercice médical est aujourd'hui considéré comme peu attractif (seulement 35% des médecins généralistes s'installent dans les 5 années suivant la fin de leurs études).

Depuis quelques années, on observe une « fonctionnarisation » des médecins généralistes qui font le choix d'être salariés par les collectivités territoriales afin de pouvoir bénéficier d'horaires de travail fixes par opposition à l'exercice en cabinet libéral (amplitude horaire large). Il a aussi été précisé que les étudiants en médecine sont d'avantage attirés par une orientation vers les services d'urgences plutôt que la médecine en cabinet de ville.

Par ailleurs, l'évolution de la société et la féminisation de la profession ont fait ressortir le besoin de consacrer d'avantage de temps à la vie de famille par rapport aux anciennes générations.

Le virage numérique a également impacté la profession qui s'est globalement sentie peu accompagnée dans cette évolution en terme de pratiques.

Enfin, l'augmentation de la charge administrative des médecins a eu pour conséquence de réduire le temps dédié à la prise en charge des patients.

Un manque de moyens financiers :

De manière générale, il ressort que les moyens financiers alloués aux métiers du soin sont insuffisants (budget dédiés aux formations des étudiants en médecine, tarification de l'activité des Infirmiers en Pratiques Avancées (IPA), stagnation du coût de la consultation de médecine générale) ce qui a pour impact de rendre les conditions d'exercice peu attractives pour les jeunes générations.

Un manque de ressource médicale qui impacte les équipes soignantes et les patients :

La réduction du nombre de médecins engendre non seulement des problématiques pour les patients (rupture de traitements) mais également pour les officines qui se retrouvent face à des cas de conscience complexes engageant leur responsabilité pour le bien être des patients (renouvellements d'ordonnances réalisés par le préparateur en pharmacie en l'absence de médecin traitant). Le manque de lien au sein des équipes soignantes (pharmacien-médecin-infirmier- aides-soignant) complexifie le travail des professionnels concernés et pénalise le patient dans son parcours de soins.

Enfin, l'errance de diagnostic sur les maladies rares dans le département est également identifiée comme une problématique importante par les participants à l'atelier.

Des leviers parfois peu adaptés :

Bien que des dispositifs aient été mis en place pour répondre à la problématique de l'accès aux soins sur les territoires, certains d'entre eux n'ont eu à ce jour qu'un impact limité. Il a notamment été cité à ce titre :

- la lourdeur administrative au niveau de la mise en place des protocoles de coopération
- la suppression du numérus clausus, remplacé par le numérus apertus qui reste très encadré (ouverture de la formation progressive)
- les dérives des aides à l'installation qui ont parfois pour conséquence d'attirer un même médecin sur différents sites rendant ainsi difficile le suivi des patients (activité éparpillée sur plusieurs territoires).

Solutions :

L'enjeu mis en avant lors de l'atelier consiste à proposer des solutions à court terme mais aussi pour l'avenir (dispositifs évolutifs et modulables dans le temps).

Des dispositifs innovants prometteurs :

Parmi les actions mises en place pour répondre à la problématique de l'accès au médecin et à une équipe traitante, plusieurs dispositifs ont été mis en avant :

- L'expérimentation « primo accès et primo prescription IPA » lancée par la DGOS pour laquelle l'ARS Occitanie a déposé une candidature (en attente de réponse du niveau national).
- Le bilan positif concernant la mise en œuvre de protocoles sur le territoire (ex : MSP du haut-Vallespir)
- L'existence de la CAVH Cellule d'Appui Ville/Hôpital qui propose un appui aux professionnels pour gérer les situations complexes et vise à améliorer l'articulation ville/hôpital)

- La présence d'équipes mobiles et de médiateurs en santé sur le territoire. A ce titre, il est précisé par les participants à l'atelier que le CPOM signé entre l'ARS et l'association Solidarité Pyrénées a permis de recruter deux infirmiers sur le département. Ces infirmiers médiateurs en santé pratiquent « l'aller vers » et sont au contact des publics en grande précarité afin de les accompagner vers le soin et la prévention. Il est proposé de pérenniser ce dispositif qui fait actuellement l'objet d'un appel à projet et doit être renouvelé tous les trois ans.

Propositions :

La réflexion menée a permis de faire émerger l'idée que les propositions à mettre en œuvre doivent prendre en compte les spécificités des territoires pour permettre de trouver des réponses adaptées.

Des leviers existants à mettre à profit :

Lors de l'atelier, plusieurs pistes d'actions peu mises en œuvre à l'heure actuelle sur le territoire ont été citées par les participants comme pouvant constituer de vrais leviers en terme d'accès aux soins.

A ce titre, différentes solutions ont été proposées et notamment :

- de développer le recours aux assistants médicaux pour gagner du temps médical
- de multiplier les portes d'accès au système de santé en proposant à titre d'exemple des consultations directes avec les kinésithérapeutes en cas d'entorse de la cheville plutôt qu'une orientation vers les services d'urgences
- de développer le compagnonage et de former des MSU (Maitres de Stage Universitaires) pour attirer des internes en médecine sur les territoires (exemple du cabinet de Villelongue des Monts qui a attiré 5/6 nouveaux médecins grâce aux stages proposés par les MSU du secteur)
- de développer la télémédecine pour éviter de saturer les services d'urgences et désengorger les cabinets de ville
- de proposer une activité variée et notamment un exercice mixte aux médecins afin de rendre la profession plus attractive

Favoriser la coordination des acteurs pour libérer du temps médical et désengorger l'hôpital :

Un des axes majeurs évoqué lors de la concertation repose sur la nécessité d'améliorer l'articulation ville/l'hôpital à travers la promotion de l'exercice coordonné dans le but de préserver la qualité des soins. Le développement des MSP et de la pluriprofessionnalité doit permettre aux équipes de travailler de manière collégiale (échanges et diversification des compétences). A ce titre, la délégation de tâches à travers la mise en place de protocoles de coopération a été identifiée comme une piste de travail à concrétiser (contractualisation).

Cette coopération des acteurs pourrait être facilitée par la promotion de l'utilisation du Dossier Médical Partagé (DMP) et, à titre expérimental, par l'intégration d'informations « importantes » sur la carte vitale des assurés.

Une réforme de la « loi unique » pour les CDS pourrait également être envisagée afin de réduire la charge administrative des médecins et leur permettre de libérer du temps médical.

Une réflexion sur le « qui fait quoi à domicile » afin d'éviter les hospitalisations en coordonnant les acteurs (anticipation) a également été proposée. Il s'agirait de proposer une offre graduée au niveau de la prise en charge à domicile.

Enfin, la question de la participation des médecins à la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) a été soulevée. L'enjeu étant de redonner envie aux médecins généralistes d'y participer pour désengorger l'hôpital (PDSA à adapter en fonction des territoires).

Rendre l'exercice plus attractif pour les nouvelles générations :

De nombreux leviers identifiés reposent sur l'attractivité des métiers du soin. La réflexion menée a permis de dégager différents moyens d'y parvenir en partant de la revalorisation financière de l'exercice libéral jusqu'à l'idée de redonner aux professionnels la liberté de

s'organiser selon leur propre initiative notamment en terme de partage des tâches (éviter les obligations et directives descendantes). L'importance de rendre le médecin « gardien » du parcours de soins a été soulignée.

D'autres propositions comme permettre d'élargir le périmètre de prescription des professionnels paramédicaux (ex : kinésithérapeutes), favoriser l'exercice multi-sites (permanences sur les territoires en difficultés) ou encore créer de nouveaux lieux de formation ont également été évoquées.

Favoriser une communication sur les outils existants adaptée aux différents publics :

Enfin, le dernier enjeu identifié réside dans la nécessité de se préoccuper de la perception des usagers en faisant preuve de pédagogie à leur égard en terme de modalités d'accès aux soins mais également de rendre les dispositifs existants plus lisibles pour les professionnels de santé eux-mêmes (ex : CPTS) afin de permettre de développer une meilleure offre de prise en charge.

En parallèle du CNR, des propositions et pistes d'actions sur la même thématique ont été faites lors des ateliers PRS tenus avec les partenaires du département des Pyrénées-Orientales :

Développer les protocoles de coopération pour valoriser les métiers et faciliter l'orientation des patients

- Réaliser des actions de promotion portant sur les Diplômes Universitaires donnant accès aux protocoles
- Réaliser un RETEX sur une démarche de protocolisation réussie en CTS
- Harmoniser les outils de transmissions (logiciel partagé) pour les professionnels libéraux au niveau départemental

Accompagner un déploiement pertinent de la télémédecine

- Faire un diagnostic de la pratique de la télémédecine sur le département
- Mettre en place des lieux d'accès à la télémédecine au niveau des communes
- Communiquer sur l'expérimentation de télé-expertise entre la ville et l'hôpital (présentation en CTS)

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

Animateur : M. Guillaume DUBOIS, directeur départemental de l'ARS des P.O

Grand témoin : M. Barthélémy MAYOL, directeur du CH de Perpignan

Secrétaire de séance : Mme Marie-Laure CHAFFAUT, DD ARS des Pyrénées-Orientales

Personne chargée de la restitution en séance plénière : M. Barthélémy MAYOL, directeur du CH de Perpignan

Nombre de participants à l'atelier : 13 (cf. liste détaillée jointe en annexe)

Les échanges autour de cette thématique ont nécessité au préalable le rappel de quelques éléments de définition :

- soins non programmés (SNP) : urgences ressenties non vitales qui impliquent la nécessité de consulter un médecin généraliste dans un très court délai (ne nécessitent théoriquement pas une prise en charge par les services d'urgences).
- continuité des soins qui est définie comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés. La continuité des soins est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.
- permanence des soins (PDS) (en établissement, en ambulatoire) : dispositif de prise en charge, des demandes de soins non programmés durant la nuit/weekend/jours fériés/aux horaires de fermeture des cabinets libéraux.

Continuité des soins et permanence des soins sont intimement liées. En améliorant la continuité des soins, on répond en partie à la problématique de la PDS/PDSA et à la prise en charge des SNP. En répondant aux besoins de SNP, on évite en partie d'engorger les services d'urgence. Il est principalement ressorti des échanges :

- l'existence de dispositifs qui peuvent cependant être méconnus des professionnels comme des usagers ;
- la nécessité de développer davantage « l'aller vers » et les équipes mobiles ;
- d'assurer une meilleure coordination et concertation en travaillant en transversalité ville/hôpital/médico-social ;
- la nécessité de dégager du temps médical ;
- la continuité des soins et la réponse aux SNP des personnes âgées sont des enjeux dès aujourd'hui mais qui vont s'accroître demain.

Constats :

Selon les participants à l'atelier, 25% de la population n'a pas de médecin traitant (MT) (pour un taux réel de 7,5 % de la population sans MT sur le département des Pyrénées-Orientales), alors même qu'une prise en charge en amont permettraient d'éviter des consultations sur la PDS voire des passages aux urgences. Cette difficulté se cumule parfois avec des difficultés d'accès à son médecin traitant ou médecin spécialiste (délai de rendez-vous).

De plus, certains médecins refusent de participer à la permanence des soins (zone blanche PDSA à mettre en perspective avec le nombre de médecin effectivement installés sur ce territoire, ne pas stigmatiser certains territoires ou médecins). Le refus de participer à la PDSA pourrait s'expliquer par un découpage inadapté des secteurs PDSA qui entraîne des disparités importantes dans la prise en charge avec une intensité de travail très hétérogène.

La prise en charge de la personne âgée est le réel enjeu aujourd'hui et demain. Certaines personnes âgées « atterissent » aux urgences ou sont hospitalisées car seules, isolées, dans des logements inadaptés, il manque de médecin coordonnateur dans les EHPAD et ces médecins coordonnateurs ont des prérogatives limitées.

Il en découle des passages aux urgences ou des hospitalisations qui auraient pu être évités.

Il est par ailleurs constaté :

- une absence de logique territoriale : chaque commune, chaque territoire veut sa MMG, sa maison de santé, son centre de santé, sans aucune articulation ou coordination ;
- une méconnaissance des dispositifs existants aussi bien par les usagers que les professionnels eux-même ;
- des difficultés pour les médecins à dégager du temps médical ;
- des problématiques d'accès aux soins en termes de transport ;
- des problématiques de temporalité dans les délais de mise en place des « plans d'aide » en sortie d'hospitalisation qui sont difficilement compatibles avec la sortie d'hospitalisation en elle-même. Or un retour au domicile mal préparé risque d'échouer et signifie un retour vers les services d'urgence.

En conclusion, des dispositifs existent mais il y a nécessité à les développer et/ou à les faire connaître.

Solutions :

De nombreux dispositifs existent sur le département tel que le Service d'Accès aux Soins (SAS), le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des structures d'exercice coordonné, le Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC), la Cellule d'Appui Ville/Hôpital (CAVH), le dispositif d'admission directe des personnes âgées en SMR, de nombreuses équipes mobiles dans le département (EMP, EMG, EMH, EMER etc...), des médiateurs en santé, le développement de la télémédecine.

Ces dispositifs sont pertinents, pour certains mais à leur balbutiement ou mériteraient d'être développés. L'apport et la pertinence des équipes mobiles ont particulièrement été relevés par les participants de l'atelier.

Propositions :

- Identifier les ressources existantes en s'appuyant sur les données ARS, CPAM. Communiquer sur ces dispositifs envers les usagers (vulgarisation nécessaire) et envers les professionnels. La communication doit se faire dans la continuité, par des messages répétés et non des campagnes isolées.
- Dégager du temps médical : délégation de tâches (médecins vers infirmiers), création de nouveaux métiers (pour développer la téléconsultation par exemple, nécessité pour les médecins d'avoir un appui technique et administratif).
- Pour inciter les jeunes médecins à participer à la PDSA, les rassurer, « sénioriser » les jeunes médecins.
- Accélérer le développement des équipes mobiles notamment gériatriques, psychiatriques et pédo-psychiatriques. Elles existent mais sont insuffisamment soutenues et développées. Développer « l'aller vers ».
- Augmenter le nombre de places de SSIAD (PA et PH).
- Revaloriser la cotation des soins de nursing des infirmiers libéraux voire de certains actes kinésithérapeutiques.
- Miser sur la prévention, notamment la prévention des chutes. Développer davantage les systèmes d'alerte au domicile.
- Permettre l'accueil en urgence de patients en situation de handicap en SMR (exemple cité du dispositif existant sur l'hôpital de Garches).
- Améliorer la coordination et la concertation, décloisonner le sanitaire et le médico-social.

Propositions et pistes d'actions issues des défis identifiés lors des ateliers PRS :

Développer une communication adaptée aux patients et aux professionnels sur les dispositifs et leur fonction

- Schématiser et vulgariser les parcours de santé sur le territoire en adoptant une communication centrée sur le patient
- Continuer la promotion de l'adhésion des professionnels aux CPTS

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

Animateur : Mme Fabienne GUICHARD, directrice du CHS de Thuir

Grand témoin : M. Cyrille BRIDE, directeur de l'EHPAD La Castellane à Port-Vendre

Secrétaire de séance : Mme Maria DA COSTA, DD ARS des Pyrénées-Orientales

Personne chargée de la restitution en séance plénière : M. Cyrille BRIDE, directeur de l'EHPAD La Castellane à Port-Vendre et Mme Fabienne GUICHARD, directrice du CHS de Thuir

Nombre de participants à l'atelier : 13 (cf. liste détaillée jointe en annexe)

Constats :

Le département des Pyrénées-Orientales cumule un taux de chômage important et une pauvreté élevée mais aussi une attractivité démographique forte notamment des retraités compte tenu de l'attractivité touristique et de sa localisation entre mer et montagne.

Solutions :

Favoriser le maintien des professionnels dans le département :

Afin d'attirer les professionnels de santé, notamment les médecins, il est nécessaire de proposer un environnement de travail adapté ainsi qu'une évolution de carrière possible dans le département ce qui implique un accompagnement des professionnels. Les modalités de remplacement médical doivent également être revues pour permettre la continuité de la prise en charge.

De plus, l'installation du conjoint doit être facilitée et des logements proposés.

Ouvrir des classes déportées IFAS :

Afin de faciliter la formation des jeunes au plus près de leur domicile, il faut être en capacité d'ouvrir des classes sur plusieurs sites du département, c'est notamment le cas avec l'ouverture programmée d'un IFAS à Bourg madame (plateau cerdan) et d'un autre, actuellement en discussion à Céret.

Adaptation de la formation des aides-soignants en fonction de la spécialité du service au sein duquel ils vont exercer (par exemple : unité Alzheimer).

Propositions :

- Présenter les métiers aux jeunes collégiens et lycéens :

L'objectif de cette proposition est de faire connaître les métiers qui existent dans les différents secteurs de la santé (Hôpital, ESMS, domicile), les établissements existants dans le département ainsi que les modalités d'exercice possibles salariale ou libérale. Cette action permettra d'attirer des jeunes et à terme de couvrir la pénurie de personnels.

- Favoriser le retour des étudiants dans leur département d'origine :

Les jeunes du département doivent souvent partir dans les deux métropoles de la région pour continuer leurs études supérieures. Le manque de transport et de retours réguliers des jeunes dans le département, les coupe de leur réseau ce qui les conduit à construire leur vie professionnelle hors du département.

La proposition consiste à faciliter la mobilité et le retour des jeunes du département et à offrir des solutions d'hébergements aux étudiants avec l'appui des collectivités pour qu'ils puissent découvrir le département pendant leur formation.

- Augmenter le nombre de parts sur les impôts sur le revenu des personnes en situation de handicap pour augmenter la capacité de financement des personnes.

- Favoriser la création d'équipes de soins de spécialités en appui des MSP/CPTS.

- Faciliter les conditions d'exercice en améliorant l'accès aux résultats d'examens en proximité (certains actes de biologie sont envoyés dans d'autres départements ce qui augmente le délai pour obtenir les résultats).

Propositions et pistes d'actions issues des défis identifiés lors des ateliers PRS :

Renforcer la formation des professionnels dans une logique de territorialisation et de transversalité

- Recenser les besoins et les difficultés des professionnels de santé pour compléter leur DPC--
- Moderniser l'offre de formation (E-learning, formation flash,...)

Propositions et pistes d'actions identifiés lors des travaux menés dans le cadre du comité d'attractivité sur les territoires en difficultés (Vallespir, Conflent et Fenouillèdes):

- Promouvoir et convaincre les médecins du territoire de l'intérêt de devenir MSU
- Organiser des journées portes ouvertes à destination des internes en médecine
- Promouvoir les études de santé auprès des collégiens/lycéens (accueil en stage, action de communication)
- Choisir et décliner les médias adaptés pour la présentation du territoire : plaquette de communication, vidéo de promotion des dispositifs existant

- Relayer un retour d'expérience sur le dispositif d'assistant médical (avantages) et identifier les territoires / situations dans lesquelles ce serait pertinent (diminuer le temps administratif)
- Identifier un point d'entrée unique au niveau des collectivités pour faciliter le passage d'information vers les médecins susceptibles de s'installer à propos :
 - De l'emploi du conjoint (en lien avec les entreprises du territoire)
 - Des infrastructures existantes (petite enfance, ...)
- S'appuyer sur les compétences du Conseil Départemental pour identifier des assistantes maternelles pour l'accueil de jour des jeunes enfants
- Créer des crèches / garderies avec des horaires adaptées aux soignants : calquer le mode de fonctionnement des CH de Perpignan et de Thuir
- Favoriser la création de structure d'exercice coordonné et promouvoir les organisation existantes (ex : CPTS, MSP...)

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

Animateur : M. Emmanuel BOUFFARD, directeur adjoint de la CPAM des P.O

Grand témoin : M. Guy LE ROCHAIS, président de France Alzheimer 66

Secrétaire de séance : Mme Christine PORTERO-ESPERT, DD ARS des Pyrénées-Orientales

Personne chargée de la restitution en séance plénière : M. Guy LE ROCHAIS, président de France Alzheimer 66 et M. Emmanuel BOUFFARD, directeur adjoint de la CPAM des P.O

Nombre de participants à l'atelier : 19 (cf. liste détaillée jointe en annexe)

Constats :

Trois principaux constats ont émergé lors de l'atelier :

1/ Manque de visibilité :

Il ressort de la majorité des retours, un manque de lisibilité du qui fait quoi en matière de prévention. La politique de prévention ne semble pas faire sens. Le langage utilisé n'apparaît pas toujours clair.

Dans notre culture la prévention est peu intégrée. En Chine, on fait de la prévention comme on fait du soin, c'est une pratique culturelle, naturelle...

Des outils de prévention qui sont de très forts leviers, pour lesquels toutes les études convergent pour en montrer les bienfaits et qui sont sous exploités : par exemple le sport santé. La prévention permet d'éviter 40% des cancers. Bien faite, elle permettrait d'éviter beaucoup de passages en soins, et de soulager ainsi l'hôpital et le système de soins.

Dans d'autres pays cela fonctionne : En Australie, 90% des enfants vaccinés contre HPV / dans les Pyrénées Orientales ce sont 23%....

2/ Insuffisance de l'offre de prévention, parent pauvre de la santé pourtant essentiel, grande inquiétude :

Les participants expriment clairement le sentiment que la prévention est vraiment le parent pauvre de la politique de santé. Les soins absorbent tous les moyens. Ceux fléchés vers la prévention apparaissent dérisoires. La politique de prévention mise en œuvre est souvent vue comme des opérations « communication » sans volonté de l'inscrire dans le temps. Les opérateurs qui font de la prévention (associations par exemple) reçoivent des financements sur des temps courts annuels ou sur 3 ans dans le meilleur des cas. « cette précarité » ne permet pas d'inscrire les actions dans le temps.

L'offre de prévention n'apparaît pas innovante ni volontariste. Là encore le sport santé est évoqué.

Il est cité par exemple l'affaiblissement ces dernières années infligé aux services de PMI qui assuraient des missions de prévention auprès des enfants dès leur plus jeune âge, à l'école. Les visites médicales permettaient de détecter des problèmes par exemple d'audition. Ces problématiques non détectées entraînent les enfants vers l'échec scolaire, et toutes ses conséquences.

La prévention apparaît passer en second après le soin dans la déclinaison de nos politiques comme secondaire, facultative... et ce processus est également reproduit par les usagers.

Nous n'avons pas la culture de résultats et on ne sait pas mesurer les résultats de la prévention. L'indicateur de « l'espérance de vie en bonne santé » est cité. Il s'élève à 59 ans en France et 74 ans au Japon.

3/ Inégalités d'accès à la prévention :

L'accès à la prévention est difficile pour les personnes en précarité : malnutrition, mal logement, souvent pas de médecin traitant, sédentarité et moyens insuffisants pour de l'activité physique.

Solutions :

Le processus « d'aller vers » pour les publics les plus éloignés est vu comme un très bon levier. Les actions de prévention seraient portées par des médiateurs prévention/ médiateurs santé. Il faut ré-armer fortement les services de PMI pour qu'ils puissent reprendre leurs missions. L'école est vue comme un bon espace pour faire passer des messages de prévention mais aussi de promotion de la santé.

L'idée de création au niveau macro d'un service unique des politiques de prévention/guichet unique. Ce point focal prévention serait sur les territoires confié aux MSP/CPTS et Contrats Locaux de Santé (CLS) qui auraient la capacité de déployer un programme de prévention « à la carte » en fonction des fragilités du territoire. Il s'agira alors de bien coordonner MSP/CPTS et CLS.

Le programme de prévention aux âges clés est cité comme un levier à déployer : programme qui intégrerait des actions de prévention primaire : nutrition/sport santé...mais aussi secondaire avec les dépistages...

Il est également évoqué l'idée que nous devons changer notre façon de communiquer autour de la prévention : il faut savoir communiquer positivement. Aujourd'hui prévention rime avec maladie. Or par exemple inciter les gens à faire du sport parce qu'ils y trouveront du plaisir sera plus efficace que de leur parler santé. Les codes de communication positifs par exemple du mois sans tabac sont la preuve de l'efficacité de trouver des messages positifs.

Propositions :

- Définir les métiers de médiateur prévention et médiateur santé
- Clarifier les rôles des CLS/CPTS/MSP sur les territoires pour déployer efficacement les actions de prévention.
- Engager un processus de prise en charge du sport santé par l'assurance maladie.
- Etablir un programme de prévention aux âges clés de la vie. Le rendre obligatoire ou pas ?
- Redonner à la PMI les moyens de fonctionner.
- Positivons la prévention !

Propositions et pistes d'actions issues des défis identifiés lors des ateliers PRS :

Développer et mettre en visibilité les actions de prévention sur le territoire de façon pluridisciplinaire, intersectorielle, et en s'appuyant sur le citoyen-acteur de sa santé

- Instruire la possibilité d'intégrer des médiateurs en santé dans les MSP (relais de financement, ...) en s'appuyant sur les initiatives existantes
- Identifier un espace de centralisation de l'information sur les actions de préventions (CPAM, DD, ...) déployées sur les territoires et les relais de diffusion d'information sur le territoire (notamment les EPCI)
- Définir des modalités de travail spécifiquement avec le rectorat pour le déploiement d'actions de prévention en milieu scolaire

III – Perspectives

Ces propositions feront l'objet d'un travail de suivi en 2023, que ce soit dans le cadre du CTS ou sous une autre forme plus élargie comme des ateliers CNR.

La notion de territorialisation est vraiment apparue comme étant l'élément clé et les futurs travaux se dérouleront dans ce contexte.

A noter que certaines propositions relèvent du national et ne peuvent être décidées en local.