

CNR Santé [Restitution CNR CTS du 23/11/2022 – département du 94]

1. OBJECTIFS DE LA REUNION

- Restituer l'ensemble des propositions évoquées dans le cadre des différents groupes de travail thématiques du CNR Santé

2. INTRODUCTION

- Travail de restitution essentiel pour le volet santé du CNR, en articulation étroite CTS-ARS sur les 4 volets : prévention, santé mentale, médecin traitant et accès aux soins
- Objet du CNR : Mettre en lumière expérimentations pertinentes et à déployer, en s'appuyant sur les dynamiques de territoire et en s'inscrivant dans une réflexion de long terme.
- Confirmation, par le biais du CNR, que l'approche territoriale est le levier et niveau principal d'action. Le CNR constitue une mobilisation pragmatique, partant du terrain et proposant une nouvelle méthodologie de mise en œuvre des politiques publiques. CNR aligné avec la volonté des soignants de faire davantage de « *bottom up* », en repartant des initiatives du terrain et des sachants et notamment via des groupes pluri professionnels au même titre que dans le cadre des CPTS
- Lien avec le PRS3, à l'horizon 2027, qui sera enrichi par les réflexions du CNR, sur plusieurs axes : renforcer les mesures qui visent à réduire les inégalités sociales et territoriales (Idf : 4% du PIB européen mais la région la plus inégalitaire en termes de santé et associations et services sociaux saturés), prioriser la promotion de la santé en intégrant les enjeux santé dans toutes les politiques publiques, agir sur l'attractivité (15-20% des postes des hôpitaux du Val de Marne sont vacants), etc.

3. Restitution des solutions identifiées par les différents groupes thématiques

Axe 1 – Prévention et promotion de la santé, présenté par Martine Antoine présidente de la Maison de la prévention de Fontenay-sous-Bois

- Deux réunions se sont tenues sur cet axe, en présence d'une grande diversité d'acteurs : associations, représentants des usagers, ARS et CPAM, acteurs de la ville, acteurs hospitaliers, acteurs de prévention secondaire (ex : centre de rééducation fonctionnelle), acteurs de l'éducation thérapeutique, de l'HAD et du grand âge. Mais cette diversité n'a pas inclus les acteurs plus éloignés du système de santé (écoles, entreprises, bailleurs sociaux, associations humanitaires ou de parents d'élèves, syndicats, etc.)
- Dynamique citoyenne participative essentielle, avec un usager ne se limitant pas au rôle de patient, mais incluant également le lien soignant-soigné et un changement de paradigme (rejet du terme « bénéficiaires »)
- Quatre grands axes de travail ont émergé :
 - **Créer les conditions pour rendre possible plus régulièrement les échanges permettant de valoriser l'existant, capitaliser, connaître les initiatives du territoire, par exemple via la constitution d'un répertoire de l'ensemble des acteurs locaux par l'ARS**
 - **Développer l'aller-vers à destination des publics isolés géographiquement et/ou socialement de l'accès aux soins et des dispositifs classiques pour limiter les**

inégalités territoriales et sociales. Cette dynamique de l'aller-vers doit cibler un public large, au-delà du public précaire (secteur du handicap, du grand âge, des personnes isolées à leur domicile, mineurs, réseaux mafieux et prostitution, etc.) et s'appuyer sur les structures existantes : maison de la prévention, associations d'aide, etc. Un certain nombre d'initiatives pourraient ainsi permettre de développer l'aller-vers :

- Mettre en place un accompagnement sur la prise en compte effective des droits ouverts en lien avec l'Assurance Maladie et un accompagnement vers le soin (appui à la prise de rdv en secteur 1 et au rdv en ligne)
 - Participer à la lutte contre l'isolement psychique et fournir les outils adéquats aux aidants
 - Développer la **médiation en santé** et s'inscrire dans le long terme pour créer une relation de confiance : **pérenniser le financement via des conventions pluriannuelles** notamment concernant les actions dans les quartiers prioritaires et reconnaître le métier médiateur en particulier via une homologation officielle
 - **Renforcer les dispositifs d'écoute, de soutien et de prise en charge à destination des femmes et notamment des mères isolées, des familles à la rue et des enfants**, par exemple dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance
- **Renforcer la prévention, notamment sur le volet prévention secondaire :**
- **Penser la prévention à l'échelle globale et articuler les dispositifs de prévention avec les acteurs locaux (système éducatif, ville, etc.) et le système de santé** (médecins en ville et à l'hôpital et autres acteurs), via une structuration institutionnelle transparente permettant de limiter le gaspillage de moyens et le fonctionnement en silos → **nécessité de décloisonner les pratiques et les systèmes** (santé, éducation, travail) pour réduire les inégalités et de **pérenniser les financements en les intégrant dans des programmes pluriannuels**, dès lors que les actions ont démontré leur plus-value
 - Prévenir les risques de détérioration des personnes âgées (ex : dénutrition)
 - **Faire reconnaître par l'Assurance Maladie le travail des ergothérapeutes** (cf. expérimentations réussies de deux maisons sport santé dans le département)
 - Créer un dispositif de suivi thérapeutique entre les médecins en ville et les hôpitaux, sur le même modèle que les expérimentations en cours sur le département avec les centres de santé
 - Intégrer la rééducation dans la médecine à domicile
 - Généraliser le repérage précoce et faciliter la détection sur le volet santé mentale : alcool, tabac, drogue, risque suicidaire
 - Renforcer les effectifs de médecins scolaires (seulement 5 pourvus sur 30 prévus dans le Val de Marne), afin que les enseignants qui détectent une situation à risques disposent d'interlocuteurs pour la prise en charge des enfants concernés
 - Concernant la prévention à destination des publics vulnérables et des seniors : **nécessité de se déplacer là où sont naturellement les personnes avec qui on veut créer du lien** (école, centre social, marché, club de retraités, à domicile)

pour les seniors, etc.) pour amorcer cette relation, par exemple via des cafés éphémères

- Ex : expérimentation faite à Créteil dans un hall d'hôpital où les gens attendent (patients, familles, consultants, etc. - 80 personnes/jour en moyenne) et avec qui des étudiants IFSI en présence d'un cadre ou d'une IDE échangeaient
- NB : difficulté de repérage / ciblage de certaines populations, par exemple les seniors à domicile → opportunité de mettre en place un outil avec la ville pour repérer et suivre ces personnes ?
- Faire des campagnes de prévention nationale concernant la médecine parallèle : constats de l'existence de psychothérapeutes non professionnels, voire « charlatans », tenant des discours controversés notamment sur la vaccination, avec risque de retard de diagnostic et retard de prise en charge
- **Protéger davantage les équipes soignantes, notamment en termes d'épuisement professionnel et de santé mentale :**
 - Mettre en place des **dispositifs d'aide et de détection sur le volet santé mentale**
 - Nécessité de sensibiliser les acteurs pour repérer / détecter l'épuisement professionnel de ses collègues soignants, en capitalisant par exemple sur le programme 1er secours en santé mentale (dispositif en cours de déploiement sur le territoire français, dans tous types d'entreprises pour détecter les signaux faibles au sein de son entourage)
 - Mettre en place des **dispositifs d'aide concernant l'accès au logement et l'accès aux rdv CMP**
 - Intégrer, dans les financements 2023 des soins primaires, la prime Ségur auprès de tous les professionnels de santé concernés
 - Mettre en place une campagne pour s'assurer d'un meilleur respect / traitement des soignants de la part des patients et de leur famille car trop d'incivilités constatées aujourd'hui.

Axe 2 - Permanence et continuité des soins, présenté par Nicolas Noel interniste à l'hôpital Bicêtre, en charge du lien entre l'amont, l'arrivée à l'hôpital, la sortie et le retour à domicile)

- Groupe de travail animé par Marianne Petit, directrice du centre municipal de santé d'Ivry-sur-Seine, en présence de médecins libéraux notamment de Champigny et de la CPTS, pharmacien de l'hôpital de Melun et de Brie, représentants du collège des usagers, du directeur de pôle hospitalier, de la direction de l'hôpital Bicêtre, des représentants des SIAD, d'IDE et de représentants de la CPAM et de l'ARS
- Plusieurs solutions identifiées autour de 2 axes clés et complémentaires : 1- permanence des soins et 2- continuité des soins
- **1- Permanence des soins :**
NB : Réflexion visant à adresser la problématique principale d'un **patient qui doit consulter dans les horaires de permanence : comment faire mieux et plus, tout en gérant la pénurie de ressources ?**
 - **Développer les CAMI** (cabinets accueil médical initial pour l'accès aux soins) qui fonctionnent pendant les horaires de permanence, sur les soins non urgents, pour

limiter la saturation des urgences **et les SAMI**, régulés par le service du 15 et armés par des médecins remplaçants et internes non encore thésés

- **NB : le renfort des SAMI pourrait s'appuyer sur la participation des médecins salariés des CMS à l'activité libérale de SAMI, par exemple via une évolution juridique et une incitation financière**
- **Etendre les horaires de permanence de soins en les valorisant davantage**, notamment les week-ends ou lors des périodes où le nombre de places en cabinet est plus limité (vacances scolaires, etc.)
- **Renforcer et capitaliser davantage sur les SAS, aujourd'hui sous-utilisés par les médecins, du fait d'un référencement des médecins intégrés aux SAS très souvent incomplet**, entraînant un nombre de places disponibles limité pour les patients
- **Renforcer la délégation de soins**, via les IDE en général et notamment les IPA, en permettant un **accès plus systématique des patients aux IPA**, à l'hôpital et en amont, en particulier pour la **prévention** et idem pour les **pharmaciens**
 - Capitaliser sur une expérimentation menée en Bretagne avec l'organisation de consultations de pharmaciens hospitaliers sur des protocoles et sur la conciliation médicamenteuse
- **Renforcer le rôle des assistants médicaux**
- Mettre en place des **campagnes de communication nationales permettant d'améliorer la consommation des soins** et l'utilisation des ressources et dispositifs existants : quand et pourquoi se rendre aux urgences, quels sont les dispositifs existants, quel est le périmètre de responsabilités des différents professionnels (rôle des IPA notamment), etc.
- **2- Continuité des soins :**

NB : Réflexion visant à adresser en particulier les difficultés relatives aux sorties d'hospitalisation et aux places disponibles à l'hôpital, en lien avec le manque de ressources humaines : comment optimiser les sorties précoces des patients hospitalisés ? La continuité des soins doit néanmoins s'inscrire dans une vision plus globale, au-delà de l'hôpital

 - **Optimiser les soins pratiqués à domicile, en s'appuyant sur une relation améliorée entre médecins hospitaliers et de ville et sur une incitation tarifaire** pour que les professionnels de santé viennent au domicile des patients (kinés, assistante sociale, médecins, IDE, etc.)
 - **Inciter les acteurs de ville à venir à l'hôpital pour réaliser des consultations** permettant d'améliorer et d'accélérer la sortie, en s'appuyant par exemple sur les étudiants
 - **Renforcer le rôle des dispositifs de HAD / SSIAD** et en parallèle, mettre en place un **renfort des acteurs sociaux** sur le volet sortie hospitalière et prévention pour l'importante part de patients n'ayant pas forcément de domicile
 - *NB : Financement nécessaire sur les SSIAD, mais parfois nécessaire relai / sous-traitance en EHPAD car l'hôpital manque de ressources. La sous-traitance peut parfois être réalisée auprès de prestataires de services libéraux mais qui ciblent essentiellement les actes les mieux valorisés et laissent les actes moins valorisés financièrement aux IDE de la ville, ce qui risque à terme de poser une difficulté en termes d'attractivité de la ville pour les IDE. Ces prestataires de soins disposent d'une certaine force de frappe en termes de communication/marketing et sont donc très visibles, d'où la nécessité de mieux informer les acteurs du système de santé sur les acteurs ambulatoires présents sur le territoire, en dehors de ces prestataires*

- **Capitaliser sur une expérimentation relative à la mise en place d'une IDE transversale ville-hôpital, dédiée à l'optimisation des sorties complexes** : IDE présente lors des transmissions et qui connaît les acteurs de terrain et est capable d'orienter / aiguiller le choix du dispositif ou de la structure (HAD, EHPAD, SSIAD, IDE libérale, prestataire de soins, etc.).
- **Intégrer des IDEC dans les services hospitaliers et plus particulièrement au sein des urgences** pour faciliter l'orientation et la sortie des patients, en capitalisant sur la maîtrise et les connaissances des dispositifs de HAD, accoutumés à orienter les patients.
- **Optimiser l'articulation entre l'hôpital et les SPASAD / SSIAD**, via la visite de représentants de ces structures directement dans les services hospitaliers, dans une logique de partage d'informations / participation aux évaluations patients. En effet, ces structures reçoivent souvent des informations de dernière minute concernant la sortie non anticipée d'un patient, ce qui ne leur permet pas de réaliser le diagnostic du domicile et de prendre correctement en charge le patient, compliquant de fait la sortie
- **Augmenter les entrées directes et développer la communication entre l'hôpital et ville**, par exemple en dupliquant le fonctionnement mis en place à Bicêtre via la mise en œuvre d'une **ligne téléphonique directe ville-hôpital**
- **Faciliter la formation des IPA en incitant les structures à accepter le départ en formation de leurs IDE** (formation de 2ans) et/ou en faisant évoluer les modalités de formation et en mettant en place des VAE permettant de reconnaître et valoriser des actes déjà réalisés par les IDE dans leurs pratiques quotidiennes (reconnaissance officielle de ces actes dans le décret de compétences)
- **Répertorier et communiquer sur les centres de soins non programmés qui ont ouvert en secteur 1** et sont aujourd'hui encore souvent méconnus / peu visibles (mise à disposition d'un répertoire par exemple)
- **Mettre à disposition des outils informatiques** permettant en temps réel d'informer qu'un créneau s'est libéré dans le planning du médecin

Axe 3 - Médecin traitant, présenté par André Tardieu, médecin généraliste installé et représentant URPS et CPTS

- Groupe de travail visant à répondre à l'enjeu d'accompagnement des personnes fragiles ne disposant pas de médecins traitants, dans un contexte de tension sur ces ressources (vieillesse des médecins traitants et nombreux départs à la retraite attendus au cours des prochaines années)
- Ces personnes peuvent essentiellement être détectées via la CPAM ou via d'autres professionnels de santé (pharmacien, IDE, assistante sociale, CPTS et autres structures existantes, etc.)
- Plusieurs solutions ont ainsi pu être identifiées :
 - Renforcer et capitaliser sur les dispositifs permettant de libérer du temps médical :
 - **Assistants médicaux, en levant les freins administratifs liés à la création de ces contrats et à la gestion de cet employé**, par exemple via la mise en œuvre d'une prise en charge commune (mutualisation entre médecins) ou directement gérée par la CPAM
 - Clarifier et partager les protocoles de prise en charge : travail de coopération sur le terrain et partage de compétences

- Développer les possibilités de recours aux IPA libérales ou salariées tout en limitant le risque de « déséquilibre » avec les autres professionnels de santé
- **Communiquer davantage sur les aides à l'installation et les possibilités de poursuite de l'activité des anciens médecins / retraités**, car ces aides sont souvent méconnues
- **Communiquer davantage sur la 4ème année des internes et les modalités de travail avec les remplaçants thésés** (médecin titulaire peut pratiquer des actes en même temps que le remplaçant)
- **Faciliter la participation des médecins aux permanences de soins et développer l'activité mixte** (libérale, salariée, hospitalière), qui constitue un vrai facteur d'attractivité pour les jeunes médecins pour faire le pont entre les deux secteurs et disposer d'une certaine stabilité
- **Rendre le territoire attractif** : le Val de Marne dispose de deux universités et dès les premiers stages il faudra veiller à intégrer les jeunes dans les structures de ville et entendre leur projet de vie → **faire du « sur-mesure » avant même que les professionnels ne soient thésés pour s'assurer de la rétention sur le territoire et donner une liberté à la CPAM / ARS / conseil de l'ordre pour rendre les territoires attractifs, notamment par le biais d'une revalorisation des actes**
- **Assouplir les dispositifs** qui existent à l'heure actuelle et notamment rendre les protocoles plus simples en termes administratifs
- Développer les spécificités locales (quartier, structure coordonnée, etc.) pour permettre aux jeunes de s'installer
- Mettre en place une aide financière libérale à l'ouverture de centres de santé, car à date le volet financier pose souvent difficultés
- **Mettre en place de manière plus systématique un système de compagnonnage / parrainage** pour accompagner et rassurer les jeunes médecins lors de l'installation
- **Anticiper dans les stages d'interne les exercices mixtes** et notamment ville-hôpital
- **Promouvoir la télémedecine accompagnée** par le biais d'une **IDE à domicile** (pour les personnes âgées notamment), via une revalorisation des actes et la mise en place d'adjoint auprès du médecin et/ou de lien entre les professionnels de santé et les centres sociaux pour faciliter la détection et le suivi et de ces personnes fragiles
- **Développer les actes de téléconsultation « classiques » plutôt auprès des patients régulièrement suivis et connus et développer la téléexpertise avec l'hospitalier** (mais difficulté de coordination des agendas : expert à disposition et 100% dédié sur des créneaux pré-identifiés et connus pour limiter ces problématiques d'agendas ?)

Axe 4 - Santé mentale, présenté par Philippe Languenou, directeur de la Maison commune des addictions et des troubles de santé mentale

- Constat d'une santé mentale encore souvent déconsidérée
- Tenue de deux groupes de travail, en présence d'une vingtaine de professionnels de santé des champs sanitaire et psycho-universitaire, de psychologues libéraux, d'associations et de représentants des usagers, de la ville et des tutelles et visant à recenser les initiatives et actions du territoire (secteurs 94-G13 et 94 – G11). Ce recensement a mis en exergue plusieurs thèmes et mots-clés : aller-vers, décroisement, prévention et pluridisciplinaire

- Recensement d'une petite vingtaine d'actions structurées autour de :
 - Plusieurs typologies d'acteurs / bénéficiaires : 1- Patients et entourages, 2- Professionnels de santé et 3- Tous publics
 - Plusieurs axes de travail : 1- Prévention, 2- Accès aux soins, 3- Soins ou 4- Maintien dans le parcours de santé
- **Actions du secteur 94 – G13 :**
 - **CATTP hors les murs pour public jeunes**, via la mise en œuvre d'une structure se déplaçant sur les missions locales et les bibliothèques pour faire de l'aller-vers :
 - **Sous format « Psy-truck »**, mis en place sur la commune de Champigny, dans une dynamique de sensibilisation / information / communication, faites par les usagers et pour les usagers
 - **Sous format « Psy-bus »**, porté par des professionnels de santé pour déstigmatiser les pathologies de santé mentale
 - **Conciliation médicamenteuse portée par la CPTS Octave et la pharmacie de l'hôpital Paul Guiraud**, en lien avec les médecins et les psychologues, avec des travaux réalisés sur les ordonnances afin de limiter la iatrogénie médicamenteuse pour les patients souffrant de troubles mentaux
 - **Extension des horaires du CMP** aux hôpitaux Saint Maurice, pour désengorger les urgences, via la mise en place d'un accueil infirmier la semaine de 9h à 20h et le week-end jusqu'à 17h30
 - **Expérimentation d'un dispositif de prévention en milieu scolaire** : ANCTMS, en lien avec le service de santé publique de l'hôpital Bicêtre et les professeurs de SVT, les infirmières scolaires et les documentalistes, expérimentent un dispositif qui accompagne les jeunes à travers des **interventions sur les compétences psycho-sociales** (prendre soins des autres, comprendre nos sentiments, détecter les signaux chez les camarades, etc.)
 - **Sensibilisation / formation des animateurs des centres socio-culturels**, qui sont des personnes relais, en proximité des jeunes, qui peuvent dépister des troubles et orienter vers le bon professionnel
 - **Téléexpertise, en présence du patient, du médecin généraliste et du psychiatre**, sur le lieu du cabinet du médecin traitant, pour accompagner la mise en contacts (et rdv pris par le médecin généraliste)
 - **Demi-journée de sensibilisation, visant à initier la formation aux 1^{er} secours en santé mentale et soirées d'échanges avec CPTS**, en lien avec les représentants des usagers et les médecins du territoire, portées par le Conseil local de santé mentale de Créteil
 - **Dispositif Interception : mise en place d'une prévention précoce pour les publics à risques augmentés de cancers** (dont les malades mentaux font partie du fait des traitements), via un accès facilité aux centres de dépistage
 - **Médiateurs familiaux pairs en santé mentale**, portés par les hôpitaux Saint Maurice, visant l'accompagnement des familles (NB : uniquement 2 postes salariés de ce type en France, sur le Val de Marne, dans un des pôles de St Maurice)
 - **Dispositif Télécare**, porté par les HUPS en lien avec le service de psychiatrie de Bicêtre, pour faciliter **l'accès à une consultation rapide d'avis et d'évaluation, sous 48h**, avec un psychiatre et articuler une prise en charge coordonnée du patient ensuite
 - **Dispositif Vigilance**, porté par les HUPS, sur la **prévention de la récurrence du suicide** (prévention et santé mentale)

- **Actions du secteur 94 – G11 :**

- **Mise à disposition, par le CMP, d'une IDE ou d'un psychologue au centre de santé** pour réaliser des consultations auprès des jeunes
- **Dispositif Emissaire : dispositif d'accès aux soins sur le volet somatique**, à travers une consultation menée par une IPA pour réaliser une évaluation somatique et un bilan et articuler la prise en charge avec le médecin traitant
- **Co-construction et validation du parcours de soins avec le patient** via une organisation territoriale centrée sur le ré-établissement et l'auto-détermination : l'usager choisit lui-même sa structure pour une meilleure QVT (notamment usager disposant du statut RQTH)
 - ➔ Rappel par les participants à la restitution de la nécessité de partager cette synthèse des initiatives et actions locales aux acteurs du territoire et notamment tous les psychiatres et acteurs de la santé mentale car très remotivant et permet de redonner un certain nombre de perspectives aux équipes de soins
 - ➔ Souhait de M. Languenou d'intégrer les participants aux groupes de travail Santé mentale dans la liste des invités permanents de la commission en santé mentale du CTS.

4. SYNTHÈSE

- Nécessité d'un **accompagnement global et d'un décroisement entre les champs sanitaire, médico-social et social, et également avec les acteurs locaux non directement liés au système de santé** (éducation, entreprise, etc.) • transversalité de la dynamique (et notamment sur le projet territorial de santé mentale, pour aller au-delà de la psychiatrie) via une démarche inclusive et sociétale
- Volonté de maintenir ce mode de fonctionnement collégial **en associant tous les acteurs intéressés aux travaux du CTS**, par exemple par le biais d'un site internet permettant de partager des documents, d'avoir le même niveau d'information et de pouvoir échanger et réagir au fil de l'eau.