

SYNTHESE DE RESTITUTION
ARS Hauts-de-France
CNR Santé Métropole-Flandres
Mardi 6 décembre 2022

I – Eléments de contexte

La situation du territoire

La Métropole-Flandres est le **territoire d'animation en santé (TAS) le plus dense** (874 habitants au km²) de la région, avec une **population des 18 à 24 ans plus jeune** qu'en France (11,1 % *versus* 8 %). Ce territoire présente une population qui augmente plus rapidement que les autres TAS mais toutefois de façon moins soutenue que la France. Ainsi, en 2019, le taux d'accroissement de la population depuis 1975 s'élève à + 29,9 % pour la France contre + 13 % pour la Métropole-Flandres.

La **situation sociale** peut-être qualifié « d'**intermédiaire** » se situant entre celles de la France hexagonale et de la région. Cette situation sociale apparaît comme la plus contrastée en regard des autres TAS. Ainsi, si les chômeurs ou les allocataires (RSA, AAH) sont plus nombreux qu'en France, une forte présence de cadres et professions intellectuelles supérieures et de nombreux jeunes de 18-24 ans scolarisés modèrent ce premier constat. En regard de la région, la position du TAS ressort comme plutôt favorable, hormis pour la part d'allocataires du RSA avec une valeur légèrement au-dessus de celle des Hauts-de-France.

En regard de la France hexagonale, les **indicateurs de surmortalité générale tous âges et de surmortalité prématurée avant 65 ans sont défavorables** respectivement + 9,8 % et + 17,7 %. Cependant, ils se situent parmi les meilleures des TAS des Hauts-de-France tous âges.

Les cancers constituent la première cause de décès tous sexes confondus : 29 % des décès de personnes domiciliées dans ce territoire sont dus aux cancers ; **les maladies cardio-vasculaires quant à elles viennent en seconde position** avec 23% des décès.

En regard de la France, **une forte surmortalité par maladies de l'appareil digestif et par maladies de l'appareil respiratoire est observée**. Respectivement, ce sont 30 % et 20 % des décès pour ces deux causes qui auraient pu être évitées si le TAS avait les mêmes niveaux de mortalité que ceux de la France.

Nous constatons également, en regard de la France hexagonale, une **forte surmortalité liée à la consommation d'alcool chez les hommes (+ 51 %) comme chez les femmes (+ 85 %)**. Concernant la surmortalité liée à la consommation de tabac, seule celle des hommes diffère de la valeur nationale (+ 20 %). Chez les femmes, c'est la plus faible des TAS.

Les consommations de soins hospitaliers sont globalement élevées ou proches des valeurs nationales. En revanche, nous constatons en psychiatrie, un niveau de recours aux soins ambulatoires élevé, mais qui demeure faible pour les hospitalisations, notamment les hospitalisations complètes.

Ce territoire se caractérise enfin par une forte densité de médecins généralistes libéraux, qui diminue, mais moins rapidement qu'en région et en France. **Les densités de médecins spécialistes sont élevées** (du fait de la présence de nombreux établissements de soin) de même que pour les **autres professionnels de santé**.

Les réunions de co-construction

L'ordre du jour de ce CNR était le suivant :

9h : accueil des participants

9h30 – 9h45 : ouverture par Mme Firmin-Le Bodo, Ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé

9h45 – 10h45 : présentation du diagnostic du territoire et présentation des 4 défis nationaux

10h45 – 13h : ateliers de travail animés par les facilitateurs

13h – 14h : repas

14h : séquence en plénière

14h – 14h45 : « quelques belles histoires » :

- L'accès aux soins des personnes en situation de handicap : déploiement d'une équipe mobile par le Groupement hospitalier de l'Institut catholique de Lille (GHICL)

- Le conseil de santé mentale étudiants de l'université de Villeneuve d'Ascq

14h45 – 16h30 : restitution de l'ensemble des priorités choisies par les ateliers et échanges

16h30 – 17h : clôture par le président du CTS de Métropole-Flandres et la Directrice départementale du Nord de l'ARS HDF

La matinée a accueilli environ 110 personnes, réparties en 8 ateliers composés de 11 à 17 personnes et de 2 facilitateurs/animateurs.

Environ 190 personnes ont assisté à la session plénière de l'après-midi.

Les participants étaient des professionnels de santé en grande partie, des professionnels du médico-social, des associatifs, des usagers et représentants d'usagers.

Les personnalités politiques présentes lors de cette journée ont été :

- **Mme Parmentier-Lecocq**, députée de la 6^{ème} circonscription du Nord ;

- **Mme Staniec-Wavrant**, adjointe au maire de Lille ;

- **Mme Quesne**, adjointe au maire de Villeneuve d'Ascq ;

- **Mme Dany Hallant**, représentant l'association des maires ruraux du Nord.

Les ateliers se sont déroulés de la façon suivante : après un tour de table des participants, ceux-ci étaient invités à se positionner sur le défi qui leur paraissait le plus important à traiter. Le défi majoritaire a été choisi. Chaque groupe disposait ensuite de deux heures pour réfléchir à une ou deux solutions concrètes et les rédiger dans la fiche ad hoc.

Les ateliers se sont très bien déroulés.

Lors de la préparation de la restitution, un billet d'humeur a été demandé aux facilitateurs, et voici ce qui est ressorti :

- Tellement d'attentes !

- Convivialité / Belles rencontres

- Confrontation

- Richesse des échanges

- Revenons aux fondamentaux

- Simplification administrative

- Laisser faire / CAP d'initiative

- Difficultés pour dégager une solution

- Enrichissement dans les échanges

- Jocker...

- Cloisonnement !

- Frustration vu le temps imparti

- Difficultés pour centrer les débats

- Des idées concrètes !

- Sortir des sentiers battus

La restitution des ateliers s'est faite l'après-midi, en plénière, par défi. Lors de cette présentation, les facilitateurs sont venus tout à tour présenter les fiches actions travaillées par leur atelier.

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

Solution #1 : Créer une équipe mobile dans les quartiers afin de favoriser l'accès aux soins, notamment des publics les plus fragiles

Constats

- Les personnes concernées ne sont pas ou mal informées de leurs droits.
- Elles connaissent mal l'offre de soins de proximité.
- Elles se sentent stigmatisées.

Solution

Créer une équipe mobile dans les quartiers afin de favoriser l'accès aux soins, notamment des publics les plus fragiles.

Propositions

- Constituer une équipe mobile (trinôme/binôme ?) formée et à l'écoute de la personne : professionnel de santé, intervenant social, médico-social, (IPA ?), intervenant pair. Intégrer l'équipe au réseau d'acteurs du territoire (QPV ? ville ?).
- Mettre à disposition un véhicule mobile (bus, camping-car) porté par les acteurs du territoire.
- Mettre à disposition un lieu d'accueil dans le quartier : être dans les lieux de vie des personnes.
- Se reposer sur les équipes de médiateurs de territoire en amont pour qu'ils orientent.
- Créer une cartographie avec les dispositifs existants sur le territoire et la rendre accessible à tous.

Solution #2 : Mettre en œuvre une orientation de ville pour l'accès à la consultation de soins.

Constats

- Le médecin traitant est le pivot du parcours de soins : « si le pivot n'est pas disponible, la roue ne peut pas tourner »
- Le médecin de ville seul ne peut pas tout gérer, il n'est pas toujours accessible. Il est mis en difficulté par le temps médical réduit, la lourdeur de la charge administrative. Si le médecin n'a plus la possibilité d'exercer son rôle de pivot, il faut réinventer le parcours via une équipe traitante.
- Besoin de souplesse dans la mise en œuvre des expérimentations : article 51 trop lourd, trop long (temps de l'évaluation), privilégier le FIR pour plus de réactivité dans la mise en œuvre d'expérimentations dont on sait *a priori* qu'elles sont « bonnes » pour le territoire.
- Les patients fragiles nécessitent plus de temps, or le tarif de la consultation est le même pour tout patient : focus personnes en situation de handicap, EHPAD, précarité (accès au numérique).

Solution

Mettre en œuvre une orientation de ville pour l'accès à la consultation de soins.

Propositions

- A l'échelle du territoire de vie santé ou CPTS.
- Phase de test de 12 mois en ZIP, avec une évaluation qualitative et d'impact de santé.
- Accès par un algorithme puis échange téléphonique (nouveau métier de type assistant de régulation médicale ou infirmier d'accueil et d'orientation (ARM/IAO)) tout en préservant un accès physique de proximité (pharmacie) qui soit intégré à « Mon espace santé ».
- Moyens : financement ARS, collectivités, assurance maladie, franchise à la charge de l'assurés s'il ne passe pas par ce système d'orientation.
- Prise de rendez-vous via la plateforme avec 4 orientations possibles : médecins ou auxiliaires médicaux ou pharmacie ou « pas de suite ».
- Campagne de communication avec les associations et acteurs locaux

Solution #3 : Optimiser le temps médical des médecins traitants en les déchargeant.

Constats

- Difficulté de recrutement (exemple des médecins coordonnateurs).
- Faible attractivité liée aux conditions de travail et à la rémunération.
- Déficit d'accompagnement dédié (médecine du travail).
- Cloisonnement ARS-CD. Des modèles économiques qui ne fonctionnent pas, notamment avec le département.
- Difficulté de repérage : à qui s'adresser ?
- Pour les IPA : manque de terrains de stage, modalités de formation à revoir, valorisation dans les conventions collectives.
- Bureaucratie et lourdeur administrative : concours administratif des territoriaux pour soignants, CPTS longues à se mettre en place, problématique des certificats qui n'ont aucun intérêt médical.
- Déficit de recours aux spécialistes qui contribue à emboliser le temps des médecins traitants.

Solution

Optimiser le temps médical des médecins traitants en les déchargeant.

Propositions

- Renforcer les CPTS car elle sont porteuses d'une coordination notamment pour recenser les médecins qui peuvent accueillir une nouvelle patientèle.
- Regrouper les professionnels de santé dans des centres de santé pluridisciplinaires : le parcours doit être homogène.
- Mettre en place un seul secteur avec une plus grande valorisation financière.
- Travailler sur l'aspect mille-feuille et privilégier le contact humain : les plateformes éloignent certaines populations.
- Recourir aux assistants médicaux et IPA, favoriser la délégation de tâches ainsi que la téléconsultation et les télésoins en appui du medico-social.
- Simplification administrative : sujet des attestations enfant malades – certificats.

Solution #4 : Anticiper le départ en retraite des médecins pour préserver l'accès aux soins et éviter les ruptures.

Constats

- Départ en retraite des médecins généralistes.
- Risque successoral : patientèle sans médecin traitant.
- Rupture des soins.

Solution

Anticiper le départ en retraite des médecins pour préserver l'accès aux soins et éviter les ruptures.

Propositions

- Référencer les médecins qui partent en retraite sur un territoire d'ici 5 à 10 ans
- Donner pour mission à la CPTS de proposer un programme d'accompagnement du médecin en fin de carrière : inciter à rejoindre un cabinet de groupe, accompagner sur le volet financier, accompagner sur le plan logistique (recherche de locaux), inciter ces médecins à devenir médecin formateur.
- Proposer une phase d'expérimentation avec l'ARS sur une ou deux CPTS avec une évaluation.
- Inscrire cette solution dans le PRS.

Solution #5 : Donner du temps pour la prise en soin par les médecins généralistes

Constats

- Charge administrative importante (renouvellements d'ordonnance, arrêts de travail).
- De moins en moins de temps disponible pour les patients.

- Le patient n'a pas forcément besoin d'accéder directement à un médecin mais il peut avoir besoin d'accéder à une équipe traitante.

Solution

Donner du temps à la prise en soin par les médecins généralistes.

Propositions

- Définir un programme coordonné de soins par le médecin en point de départ.
- Définir les tâches sur lesquels les médecins pourraient avoir un appui (renouvellements de certificats médicaux pour le sport...) et en fonction de la typologie des patients (publics fragiles, maladies chroniques, pathologies psychiatriques...).
- Lister les acteurs qui pourraient s'approprier ces tâches (assistants médicaux, assistants médico-administratifs, pharmaciens, kinésithérapeutes...).
- Valoriser les compétences de ces professionnels pour assurer les bilans et les suivis.
- Renforcer la médecine scolaire et la médecine préventive afin de repérer les fragilités en amont (pathologies chroniques).

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

Aucun groupe n'a choisi ce défi.

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

Solution #6 : Coordonner les professionnels de santé et développer les investissements.

Constats

- Difficultés d'accès à la métropole : prix de l'immobilier *versus* salaires des soignants, temps de trajet en transports en commun non facilitant, départ du personnel au regard du coût des carburants (retour vers des CH périphériques), fermetures de blocs opératoires par manque de personnel, stress avant l'arrivée sur poste de travail.
- Cabinets non adaptés au travail en maison de santé : impossibilité de racheter un cabinet plus grand, charges administratives trop lourdes.
- Burn-out : investir dans la qualité de vie au travail (QVT), réduire la charge de travail, améliorer la communication entre les soignants.
- En territoire semi-rural : desserte difficile pour les patients et pour les libéraux, outils numériques non adaptés.
- Reconnaissance des compétences de chacun : mesures de coopération difficile à mettre en place (territoire/hôpital).
- Manque de temps, métiers sans référentiel nationaux de compétences : coordonnateur, profils de poste et cultures professionnelles différents.

Solutions

Coordonner les professionnels de santé et développer les investissements.

Propositions

Coordination :

- Aide logistique pour se réunir : locaux dans les collectivités ; connexions Team.
- Temps clinique reconnu entre pairs : revalorisation financière (cotations).
- Evénements interdisciplinaires.
- Investir dans les locaux pluri-professionnels.

Investissements :

Rémunération des soignants

- Investissements structurels : réseaux transports en commun (temps de trajet longs, coûts financiers du logement et du transport individuel).
- Développer les écrits de recherche sur les projets : recherche, centrage sur le professionnel et pas seulement sur le patient.

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

Solution #7 : Créer un outil territorial partagé et accessible à tous pour rendre lisibles les dispositifs de prévention-promotion santé

Constats

- Les acteurs locaux de la prévention travaillent de manière trop cloisonnée, notamment entre les champs sanitaire et médico-social.
- Manque de coordination et de cohérence dans les actions de prévention.
- Méconnaissance des acteurs entre eux et des dispositifs existants.
- Manque de formations et de stages croisés. Des étudiants en santé à former davantage à la prévention.
- Manque de moyens humains et financiers pour développer les alliances entre les acteurs locaux.
- Intervention en prévention trop tardive sur certains sujets (notamment en santé mentale).

Solutions

Créer un outil territorial partagé et accessible à tous pour rendre lisibles les dispositifs de prévention-promotion santé.

Propositions

- Identifier un acteur sur le territoire qui porte l'outil et en déploie la communication.
- Aller-vers les acteurs locaux pour communiquer sur cet outil et le faire évoluer en fonction des besoins.

Solution #8 : Engager un dispositif où se rencontrent les acteurs et les bénéficiaires « JOURNEES SANTE »

Constats

- Inexistence de la coordination des actions de prévention : qui fait quoi ?
- Déficit de priorisation et de gradation des actions de prévention (contenu des actions / âges de la vie / population ciblée / territoires de santé) : ligne de vie, prévention à chaque âge.
- Au regard des nombreuses thématiques déployées et des résultats bien en-deçà des objectifs attendus : mieux connaître et former les acteurs de prévention.
- Dimension multifactorielle de la prévention : besoin d'identification des leviers en prévention, besoin de démontrer.
- Déficit de financement de la prévention, moyens de moins en moins importants.
- Méconnaissance des impacts et effets de la prévention.
- Manque de parcours en prévention, besoin d'évaluation et d'indicateurs.
- Mauvaise prise en compte des besoins et des préoccupations des usagers pour faire de la prévention.
- Associations d'usagers insuffisamment sollicitées, faible implication des libéraux, faible utilisation du carnet de santé (outils) et des bilans.
- Les temps contraints des professionnels de santé ne permettent pas une information et un dialogue suffisants (« non compris, non appris »).
- Absence de coordination des acteurs au sujet de la prévention chez les jeunes, notamment au sujet de la santé mentale des enfants et des addictions.

Solutions

Engager un dispositif où se rencontrent les acteurs et les bénéficiaires « JOURNEES SANTE ».

Propositions

- Développer les outils ludiques et numériques.
- Favoriser les rencontres sur les lieux de vie et de loisirs.
- Adapter le langage aux usagers.
- Formation, pédagogie, communication adaptées.
- Valoriser l'expérience patient/Usager.
- Développer des outils du quotidien.
- Former les professionnels.
- Responsabiliser les personnes en définissant avec elles des projets personnalisés.
- Transversalité, décloisonnement et bienveillance.
- Travailler avec les personnes (enfants et ado), les écouter.
- Priorité nationale : définir un programme adapté.
- Recueillir les besoins du terrain et préparer les besoins de prévention, affiner notre connaissance des besoins.

Solution #9 : Démocratiser la gouvernance de la déclinaison territoriale de la politique de prévention

Constats

Sentiment d'un pouvoir centralisé, d'une relation verticale de la déclinaison territoriale de la politique nationale de prévention et de l'utilisation des allocations de ressources dédiées à la prévention.

Solutions

Démocratiser la gouvernance de la déclinaison territoriale de la politique de prévention.

Propositions

Organiser et animer une déclinaison locale de la CRSA (ex : échelle du Territoire d'Animation Numérique = Territoire d'Animation Santé) disposant d'un pouvoir décisionnel attaché à la politique de prévention santé (choix sur les actions, les indicateurs d'évaluation et les financements) et intégrant des représentants des usagers.

5 – Thématique(s) supplémentaire(s) au choix des parties prenantes

Constats :

Solutions :

Propositions :