

CNR Santé [Restitution CNR CTS du 01/12/2022 – département du 78]

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

- Echanges visant à présenter la méthode, le bilan quantitatif des travaux et les idées remontées dans le cadre des soirées de concertations
- Démarche débutée le 28/10 avec le bureau du CTS visant à définir le pilotage de l'initiative CNR, puis série d'auditions et de groupes de travail en lien avec les 4 thématiques du CNR, avant de réaliser une synthèse et une hiérarchisation des idées / orientations en vue d'une remise de copie finale à l'ARS IdF début décembre, en amont d'une consolidation de l'ensemble des productions des départements et une réunion en plénière avec tous les CTS de la région le 14/12
- Quelques chiffres clés du CNR en santé du 78 : plus de 130 participants aux 2 soirées de consultations (professionnels de santé de terrain, responsables et décideurs, usagers, parlementaires, élus locaux, etc.) et des échanges ayant permis d'aboutir à 122 initiatives, idées ou solutions, liste enrichie en parallèle par des contributions écrites extérieures.
- 7 idées clés sont ressorties

3. RESTITUTION DES SOLUTIONS IDENTIFIEES EN SOIREE DE CONCERTATION

Axe 1 – Accès au médecin traitant (MT)

- **S'organiser collectivement, dans les territoires, pour faciliter l'accès au MT** : mieux organiser la chaîne de détection des patients sans MT et d'identification du PS qui pourrait être le MT, via diverses actions :
 - Mettre en place des formulaires, dans un périmètre de CPTS, pour permettre aux patients d'indiquer qu'ils n'ont pas de MT, et/ou mettre en place une ligne téléphonique à l'échelon départemental à destination des patients, etc.
 - Renforcer les liens entre l'Assurance Maladie et les CPTS pour la mise à disposition des données
 - Organiser une communauté de professionnels de santé, en particulier pour s'organiser collectivement lors d'un départ en retraite et transférer efficacement la patientèle à la communauté en désignant ainsi un MT
- **Mieux informer** sur les dispositifs et organisations existants sur le territoire, en particulier vis-à-vis du patient pour qu'il puisse se saisir de ces dispositifs
- **Former**, en augmentant le nombre de places en formation médicale
- **Anticiper**, via une meilleure exploitation des données disponibles sur les territoires pour identifier les besoins

Axe 2 – Accès aux SNP

- **Renforcer les délégations de tâches et les protocoles de coopération**
 - Développement des IPA, question de la place du pharmacien dans le parcours de soins pour faciliter l'accès aux soins, démultiplication des protocoles de soins / délégation de tâches en particulier sur des objets spécifiques tels que les maladies chroniques
- **Mieux communiquer sur l'existant :**
La création de nouveaux dispositifs n'est pas systématiquement nécessaire, il s'agit plutôt de mettre en valeur et en synergie les dispositifs existants
 - Dans chacun des dispositifs créés, identifier clairement la communication comme une mission et avoir les financements associés : par exemple communication devenant une mission des CPTS, en tant que telle
 - Renforcer communication des CPTS et CLS auprès des usagers sur ce qui existe sur le territoire
 - S'appuyer sur les services publics pour déployer cette communication
- **Mieux articuler les outils et dispositifs existants sur le territoire (CPTS et CLS notamment) :**
 - Repenser et renforcer la place du médico-social et des usagers dans ces dispositifs
 - Elargir les missions et champs d'intervention du SAS (par exemple l'accès aux soins en santé mentale)
- **Renforcer l'aller-vers :**
 - Aller dans les établissements médico-sociaux, démultiplier les relais, développer la visite à domicile via des pools de médecins spécialisés dans ces visites ou en déployant des bus itinérants en matière de prévention, etc.
- **Développer la e-santé :**
 - Dans des conditions spécifiques : patients accompagnés et assistés et professionnels de santé formés à l'exercice à distance (sémiologie du soin à distance)

Axe 3 – Attractivité des métiers de la santé

- **Soutenir l'installation**
 - Problématique ne résidant pas dans les conditions d'exercice à proprement parler mais dans les conditions de vie : accompagnement à la création d'un cadre de vie optimal, faire le lien avec la crèche, les logements, etc. Nécessité d'avoir une main tendue et un vrai lien avec les élus locaux, qui devront se mobiliser autour de cet accompagnement à l'installation dans un territoire (et non pas dans un lieu d'exercice)
- **Favoriser l'interprofessionnalité**
 - Travailler avec d'autres acteurs via des conventions interprofessionnelles, favoriser les temps de coordination entre professionnels de santé d'un territoire
- **Optimiser le temps médical**
 - Comment aider le médecin à gagner du temps médical, d'une part en l'assistant (assistants médicaux) et d'autre part en supprimant certaines tâches réalisées aujourd'hui ou en les réalisant différemment via une délégation à d'autres acteurs par exemple (tâches administratives, tâches intermédiaires en limitant besoins de certificats par exemple, etc.)

- **Former**

- Inciter les médecins généralistes à être maître de stage car l'installation se fait souvent dans un territoire connu par le jeune médecin

Axe 4 - Prévention : il faut intensifier ce sujet et les actions associées

- **Intensifier les actions de prévention**

- Porter / développer des programmes de type éducation familiale à la santé
- Favoriser le rôle de l'école, promotrice de la santé
- Développer des actions aux principales étapes de la vie, dans les QPV, sur les lieux de vie
- Etc.

- **Soutenir le médecin dans son action de prévention et augmenter le temps consacré à ces actions**

- Dégager du temps médical : IPA, assistant, etc.

- **Former**

- Former des acteurs qui ne sont pas du champ de la santé : créer des relais en matière de prévention, notamment les acteurs du domicile : repérage de la fragilité de la personne âgée, etc.
- Former des acteurs de proximité, des aidants, des aides-soignants, des aide-ménagères, etc. à ce qui existe sur les territoires : s'assurer de la bonne visibilité de l'offre de santé et de prévention du territoire et que chacun puisse relayer cette offre

- **Communication**

- Mobiliser et démultiplier les supports / vecteurs de communication : réseaux sociaux, magazines des collectivités territoriales, CPTS, etc. pour diffuser l'information

Echanges / remarques avec la salle :

- Faire davantage ressortir le sujet d'éducation en santé, pour s'assurer notamment d'une bonne consommation des soins par les citoyens
- Education à la santé doit aussi embarquer le volet santé mentale, qui doit être faite en tous lieux et y compris à l'école : 1^{er} secours en santé mentale pour former tous citoyens et 1^{er} secours en santé mentale jeune pour former les jeunes
- Un acteur (M. Richard élu local – maire) est surpris de ne pas voir dans l'axe 3 le prix de la consultation qui peut être un vrai facteur d'attractivité pour les médecins
- Nécessité d'évoquer également la médecine du travail, en redynamisant cette médecine et en lui donnant un certain poids (un réel examen à proposer aux travailleurs et dans des délais cohérents, pour détecter précocement certaines problématiques, pour faire de la prévention, etc.)

4. PRIORISATION : 7 IDEES CLES

Prérequis :

- **Optimisation de l'existant** : mieux connaître et s'appuyer sur l'existant, plutôt que créer de nouveaux dispositifs → nécessité d'évaluer les dispositifs et s'assurer qu'ils soient efficaces et suffisamment transversaux avant d'en créer de nouveaux
- **Décloisonnement** : décloisonner le sanitaire et le médico-social pour tous les patients (enfants, personnes âgées, handicapées, patients en santé mentale, etc.)
- **Association des usagers** : s'assurer de l'analyse du besoin par l'utilisateur lui-même et les professionnels de santé, avant la mise en œuvre de tout nouveau dispositif « rien qui ne nous concerne sans nous ». La place des usagers dans les dispositifs existants et à venir est déterminante pour s'assurer d'avoir des dispositifs adaptés aux populations et besoins ciblés
- **Education à la santé** : organiser une éducation citoyenne du bon usage de la santé, pour limiter le consumérisme et le « tout, tout de suite »

Idée 1 : Mieux articuler CLS et CPTS, présentée par le Dr Jean-Pierre Aquino

- CPTS : maillage de proximité et d'efficacité, de la prévention jusqu'à l'accès aux soins et l'accompagnement des personnes → dès 2023, l'ensemble du territoire sera couvert par des CPTS
- 6 CLS et 3 à venir sur les Yvelines, permettant de couvrir les 9 quartiers prioritaires de la ville
- A travers une meilleure articulation de ces deux dispositifs, permettre un accès aux soins et à la prévention, et ce, de façon facilitée, pour toucher un public plus large
- L'optimisation de cette articulation suppose de potentiellement créer un CLS ne correspondant pas au périmètre d'un quartier prioritaire (et donc sans financement associé ?). De nouveaux CLS pourraient être mis en place par des communautés de commune, en veillant à maintenir un bon niveau de proximité via la couverture d'un territoire de taille limitée

Idée 2 : Favoriser l'accès à un médecin traitant, présentée par Marie-Hélène Certain

- Tension entre le « je veux tout, tout de suite » et le « je veux un médecin et une relation privilégiée » et la pénurie quantitative de médecins, associée à des difficultés éthiques pour le professionnel de santé de refuser des patients par manque de temps
- Sujet du médecin traitant recoupant le volet administratif via la complétude d'un formulaire permettant le remboursement et une logique de qualité et d'efficacité des soins : **approche globale et personnalisée du patient incluant le soin, le médico-social, le social, le suivi du patient dans la durée et la coordination**. Ce suivi ne peut pas être un acte ponctuel mais doit s'inscrire dans la durée pour limiter les inégalités de santé et les difficultés à organiser la prise en charge
- Certains patients ne sont actuellement pas suivis par un médecin traitant mais cela constitue une minorité de la population (85% des patients disposent en effet d'un médecin traitant) et il faut donc veiller à ne pas justifier trop de dérives organisationnelles pour cette minorité. **Parmi les 15% de patients sans médecin traitant, tous n'ont pas le même besoin et il est donc nécessaire de cibler en priorité les personnes les plus vulnérables** : patients ALD, patients en santé mentale, personnes âgées, etc. **Les CPAM ont les données permettant de cibler ces patients**
- Solutions proposées pour répondre à cette problématique :

- **Intégrer une nouvelle mission socle des CPTS, en tant que relai opérationnel** en lien avec le terrain, les tutelles et les autres acteurs du territoire et permettant de sortir les professionnels de santé de l'isolement
- **Recenser les médecins** pouvant prendre de nouveaux patients
- **Recenser les patients** et notamment les plus fragiles : via CPAM, CMP, CCAS, les DAC, services sociaux, GHT
 - *Echanges / remarques avec la salle :*
 - Attention néanmoins aux problématiques de partage de données avec la CPAM et la CNIL : la CPTS peut-elle disposer d'un accès facilité à la liste des professionnels de santé de son secteur ? Actuellement, il est possible de réaliser une importation de la liste des professionnels d'un territoire via l'annuaire Ameli et l'annuaire labellisé sur le site santé.fr par type d'offre et de territoire (notamment alimenté par le RPPS). Toutefois, certains participants évoquent des difficultés de mise à jour de cet annuaire labellisé, en particulier concernant les informations qui transitent par l'Ordre, sans actualisation en temps réel des données RPPS
- **Mettre ces patients et ces médecins en relation via un chargé de mission positionné en inter-CPTS** (couvrant de fait un territoire plus vaste qu'une seule CPTS) par exemple
- **Clarifier le mode d'emploi** pour les patients en recherche de médecin traitant
- Mettre en place une équipe de proximité, en appui des médecins traitants, notamment sur les tâches de coordination
- **Pérenniser l'offre existante** : priorité de sauvegarder les médecins en exercice, quel que soit le mode d'exercice, de faciliter l'installation et de renforcer le partage de tâches (terme à privilégier par rapport à la notion de « délégation », avec le constat d'un certain nombre de délégations réalisées de manière sauvage et sans logique de coopération)

Idée 3 : Renforcer les contrats locaux en santé mentale, présentée par Roselyne Tourroude

- Contrat local en santé mentale (CLSM) : document signé et contractualisé qui doit décliner des actions prioritaires issues des fiches actions des projets territoriaux de santé mentale. Deux projets territoriaux existent dans les Yvelines et ont demandé une mobilisation considérable de tous les acteurs de santé mentale et de psychiatrie pendant 3 ans dans le cadre de leur élaboration
- A présent il faut opérationnaliser ces projets : les actions prioritaires sont identifiées et il faut maintenant mettre en œuvre les CLSM avec les ARS
- Demande d'accès aux soins de santé mentale explose aujourd'hui en France et les Yvelines ne sont pas épargnées. Il existe de nombreux **obstacles d'accès aux soins, aux accompagnements médico-sociaux et sociaux et plus largement aux droits**
- **Secteur public spécialisé confronté à une vraie crise** : fermeture de lits, fuites de personnels médicaux et paramédicaux et en conséquence, **incapacité des CMP et des CMP juvéniles d'assurer la continuité des soins**, y compris pour les patients de la file active
- **Offre fragilisée sur le territoire** : manque de CMP, de CMP infanto-juvénile et d'hôpitaux de jour pour les enfants (pour cause de fermeture), de CATTP et équipes mobiles mises à mal faute de moyens financiers et/ou humains
- En conséquence, une **charge accrue pèse sur les familles car les établissements ne peuvent plus répondre à la demande** sur les volets sanitaire, médico-social et social, tant

pour les enfants, que pour les adolescents et les adultes, ce qui engendre de nombreuses ruptures dans le parcours de soins

- Situation alarmante, en particulier pour les enfants et adolescents, notamment suite à la crise Covid : nécessité d'une action politique forte pour :
 - **Développer des moyens de prévention rapides et accessibles tels que la formation et le financement de psychologues cliniciens accessibles rapidement**
 - Aller au-delà du financement des dispositifs d'orientation qui orientent vers des équipes et des secteurs totalement submergés et ne sont donc pas suffisants
 - **Développer des pratiques collaboratives et renforcer le rôle du médecin généraliste** dans le cadre du 1^{er} recours
 - **Développer des équipes mobiles et leur donner les moyens d'aller vers les publics vulnérables** (pas de la e-santé mais de l'humain) pour briser le cercle vicieux des hospitalisations sans consentement ou sous contraintes, des ré-hospitalisations, etc.
 - Continuer à **lutter contre la stigmatisation** de la santé mentale et des troubles psychiques et des professionnels de santé qui s'occupent de ces personnes (médical, psychiatrie ou social et médico-social) car bien souvent les médias ne facilitent pas l'attractivité de ces métiers → nécessité de redonner une autre image à ces professions et lutter contre les stéréotypes
 - **Faciliter le travail des aidants / cellule familiale, sans les considérer comme des unités de prise en charge assumant le rôle des unités spécialisées aujourd'hui déficitaires.** Actuellement, **faute d'accès aux soins et aux accompagnements, le transfert de responsabilités vers ces aidants est trop important**
- Bonnes initiatives du département à mettre en exergue / à dupliquer au national :
 - Dispositif intégré handicap avec MDPH et maison de l'autonomie du 78, pour faire un **diagnostic territorial médico-social** qui donne une photo précise de l'offre médico-sociale existante et identifie les besoins des personnes sans solution d'accompagnement et d'hébergement mais qui ont une orientation (observatoire des besoins médico-sociaux). Il est essentiel, pour développer une offre, de connaître au préalable le besoin et de faire connaître l'offre du secteur public et les dispositifs d'accompagnement personnalisé
- 5 propositions concrètes issues du groupe de travail santé mentale :
 - **Promouvoir la promotion en santé et en santé mentale dès le plus jeune âge et à tous les niveaux et former tous les professionnels de santé** aux problématiques de la santé mentale et du handicap
 - Promouvoir la **montée en compétences de tous** sur ces sujets, en particulier via les formations en **1^{er} secours en santé mentale**
 - Promouvoir les **parcours de soins coordonnés en simplifiant et en rendant lisibles les dispositifs existants**
 - Renforcer les **équipes mobiles et y compris à domicile**
 - Poursuivre l'accessibilité de la santé pour tous et notamment via **l'accompagnement individualisé et humain**

Echanges avec la salle :

- CLSM à l'initiative des élus et les études montrent que les élus locaux sont très présents et qu'il s'agit d'un gage de réussite de ces projets. De plus, depuis récemment, il y a une obligation de mettre un volet santé mentale dans tous les CLS
- Sur le sujet de l'attractivité, évoquer aussi le sujet de la recherche / développement de compétences.

Idée 4 : Poursuivre et faciliter la réalisation de téléconsultations assistées et coordonnées par le médecin traitant, présentée par Jennifer Kunakey

- Besoins d'avoir une **multiplicité de réponses pour répondre à la pénurie de professionnels de santé** et notamment de médecins et **éviter les renoncements aux soins**, en particulier dans les zones sous-dotées, et **faciliter l'accès aux soins sur les lieux de vie, via les téléconsultations**
- Prérequis : la téléconsultation doit être développée dans un cadre précis, bien normée, garant de la qualité et de la sécurité des soins
- Plusieurs propositions émergent du groupe de travail :
 - **Favoriser l'implication de personnels relais** (médiateurs, personnels non médicaux tels que aides-soignants, etc.) pour faire de la **téléconsultation assistée** et réduire la fracture numérique
 - **Former les médecins à cette pratique** avec implication et liens forts avec les facultés de médecine
 - **Coordonner les actions au niveau territorial** pour que le médecin en téléconsultation puisse facilement orienter vers d'autres professionnels de son territoire
 - Repenser la téléconsultation comme un **outil en appui des professionnels** de santé et non une solution à la désertification médicale
 - Faire le **lien avec Mon Espace Santé (MES)**

Echanges avec la salle :

- S'assurer que les patients sous régime AME aient bien accès aux cabines de téléconsultations
- Garantir un encadrement très strict (à titre d'exemple, lors des téléconsultations faites via Doctolib, on commence par demander au patient son numéro de CB)
- DMP sera bien intégré à MES et intégrera une case « aidant » : très intéressant d'avoir des ambassadeurs pour accompagner les personnes vulnérables et notamment celles non à l'aise avec le numérique
- Inquiétude de certains participants évoquant le risque d'une téléconsultation réalisée par un médecin à distance, ne connaissant pas le territoire, ni le patient et inquiétude que la téléconsultation soit une « fausse bonne idée » qui implique de gros investissements financiers mais un ROI limité pour le patient → *d'où l'intérêt de penser la modalité de la téléconsultation comme une aide complémentaire et non comme un substitut ou un élément concurrent aux consultations classiques, en présentiel, et veiller à ce que ces téléconsultations, et notamment via les télécabines, soient bien coordonnées avec le médecin traitant*
- Mettre en place des téléconsultations d'expertise, avec des médecins spécialistes, en lien avec le patient et son médecin généraliste. Par exemple, un établissement médico-social ou social hébergeant propose aujourd'hui des téléexpertises avec des chirurgiens dentaires via la

transmission d'images dentaires des patients permettant au chirurgien de définir une prise en charge et de prioriser les soins à mettre en œuvre

- Développement à plus long terme de malles nomades, en parallèle des télécabines, qui pourraient répondre à des besoins spécifiques pour des populations spécifiques

Idée 5 : Une plus importante mobilisation de l'éducation – Ecole promotrice de santé, présentée par Dr Isabelle Lenfant et Dr Carlos Jimenez

- Actions menées avec le conseil départemental et l'éducation nationale
- Le **conseil départemental intervient en maternel** (les 600 écoles du département sont couvertes), en moyenne section, sur une tranche d'âge de 3 à 5 ans, pour **détecter / dépister et veiller à l'égalité des chances dans l'apprentissage** en vérifiant :
 - La vaccination, la taille et le poids (développement de l'enfant), la vision, l'audition, la motricité fine, le langage, l'adaptation à l'école et les troubles du comportement
 - **Dépistages faits par une IDE du département et complétés si besoin par un bilan médical**
 - Plus de 91% des enfants sont ainsi vus, dans cette tranche d'âge
- Le **conseil départemental intervient aussi aux collèges et aux lycées via des interventions sur la vie affective et sexuelle**, en faisant connaître les centres de santé sexuelle :
 - Interventions assurées par professionnels du conseil départemental ou par des associations
 - Chantiers nouveaux, en cours de réflexion / définition : Interventions plus précoces, en écoles primaires, sur le respect du corps et le respect de l'autre et chantier sur les interventions auprès d'enfants handicapés
 - Articulation étroite avec l'éducation nationale et le milieu associatif

Idée 6 : Développer et intensifier les campagnes nationales et relayées sur tous les territoires, présentée par Benoît Coudert

- **Information des usagers**, patients ou pas, essentielle pour garantir une **bonne appropriation et utilisation du système de santé**
- **Intensifier l'utilisation des réseaux sociaux**, en particulier via des vidéos courtes sur l'éducation en santé et la prévention, en veillant à la qualité des informations diffusées (en capitalisant par exemple sur l'utilisation des réseaux sociaux faite par Santé Publique France, notamment sur la communication liée au SIDA pour favoriser le dépistage)
- **Lutter contre la stigmatisation**, via des informations parlant à tous, des campagnes de promotion et de valorisation des métiers du soins et de l'accompagnement, de la psychiatrie et de la santé mentale

Idée 2 : Davantage de relai en santé, présentée par Michel Buisset

- **Mieux utiliser ces relais**, constitués par des acteurs en dehors du périmètre strict de la santé (aidants, associations de patients et bénévoles, etc.), **et développer leur efficacité**
- **Pas de substitution aux professionnels de santé mais réponse à divers problématiques du quotidien des patients**, via la connaissance des dispositifs et acteurs susceptibles de les aider et en apportant à ces relais une véritable reconnaissance du rôle qu'ils jouent auprès des patients

- Propositions formulées par le groupe de travail :
 - **Former cette population des aidants** : recueillir leurs besoins, les aider à s'inscrire à des formations, leur donner des groupes de parole (sur le même modèle que le café des soignants par exemple) pour qu'ils puissent se retrouver, échanger et ne pas se sentir isolés
 - **Officialiser la reconnaissance de ces personnes**, pas nécessairement financièrement mais via un statut reconnaissant le rôle joué → *NB : proposition n'emportant pas le consensus des participants à la restitution (cf. éléments détaillés en orange ci-dessous)*
 - **Former des auxiliaires de vie et des aides-soignants**, s'assurer que les CPTS et CLS participent à la formation des aidants, que l'ARS apporte un soutien financier à la formation de ces aidants et que les associations soient également au service des aidants pour mieux orienter leurs actions

Echanges avec la salle

- Quelle définition des aidants ? Aidants familiaux *versus* aidants professionnels (HAD et services sociaux et médico-sociaux intervenant au domicile du patient et étant rémunérés pour ces services)
- **Attention à la reconnaissance / formalisation / professionnalisation du statut d'aidant familial car cela pourrait valider le fait que ces aidants familiaux sont là pour palier à la carence / pénurie de ressources du système de santé en opérant un transfert de responsabilités vers les aidants via ce statut**
- En revanche cette reconnaissance pourrait donner accès à un accompagnement / une prise en charge et un suivi médical (pour lutter contre l'épuisement physique et mental) : par exemple via un crédit de consultations de psychologue clinicien
- Mettre en place des groupes d'échanges entre aidants et en présence d'un psychologue, en s'appuyant notamment sur les associations
- Dès lors qu'on parle d'aidants, s'assurer d'avoir une vision systémique : aidants des personnes âgées dépendantes, mais également des enfants, jeunes adultes, personnes handicapées, etc.