



# REPONDRE AUX SOINS NON PROGRAMMES

## EN PAYS DE LA LOIRE

Actes de la Journée Régionale du 7 novembre 2019

Salons Mauduit - Nantes

## Sommaire

Ouverture de la journée .....	2
Projet régional de Santé et soins non programmés .....	4
Mot du grand témoin .....	4
Table ronde : « Les Urgences : quelles réponses aux attentes des usagers ? » .....	6
Prise en charge des maladies rares : témoignage de patient.....	13
Table ronde : « l'organisation des soins de proximité : Un levier pour répondre aux soins non programmés » .....	13
La vision de France Assos Santé en Pays de la Loire .....	20
Réformes en santé : quelles perspectives ? .....	21
Clôture .....	23

La journée régionale consacrée à la réponse aux soins non programmés en Pays de la Loire, organisée par France Assos Santé le 7 novembre 2019, a regroupé près d'une centaine de participants venus de toute la région.

## Ouverture de la journée

### **Jacqueline HOUDAYER, Présidente de France Assos Santé en Pays de la Loire**

Remerciements à la présence de chacun et à Madame la Directrice de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il s'agit de la première édition « Journée régionale » organisée par l'Union régionale des associations agréées du système de santé (URAASS) depuis sa mise en place en Pays de la Loire (PdL) l'an dernier.

L'union régionale de France Assos Santé en Pays de la Loire compte à ce jour plus de 40 associations d'usagers du système de santé : associations de patients, de personnes âgées, de personnes en situation de handicap, de défense des consommateurs, de défense de la sécurité et de la qualité de la prise en charge, de la défense des intérêts des personnes en situation de précarité.

L'accès à la santé est une priorité pour chacune de ces associations et un enjeu lorsqu'il s'agit d'une urgence ou d'une prise en charge en dehors des créneaux de permanences de soins habituels.

Unis face à ce constat, les membres de l'URAASS Pays de la Loire ont retenu le thème de l'accès aux soins non programmés comme un axe stratégique prioritaire.

Un groupe de travail piloté par le Vice-Président de notre délégation, M. Gérard Allard, et réunissant différents membres du réseau, a conduit une analyse des difficultés rencontrées par les usagers et mené une réflexion sur les leviers à actionner pour améliorer la réponse aux soins non programmés en Pays de la Loire.

### **Gérard ALLARD, Vice-Président de France Assos Santé en Pays de la Loire**

Je voudrais tout d'abord remercier les intervenants et intervenantes qui ont répondu favorablement à notre invitation. C'est un plaisir pour notre Union Régionale de réunir des acteurs ayant des regards complémentaires sur les politiques de santé en Pays de la Loire.

La question de l'accès aux soins non programmés en région est un enjeu d'actualité concernant à la fois la promotion de la santé des usagers et l'organisation de l'offre de soins. Avec d'une part l'augmentation de la population (plus de 30 000 ligériens par an) et, d'autre part, son vieillissement (les plus de 65 ans passeraient de 645 000 aujourd'hui à 925 000 personnes en 2027), la demande de soins ne fait que croître, résultant à une tension des soins de proximité et d'urgences.

Comme l'a mentionnée notre Présidente, l'attente majeure des ligériens et le besoin véritable de nos territoires, l'accès aux soins non programmés a été identifié par nos bénévoles comme un enjeu collectif pour notre région. Alors que l'accès à la santé et aux soins de qualité pour toutes les populations est une valeur associative portée par notre réseau, l'ambition reste de concrétiser nos actions en collaboration avec les acteurs en santé régionaux.

Le contexte national, avec la réforme Ma santé 2022 et le pacte de refondation des urgences annoncé par Madame La Ministre, est propice à l'évolution. Nous restons particulièrement vigilants à ce que soit assurée l'implication de l'ensemble des personnes, et notamment celles en situation de handicap ou les personnes précaires, dans le traitement de ces sujets.

L'opportunité de cette journée est de réfléchir collectivement autour des actions à mener.

Pour ceci nous avons préparé cette journée autour :

-d'un grand témoin Madame Sylvie Morel sociologue qui sera présente toute la journée pour nous donner son regard sur l'attente de nos concitoyens sur ce sujet

-d'expression de représentants des usagers

-de deux tables rondes, ce matin Les Urgences : Quelles réponses aux attentes des usagers ? et cet après-midi : L'organisation des soins de proximité : un levier pour répondre aux soins non programmés ?

Deux termes seront fréquemment utilisés au cours de la journée, à savoir les CPTS et le SAS. Il convient dès lors d'en rappeler brièvement la définition :

### **Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) :**

Issues de la loi de Modernisation du système de santé de 2016, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) constituent un nouveau cadre et une opportunité pour faire évoluer les pratiques professionnelles sur les territoires, au service du développement de la prise en charge ambulatoire et de l'amélioration du parcours coordonné du patient.

### **Le Service d'Accès aux Soins (SAS) :**

Accessible partout en France et à toute heure, le SAS devra permettre à tous les Français de disposer d'un service apportant une réponse à toute demande de soins ou toute question sur la Santé. L'objectif est de définir un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de Santé, simple et facilement accessible. (Source : Ministère de la Santé)

Merci à tous pour votre participation à cette Journée !



## Projet régional de Santé et Soins non programmés

**Laurence BROWAEYS, Directrice DATA (Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement) à l'ARS Pays de la Loire**



Le sujet choisi pour cette journée est d'actualité avec le pacte de refondation des urgences. Mais l'ARS PdL n'a pas attendu le mois de novembre pour l'inscrire comme axe prioritaire de son projet régional. De même, la parole des usagers est placée au cœur de son projet. L'Agence régionale de santé porte donc un grand intérêt à cette journée.

Le contexte est celui d'une augmentation de 2 à 4% par an du passage aux urgences, avec 60% des soins pouvant être pris en charge autrement. Les services se retrouvent donc en difficulté pour absorber ce passage en augmentation, auquel il faut ajouter une démographie médicale ne permettant pas de garantir les ressources et équipes nécessaires à une prise en charge de qualité.

En réponse aux problématiques d'attractivité des métiers, il est envisagé le déploiement de nouveaux métiers comme les assistants médicaux et partagés, les infirmiers en pratique avancée... ou des réponses d'ordre organisationnel, avec des équipes mobiles pouvant intervenir dans d'autres structures de premiers recours, comme les EHPAD.

Les réponses doivent aussi se tourner vers la place des usagers pour une meilleure orientation vers les structures de premier niveau, dans les plans locaux de santé et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) notamment. Pour l'ARS, les solutions doivent venir des acteurs afin qu'elles soient adaptées à la spécificité du territoire.

Les innovations technologiques avec la télémédecine apportent des réponses. La télémédecine en EHPAD, et demain à domicile, peut contribuer à éviter certaines hospitalisations. De plus, ces outils permettent un développement de compétences et l'émergence de nouveaux métiers.

Usagers et représentants des usagers, vous êtes des vecteurs de changement pour orienter les nouvelles stratégies.

## Mot du Grand Témoin

**Sylvie MOREL, Docteur en sociologie spécialisée en santé**



A l'image de l'ouvrage de Pierre BOURDIEU, « *Ce que parler veut dire* », il me semble essentiel de définir de quoi parle-t-on lorsque l'on évoque les « soins non programmés » et les « usagers ».

Nous pouvons distinguer 3 types de « soins non programmés ».

Les deux premiers sont le quotidien des ambulanciers qui distinguent les urgences pré-hospitalières, nécessitant un départ immédiat vers le service d'urgence, et les autres pour lesquelles, les soins peuvent se faire dans les 30 à 60 minutes.

En 2012, Le Président François HOLLANDE s'était engagé à assurer des soins d'urgence dans les 30 minutes. Ce qui semble en décalage avec la définition de l'urgence. De plus, on peut se demander si, dans ces 30 minutes, est comptée l'arrivée du personnel médical professionnel de l'urgence ou des premiers secours (dotés au plus d'oxygène).

Le projet régional de santé de l'ARS se fixe comme objectif de garantir l'accès en moins de 30 minutes aux structures d'urgences. Mais ici aussi : compte-on l'ensemble du temps de transport, y compris le temps d'accès à la personne ?

Enfin le troisième niveau relève de la continuité des soins, avec l'accès aux soins non programmés sur des horaires de non-ouverture des cabinets médicaux.

A la racine, on retrouve différentes problématiques comme celle des déserts médicaux ou de la baisse de la démographie médicale. Pour cette dernière d'ailleurs, la réponse d'augmentation du numérus clausus n'a pas montré une grande efficacité, du fait notamment des capacités limitées en formation.

Pour la définition « d'usager », nous pouvons distinguer deux catégories d'usager. Celle de l'usager consommateur et celle du citoyen.

Le terme d'usager n'est pas utilisé dans le monde des soignants qui ont recours eux aux termes de malades, patients, sujets, individus... voire pour certains « chambre 112 », « la prothèse de hanche »...

La catégorie d'usager s'est construite via la politique d'humanisation des hôpitaux. L'un des premiers actes a été en 1943 la suppression des salles communes. Dans les années 70, l'humanisation s'est centrée sur la relations soignants-malades, avec l'information du patient, le consentement, la charte du malade hospitalisé de Simone Veil qui sera inscrite dans le Droit européen en 1979. Dans les années 80, portées par les associations de malades, et dans les années 90 particulièrement par celles du VIH-SIDA, nous sommes passés à la vision d'expertise des personnes malades. Le sujet de droit passif a ainsi évolué en usager informé pour des choix éclairés.

Les associations d'usagers apportent une vision plutôt positive, mais pas toujours. En exemple, une étude sur l'engorgement des services d'urgence de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), parue en janvier 2002 et intitulée « Enquête auprès des usagers des urgences ». Dans ce texte, les termes d'usagers et de patients sont utilisés de façon interchangeable mais, surtout, « usager » est identifié comme un consommateur en partie responsable de l'engorgement s'orientant à tort vers les urgences.

Selon une étude que j'ai menée auprès de personnes étant passées par les urgences, 95% d'entre elles étaient orientés par un médecin (SAMU, médecins traitant ou de garde). Le 30 octobre, est parue une étude dans la revue « British Medical Journal Quality & Safety » montrant que seulement 6% des passages aux urgences en France sont inappropriés. Pour autant, nous pouvons retrouver dans les discours des personnes travaillant aux urgences l'intériorisation d'un discours publique culpabilisant les usagers. Une secrétaire des urgences a ainsi pu me dire « *tu vas voir, ce matin des gens qui n'ont rien à faire vont venir remplir la salle d'attente* ».

Pour beaucoup de soignants, le terme d'usager est négatif, se rapportant à un déchet (gants « usagés »). Il est donc réservé aux documents administratifs.

Si nous notons une réelle volonté, la réalité de mise en œuvre et les contraintes peinent à assurer une véritable place du patient au centre des soins. Au fil des années, la notion d'usager a perdu sa dimension porteuse pour entrer dans une logique gestionnaire, avec l'emballage de la démocratie sanitaire comme caution politique plus qu'un réel pouvoir donné aux usagers.

Il est donc essentiel de questionner « de quoi parle mon interlocuteur lorsqu'il parle d'usagers ? ».

## Table ronde : « Les Urgences : quelles réponses aux attentes des usagers ? »

Animée par Noémie TERRIEN, Coordinateur QualiREL Santé,



Avec la participation de :

- Anne HIEGEL, Représentante des usagers (RU)
- Benoît BURIN, médecin urgentiste, Hôpital privé du Confluent (MU)
- Céline COROLLER-BEC, chef de pôle Urgences Médecine Réanimation, CH Le Mans (UMR)
- Jean-Yves GAGNER, Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'Autonomie, ARS
- Joël JENVRIN, responsable médical du SAMU 44
- Isabelle LEPETIT-FERTE, représentante des usagers (RU)

- **Situation actuellement complexe des urgences**

Jean-Yves GAGNER (ARS) : malgré les qualités de la région, la situation est imparfaite. Si auparavant les difficultés des urgences se concentraient sur les périodes estivales, maintenant elles se font sentir toute au long de l'année.

Joël JENVRIN (SAMU) : dans leur grande majorité, les services fonctionnent mais sont impactés dans la qualité de leur prise en charge. En fonction des territoires, les problématiques sont plus ou moins importantes, notamment du fait de la disponibilité des soignants mais nous notons que les difficultés sont de plus en plus fréquentes et touchent maintenant des structures de toute taille. Il y a la nécessité de réorganiser les services dans un premier temps pour répondre aux urgences vitales, puis celles nécessitant des soins non programmés avec un degré d'urgence moins important et ceci en lien avec les administrations des tutelles.

- **Description du fonctionnement de votre service**

Joël JENVRIN (SAMU) : au centre 15, la réception de l'appel se fait par un assistant de régulation médicale qui est un professionnel formé à la réception de ces appels. Il va qualifier la demande et le localiser puis orientera vers un Médecin régulateur, généraliste ou urgentiste. Ce dernier réalisera un entretien à l'issue duquel, en fonction de la problématique médicale identifiée, soit réalisera une prescription par téléphone et au besoin faxera à une pharmacie une ordonnance, soit donnera une indication vers un médecin de ville, ou encore vers une structure hospitalière avec un transport adapté (sanitaire, privé ou pas) ou enfin réalisera l'envoi d'une équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Benoît BURIN (MU) : tout patient se présentant aux urgences de l'hôpital Confluent doit être inscrit pour être évalué, puis orienté.

3 strates peuvent être distinguées concernant le flux des patients : le 1<sup>er</sup> est le premier recours, puis la prise en charge même aux urgences, et le dernier est l'aval, la sortie des urgences. C'est sur ce dernier niveau que la tension est forte, avec un nombre trop restreint de lits d'hospitalisation et de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Actuellement les lits des urgences sont engorgés par les personnes en attente de lits d'aval. Le temps d'attente avant la sortie du service peut ainsi aller de 5 à 11h.

La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) est gradée en niveaux : la CCMU 1 étant un stade ne nécessitant pas d'acte particulier, CCMU 2 étant un état stable nécessitant des examens complémentaires, et au-delà de 3 la nécessité des soins d'urgence. Pour désengorger les urgences, il faut se demander comment sortir les CCMU 2. Par exemple, à Nancy a été créé un centre de consultation avec plateau technique assurant une prise en charge dans les 48 heures, vers où le centre 15 oriente.

Mais ce ne peut être le seul levier car, la population augmentant, les capacités d'accueil doivent augmenter à tous les niveaux, et notamment sur les capacités en aval en très forte tension.

A la clinique du Confluent, seulement 6% de nos patients ont un recours inapproprié aux urgences mais une grande partie d'entre eux pourrait ne pas y avoir recours si l'ensemble des dispositifs était efficient.



Céline COROLLER-BEC (UMR) : L'organisation du service des urgences du Mans est celle donnée par la société française de médecine d'urgence. Les patients valides sont accueillis en guichet et les autres dans un guichet spécifique. La catégorisation va de 1 à 5 (1 très urgent à 5 - pour qui peut être admis plusieurs heures d'attentes). En fonction du diagnostic la personne sera hospitalisée ou, après des soins, sera admise à rentrer à son domicile.

Anne HIEGEL (RU) : En réaction aux propos de Sylvie MOREL, je voudrais notifier que nous avons du mal à nous approprier le terme « d'utilisateur ». Concernant la situation actuelle des urgences, les personnes nous contactant ont une très mauvaise vision de ces services, avec notamment un temps d'attente important, des plaintes sur la relation ville-hôpital, le manque de communication entre personnels soignants, et la non prise en compte de la parole des patients et de leurs accompagnants.

Isabelle LEPETIT-FERTE (RU) : au Mans nous recueillons les plaintes des patients et travaillons avec les soignants pour améliorer les dispositifs. En 2019 nous avons recueilli seulement 17 réclamations, pour 80 000 passages. Les urgences vitales sont assurées, les réclamations portent principalement sur les délais de prise en charge, sur les sorties sans information transmise aux familles, ou plus largement sur l'incompréhension du parcours de soins, le manque d'information sur les filières d'urgence aux patients, ou encore sur la non prise en compte de la parole du malade. Nous participons au conseil des urgences, avec 3 réunions par an et des sous-groupes de travail - par exemple sur l'accueil des personnes handicapées. La collaboration effective entre les représentants des usagers et le personnel soignant permet de réelles avancées.

Joël JENVRIN (SAMU) : En complément de ce qui a été cité sur la quantification des passages inappropriés dans le British Medical Journal, l'étude met en valeur une variation de la proportion des passages inappropriés de 13 à 27%, en isolant certains critères. On passe à 6% en prenant en compte l'ensemble des critères, ce qui démontre une analyse inappropriée. Ces passages « inappropriés » restent néanmoins à la marge. La problématique la plus prégnante est celle de l'aval, avec les lits en soins de suite et réadaptation, en Hospitalisation à domicile (HAD), etc. Mais aussi les dispositifs du domicile (disponibilités des infirmiers et autres professions libérales).

Jean-Yves GAGNER (ARS) : Le pacte refondation des urgences doit agir sur les 3 niveaux.

Concernant l'aval, la région cherche à favoriser l'accès aux SSR et l'ouverture de places d'hébergement d'urgence solvables dans les EHPAD, avant un retour à domicile. Nous constatons la fermeture d'établissements par manque de personnel médical et paramédical, mais cela ne se fait pas sur demande de l'ARS.

Est prévu le déploiement de cellule d'ordonnancement, comme c'est déjà le cas au Mans. Des infirmiers au sein de ces cellules facilitent les orientations à l'aide d'un logiciel leur donnant la visibilité sur les disponibilités des lits actuelle et à venir. Ces infirmiers pourront également prendre les demandes des médecins généralistes de ville, pour des orientations demandant une hospitalisation, afin de la programmer au regard des disponibilités dans les jours à venir. L'objectif est de développer un logiciel comprenant les disponibilités de l'ensemble des établissements du territoire pour favoriser les transferts.

- **Les 12 mesures clefs du plan national de refondation des urgences**

Jean-Yves GAGNER (ARS) :

Mesure n°1 : Mettre en place des services d'accès aux soins (SAS). C'est un travail se réalisant au national sur lequel nous n'avons pas d'information actuellement en région.

Mesure n°2 : Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, en s'appuyant sur les CPTS et le développement de maisons médicales de garde. Certains territoires ont déjà développé des centres de soins non programmés (clinique de Cholet, village santé Angers). Dans les CPTS, un des axes principaux sera l'organisation pour la prise en charge des soins non programmés.

Mesure n°3 : outils donnés à la médecine de ville avec notamment l'avance des frais pour les maisons médicales de garde (en test à Châteaubriant)

Mesure n°4 : sur la montée en compétences de personnels paramédicaux.

Mesure n°5 : Améliorer la prise en charge des urgences des personnes âgées (PA) en généralisant les parcours dédiés, avec par exemple le développement d'infirmiers de nuit en EHPAD et des CPOM favorisant l'accès direct aux services de SSR ou hôpitaux de proximité.

Mesure n°6 : développer la télémédecine (notamment en EHPAD en lien avec la mesure 5).

Mesure n°7 : développer des véhicules para-médicalisés avec des « Google glasses » pour enclencher une prise en charge plus rapide.

Mesure n°8 : Renforcer les compétences des assistants d'orientation médicale du 15.

Mesure n°9 : Lutter contre la dérive des coûts élevés demandés par certains praticiens, tout en fixant des tarifs garantissant l'attractivité. Organisation de bourses à l'emploi pour favoriser le recrutement.

Mesure n°10 : Réformer le financement des urgences, avec dotation adaptée en fonction du type de population.

Mesure n°11 : renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences.

Mesure n°12 : Fluidifier l'aval des urgences.

Joël JENVRIN (SAMU) : 3 groupes de travail sont enclenchés par la ministre dont un sur l'accès aux soins. Ils s'appuieront sur les SAMU en lien avec les CPTS.

Nous notons une augmentation de 10% par an des appels sur les créneaux 18h-20h, à la fermeture des secrétariats des médecins. Le SAS répondra à cette demande de la continuité des soins en permettant au médecin régulateur d'orienter vers des CPTS, maisons de santé ou vers des infirmiers en pratique avancée (IPA).

Benoît BURIN (MU) : au sein d'un service d'urgence, les infirmiers en pratique avancée pourront fluidifier le temps de prise en charge médicale. A voir le délai de mise en œuvre du pacte.

Anne HIEGEL (RU) : Pour l'instant ces mesures restent assez floues. Actuellement, nous percevons une grande inquiétude des malades, et ce notamment pour le bien être des soignants, avec des attentes sur le besoin de revalorisation du personnel paramédical. Concernant l'aval, à Nantes nous savons déjà que l'hôpital en construction disposera d'un nombre de lits insuffisant.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : En effet, et en réponse, l'ARS a prévu de faire une nouvelle évaluation des besoins.

Isabelle LEPETIT-FERTE (RU) : l'avenir reste un peu flou pour l'instant, mais nous travaillerons avec les soignants du Centre Hospitalier du Mans pour la mise en œuvre du pacte.

Joël JENVRIN (SAMU) : remerciements sur l'attention portée au personnel. La qualité des soins est corrélée à la qualité de l'espace de travail des soignants. Actuellement le personnel est en souffrance et nous nous devons d'y travailler.

Benoît BURIN (MU) : Selon les études que nous avons menés à Confluent, les patients sont globalement satisfaits du service des urgences et les soignants sont contents d'y travailler. Le mouvement social a permis d'obtenir des engagements sur les salaires mais pas de ligne sur les capacités d'aval.

- **Une mesure essentielle pour l'amélioration**

Benoît BURIN (MU) : Améliorer la gestion des flux d'aval.

Joël JENVRIN (SAMU) : Lisibilité et structuration des parcours de santé (comment le patient accède aux soins).

Anne HIEGEL (RU) : Prise en compte de la parole du patient et disponibilité des soignants.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : toutes les mesures sont importantes pour améliorer les conditions. Mais la plus importante est bien la 12, sur l'aval et fluidifier entre les médecins des urgences et des autres services.

Céline COROLLER-BEC (UMR) : Favoriser le travail avec les confrères libéraux.

Isabelle LEPETIT-FERTE (RU) : Une meilleure écoute et information des usagers.

- **Echanges avec la salle**

Question d'un représentant des usagers UNAFAM : les territoires ne sont pas tous égaux. Par exemple, en Sarthe, le taux de suicide est 84% supérieur aux autres départements, ou encore une absence de chirurgiens-dentistes plus importante sur ce département... Comment comptez-vous prendre en compte ces disparités ? Nous n'avons plus de médecins se déplaçant à domicile ce qui est fortement dommageable.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : le sujet de l'attractivité des métiers sur l'ensemble du territoire est dans le plan de réforme Ma santé 2022 mais pas forcément dans le pacte urgence. Le repérage et la prise en charge du suicide est un des axes prioritaires de l'ARS.

Céline COROLLER-BEC (UMR) : l'UPSM du Mans travaille sur le sujet avec la mise en place d'équipes mobiles.

Joël JENVRIN (SAMU) : il n'est plus possible de demander aux médecins de se déplacer au chevet du malade, sauf en EHPAD, si nous souhaitons assurer une offre de soin collective.

Intervention de Françoise GUERIN GIACALONE, AFM Téléthon : la caractéristique de la prise en charge des maladies rares nécessiterait une réflexion sur la mise en place de dossiers patients remarquables. Cela favoriserait le lien avec le SAMU pour assurer une prise en charge adaptée.

Joël JENVRIN (SAMU) : nous avons dans notre logiciel la possibilité d'indiquer des patients remarquables. Ce qui est fait lorsque nous avons l'information, souvent par l'HAD, les médecins généralistes ou d'autres structures. Le dossier médical partagé (DMP) est accessible au SAMU et les patients remarquables peuvent également l'indiquer à ce niveau.

Question d'un représentant des usagers : le réseau ville-hôpital : comment le développer ? Peut-être via les CPTS ?

Jean-Yves GAGNER (ARS) : les CPTS sont des organisations autour d'une population à desservir, c'est l'organisation de professionnels de santé du territoire et des établissements (hôpitaux et établissements médico-sociaux) sur la base d'un diagnostic territorial, identifiant les problématiques de santé du territoire. Il est prévu une articulation avec le SAS, entre CPTS, villes et hôpitaux.

Question d'un membre de la Conférence Régionale de la Santé et Autonomie (CRSA) : Pour nous, l'utilisateur lorsqu'il devient patient a un niveau de dépendance au médecin.

Les arrivées aux urgences sont révélatrices d'un non recours aux soins de certaines personnes en situation de précarité ou de handicap, ou autre difficulté. Les sorties d'urgences avec un retour à domicile sont souvent problématiques et interrogent la place des aidants. Comment imaginez-vous ce renforcement ?



Benoît BURIN (MU) : Le relais doit se faire par le réseau ville-hôpital, il se travaille avec les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) qui sont actuellement en très forte tension, avec notamment la nécessité de revaloriser les aides-soignantes.

Céline COROLLER-BEC (UMR) : les assistantes sociales sont un maillon essentiel pour organiser cette sortie. L'accompagnement des patients est une ressource essentielle pour diminuer le stress, la compréhension du patient et la connaissance du soignant et aidera à la sortie.

Isabelle LEPETIT-FERTE (RU) : De nombreuses demandes reçues des usagers concernent l'aide à domicile. Nous orientons ces personnes vers les associations d'aide à domicile, les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC)...

Jean-Yves GAGNER (ARS) : Au Mans, le dispositif « Handi soin » favorise une prise en charge adaptée.

Question d'un ancien médecin généraliste, membre de l'UNA (Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services à Domicile) : Une étude a montré la forte prévalence de ré-hospitalisation sans passer par le médecin généraliste des personnes de plus de 75 ans, suite à l'usure de l'aidant. L'UNA travaille actuellement à l'accompagnement des sorties d'hôpitaux. Par ailleurs, selon moi, les visites des médecins à domicile permettent la prévention en connaissant le milieu de vie de la personne.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : les aidants ont un rôle principal mais se retrouvent en grande difficulté du fait de leur isolement ou de l'évolution de la maladie de la personne aidée. Il y a une vraie question sur l'accompagnement des aidants.

Question d'une infirmière libérale, membre de l'URPS IDE : Les infirmiers sont souvent le dernier représentant du soin. Quelle place pour les cabinets infirmiers dans les CPTS ? Nous constatons un manque d'identification de la part des médecins quant à la place et aux compétences des infirmiers tant en amont et qu'en aval.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : dans profession paramédicale sont bien concernés les Infirmiers diplômés d'état (IDE), pharmaciens, etc.

Benoît BURIN (MU) : notre difficulté est d'identifier à qui s'adresser. Un numéro unique favoriserait le contact.

Question d'une représentante des usagers de deux établissements de Soins de suite : Nous constatons une réelle problématique de l'utilisation des lits de soins de suite pour des fonctions autres (comme de l'addictologie). De plus, les patients ne sont pas assez écoutés dans leurs demandes d'orientation.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : le coût des traitements en SSR était souvent un frein et ceci est maintenant levé. D'autres dispositifs existent pour l'addictologie, ce cas de figure ne devrait pas se présenter.

Question d'un représentant des usagers au CHU de Nantes : Les urgences psychiatriques ne sont souvent pas reconnues comme des urgences vitales. Le déni de ces patients fait que l'aidant est la personne de premier recours qui saura identifier le niveau d'urgence. Des dispositifs d'allers-vers existent en France mais manquent dans les PdL. Dans le Maine et Loire, des centres d'accueil et d'urgence peuvent être contactés par des aidants et médecins généralistes et permettent d'assurer une prise en charge rapide et ainsi d'éviter des hospitalisations.

Jean-Yves GAGNER (ARS) : l'ARS a bien en tête cette problématique pour la gestion de crises psychiatriques et souhaite développer des équipes mobiles et le déploiement d'IPA en psychiatrie.

APAJH 44 : des dispositifs d'aide aux aidants sont en place et notamment de pair-aidance.

## **Conclusion du grand témoin, Sylvie Morel**

La problématique actuelle des urgences est multifactorielle.

Le problème de ressources médicales existe, mais est-il lié aux difficultés de recrutement ou aux démissions ? La nécessité de valorisation se pose. Dans un contexte où nous voyons dans l'actualité que des professionnels des hôpitaux se plaignent de la perte de sens dans leur travail.

La suppression de lit impacte le flux des patients en générant des bouchons.

Les usagers, hormis le temps d'attente, remontent les problèmes de liens entre professionnels des villes et des hôpitaux, mais aussi la non prise en compte de leur parole.

Les politiques de restriction budgétaire depuis plusieurs années mettent à mal les soignants et les patients. Dans ces politiques, la définition de la qualité des soins donnée par les organismes de gestion est en décalage avec celle des soignants.

Le manque d'information est souligné, et notamment sur la connaissance des gestes de 1<sup>er</sup> secours. En réponse, un texte de loi est sorti en début d'année.

La mesure n°4 visant l'augmentation des compétences du personnel médical et paramédical est essentielle mais doit bien englober l'ensemble des corps de métier, et donc bien inclure le personnel paramédical - et notamment les aides à domicile. Lorsque l'on parle d'urgence, parlons des ambulanciers, lorsque l'on parle de psychiatrie parlons des psychologues, lorsque l'on parle des hôpitaux parlons des assistantes sociales.

De même, lorsque l'on parle de déserts médicaux, il est essentiel d'associer l'ensemble des professionnels. Donc pas seulement la répartition des médecins mais prendre en compte la place des infirmiers, car il n'y a pas de déserts infirmiers.

Des élèves infirmiers m'ont rapporté qu'aux urgences on parle de « patients » et si le problème de santé est très grave nous parlerons alors de « malades ». Il y a différents termes et cela correspond à une signification bien différente pour les soignants.

## Prise en charge des maladies rares : témoignage de patient

Françoise GUERIN-GIACALONE, membre de France Assos Santé (AFM Téléthon), informe que Noémie NAULEAU, de l'association Handidactique, devait intervenir pour témoigner de son vécu en tant que patiente vivant avec une maladie rare. Elle ne pourra l'assurer, ayant dû être hospitalisée. Celle-ci souhaitait axer son propos sur la nécessaire circulation de l'information entre les professionnels de ville et des hôpitaux pour une meilleure fluidité de la prise en charge.

## Table ronde : « L'organisation des soins de proximité : Un levier pour répondre aux soins non programmés »

Animée par Hélène DEVAUX, Consultante santé publique

Avec la participation de :

- François ADES, Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins 49 (ADOPS)
- Gilles BARNABE, Co-Président de l'Association pour le développement de l'exercice coordonné pluri-professionnel (APMSL)
- Dominique BRACHET, Président URPS Chirugiens-Dentistes (URPS CD)
- David GUILLET, Président URPS Infirmiers (URPS IDE)
- Jean MONY, Représentant des Usagers (RU)
- Evelyne RIVET, Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'Autonomie, ARS

- **Les attentes des usagers concernant les soins de proximité**

Jean MONY (RU) : On ne choisit pas de faire appel à des soins non programmés et la question est bien de savoir où s'adresser. De nombreuses personnes âgées et/ou désorientées nous contactent car sont perdues dans le parcours de soin. Le fait que le médecin généraliste communique ou pas avec l'hôpital joue grandement sur la prise en charge derrière. Nos attentes : savoir comment s'orienter ?

Pour nous l'utilisateur devient patient en fonction des soins qu'il va recevoir, car il devra s'armer de patience.

- **Les CPTS, une réponse à la coordination au sein d'un territoire ?**

Evelyne RIVET (ARS) : Les CPTS sont issues de la loi de modernisation de la santé de 2016. Il s'agit d'un lieu de coordination entre les professionnels d'un territoire ciblant les professionnels de ville. Ce sont ces derniers qui doivent porter ces dispositifs en travaillant avec les partenaires du territoire. Ils

doivent élaborer un projet de santé au service de la population, et sont donc sur un spectre plus large de la patientèle habituelle. Une rémunération pérenne avec l'assurance maladie autour de missions obligatoires est prévue : favoriser l'accès aux soins primaires en facilitant l'accès au médecin traitant et en améliorant l'organisation des soins non programmés la journée en semaine, améliorer le parcours de soins, et favoriser l'accès à la prévention. Plus des missions facultatives sur la qualité et la sécurité des soins et sur l'attractivité du territoire.

Dominique BRACHET (URPS CD) : à l'échelle de l'URPS, les soins non programmés sont des soins pour lesquels la prise de rendez-vous n'a pas été possible ; pas l'urgence qui est à traiter par le SAMU. Par exemple un mal de dent survenant dans la journée. Sur les week-ends et jours fériés, la permanence des soins est organisée par les gardes. La difficulté se situe aux heures d'ouverture : pour obtenir un rendez-vous alors que les plannings des médecins sont complets. Actuellement, seulement 3 CPTS commencent à s'organiser sur une trentaine attendue. Sachant que les CPTS peuvent regrouper des territoires de 30 000 à 175 000 habitants, voire plus. Des dispositifs se sont déjà organisés avant les CPTS. Par exemple en Vendée, sur l'été, le conseil de l'ordre des dentistes a demandé aux dentistes de ne pas programmer de rendez-vous sur certains créneaux afin d'y orienter les urgences en tournant entre différents cabinets dentaires. Les médecins ont mis la même chose en place l'été dernier. Il serait également envisageable que les médecins d'un territoire mettent en commun des créneaux de rendez-vous annulés. C'est sur ce type d'idées que les CPTS pourront s'appuyer pour organiser des réponses. Nous sommes au début, les professionnels vont s'organiser pour la mise en place d'un dispositif local adapté. Les pouvoirs publics et caisses d'assurance maladie permettront d'apporter des moyens pour la mise en place des dispositifs imaginés.

David GUILLET (URPS IDE) : il nous faut trouver une nouvelle structuration pour répondre aux besoins en santé. Nous avons été formés à travailler chacun dans notre secteur. Les CPTS sont les premiers dispositifs ayant une approche populationnelle avec, en son cœur, la place de l'utilisateur, les personnes malades et celles ayant potentiellement un besoin de soins un jour. Organisation pluri-professionnelle afin de fluidifier le parcours : c'est l'objectif des CPTS. Cela nécessite une organisation administrative et pourquoi pas un numéro unique pour un territoire.

La réponse aux besoins de soins la nuit n'est pas organisée à ce jour pour les infirmiers libéraux. Nous devons imaginer une réponse, par exemple avec une permanence des soins en tournant entre les différents cabinets infirmiers d'un territoire.

Jean MONY (RU) : l'utilisateur s'y retrouvera s'il a connaissance des CPTS. Un numéro unique par département est essentiel.

Dominique BRACHET (URPS CD) : les CPTS sont en cours d'élaboration, donc nous ne pouvons pas répondre exactement, et les réponses seront différentes d'un territoire à un autre. C'est un nouveau système de soin à imaginer et pas un retour au fonctionnement précédent avec un médecin traitant nous suivant toute la vie et se déplaçant au domicile. Le montage de ces dispositifs doit se faire avec les professionnels de terrain. Maintenant à nous de nous en occuper.

David GUILLET (URPS CD) : Le schéma d'organisation reste imposé avec ses missions obligatoires et facultatives, comme mentionné précédemment. Cela nécessite de s'ouvrir à une organisation différente, comme par exemple la possibilité de s'organiser avec les autres professionnels pour assurer la prise en charge des patients en l'absence d'un médecin, tout en restant dans son champ de compétence.

Gilles BARNABE (APMSL) : s'organiser sur un territoire est intéressant et nous travaillons déjà au sein des maisons de santé sur de la prévention avec une approche populationnelle. Les Maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) représentent 1500 professionnels de santé en Pays de la Loire qui souhaitent travailler ensemble.

Nous avons réalisé une enquête sur les Soins Non Programmés (SNP) dans les maisons de santé (sur 18 MSP consultées, 20% de réponses, aucune de Mayenne) :

- 95% de structures prennent en charge les SNP. Dans toutes les MSP la gestion des SNP est incluse dans le fonctionnement avec des protocoles,
- La gestion est assurée par le secrétariat (sauf dans une MSP),
- La prise en charge est réalisée par le médecin seul dans la plus grande majorité. Une MSP a mentionné en plus du médecin un infirmier et un interne, et dans 3 MSP médecins et internes.
- La demande de SNP émane à 40% de personnes âgées de 25 à 65 ans,
- En proportion sont majoritairement pris en charge les nourrissons et les plus de 65 ans,
- En moyenne c'est 19 patients reçus pour des SNP par un médecin, par semaine, soit environ 10% de ses patients,
- 5% des patients en SNP n'ont pas de médecin traitant.

L'utilisateur doit savoir ce qu'il doit faire et être impliqué dans l'élaboration des solutions afin que celles-ci soient adaptées. Il y a un besoin de pédagogie envers le patient, mais aussi d'éducation du patient.

François ADES (ADOPS) : Avec l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des soins 49 nous assurons une régulation via numéro unique qui oriente vers le SAMU si besoin ou un médecin généraliste pour rassurer et/ou pallier à la situation sans intervention. Dans 30% des cas, une ordonnance est envoyée à la pharmacie de garde et, dans 15%, un médecin effecteur va se déplacer ou orienter vers une maison médicale de garde, si la personne peut se déplacer.

Ce dispositif a fait chuter à Angers le nombre de visites de plus de 50%. L'enveloppe budgétaire est constante depuis 2010. Le nombre d'appels continue d'augmenter mais le travail de tri permet de limiter les déplacements non nécessaires.

Une ambulance en Mayenne permet de faire le transport au besoin vers un médecin ou une pharmacie si nécessaire.

Evelyne RIVET (ARS) : le dispositif de Mayenne reste marginal, un test a été fait en Vendée mais a montré une très faible utilisation et finalement a conduit à l'arrêt de ce dispositif.

L'ARS réalise une évaluation tous les 3 ans de la permanence médicale des soins (sur un échantillon de 1000 personnes). La visibilité des numéros d'appel reste peu satisfaisante. Le 116 117 est peu connu pour l'instant car le numéro n'a été développé que dans 3 régions et n'a donc pas bénéficié de communication nationale. La majorité des personnes interrogées répondent le 15, 19% citent le 3624, et 7% seulement le 116 117.

A la question « avez-vous un médecin traitant » la réponse donnée est « oui » à 95%. Il n'est noté aucun écart entre les départements.

A la question « avez-vous eu des difficultés à accéder à votre médecin traitant » la réponse donnée est « oui » pour la plus grande part.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans la région est très bien organisée. Avec un bémol pour la Mayenne et la Sarthe où elle n'est pas assurée la nuit.

Dominique BRACHET (URPS CD) : la compétence transport peut être mobilisée au niveau du conseil régional pour répondre aux besoins de l'aménagement du territoire, pour le transport vers les structures de soin.

Gilles BARNABE (APMSL) : en fonction des communes, des réponses aux problématiques de transport existent. C'est à nous soignants et usagers de trouver les solutions, il n'y a pas de modèle unique.

David GUILLET (URPS IDE) : Le déversement vers l'hôpital a une fin. 2025-2027 sera le creux de la vague de la démographie des médecins, nous n'y sommes pas encore. Nous sommes dans la maturation avec le développement de nouveaux métiers et la montée en compétences des infirmiers et des aides-soignants. L'organisation des soins avec des protocoles en pluridisciplinaire fonctionne déjà mais demande encore à être amélioré. L'infirmier n'a pas vocation à remplacer un médecin mais peut, sur certains soins, assurer la prise en charge.

François ADES (ADOPS) : Nous nous devons de travailler plus les uns avec les autres. Les compétences paramédicales devraient être plus utilisées, nous devons leur faire confiance. La prise des mesures, j'en ai besoin mais ce n'est pas mon métier. Le médecin est sur l'analyse. A l'hôpital, avec les examens de laboratoire et l'imagerie nous sommes pleinement focalisés sur l'analyse. Les aides-soignantes ne sont pas assez valorisées alors que ce sont elles qui sont en charge de l'aspect « corps à corps » avec le patient. Elles savent détecter les problèmes qu'elles orienteront vers l'infirmier. En ville cela doit être la même chose qu'à l'hôpital. Il y a une prise en charge stratifiée en respectant le besoin de chacun de ces niveaux.

Gilles BARNABE (APMSL) : je ne suis pas en accord avec cette vision. Ce qui change c'est le regard croisé du patient : l'infirmier passe plus de temps, le podologue voit le patient selon sa spécificité. C'est la collaboration entre ces différents corps qui favorise une meilleure prise en charge.

- **Citer la mesure vous tenant le plus à cœur**

Evelyne RIVET (ARS) : La mise en œuvre des CPTS, amélioration de la collaboration.

Dominique BRACHET (URPS CD) : Favoriser l'interprofessionnel est la base de la modernisation de la médecine. En maison de santé nous avons une réelle difficulté à avoir des interlocuteurs usagers pour faire reconnaître les problèmes et identifier des solutions ensemble.

Gilles BARNABE (APMSL) : Plus d'éducation des usagers sur l'orientation ; se poser la question de la définition des SNP et travailler en interprofessionnel (comment traiter une plaie en travaillant avec les infirmiers ?). Jusqu'en 2025 ce sera difficile même si des professionnels vont arriver d'ici 5 ans. Travaillons déjà avec les MSP.

François ADES (ADOPS) : Une meilleure gestion de la permanence des soins afin d'éviter l'agglutination des patients aux urgences, avec une disparité de problématiques allant de l'otite à l'infarctus. La majorité des situations se présentant aux urgences relève plus de la médecine générale. Pour éviter cela, il faut que les usagers comprennent l'importance d'appeler d'abord le 116 117 avant de se diriger vers les urgences.

David GUILLET (URPS IDE) : Les CPTS permettent une vraie dynamique avec une identité propre gardée et, à la différence des maisons de santé, les CPTS sont basées sur une vision territoriale. Si nous n'y

parvenons pas d'ici 5 ans l'hôpital sera en grande difficulté. Pour exemple, les non présentations à un rendez-vous représentent 8000 temps pleins sur la France. Avec des agendas partagés cela permet de reprogrammer des soins non programmés. D'autres organisations sont prêtes à répondre si les CPTS ne fonctionnent pas.

Jean MONY (RU) : l'importance du travail à réaliser sur l'aval noté à la première table ronde par le médecin de l'hôpital du Confluent. Les personnes se montrent en effet régulièrement démunies quant à l'organisation de leur sortie. Les assistantes sociales font un travail essentiel pour l'organisation des sorties et ce secteur doit être travaillé pour améliorer la fluidité du parcours.

- **Echanges avec la salle**

Intervention du Docteur Bruno Charrier, Membre de « mission santé Vendée » : En Vendée, comme dans toute la région, nous sommes en déficit de médecins traitants. Le conseil départemental de Vendée finance des MSP et l'accueil d'internes. Il est prévu la création de centres de santé dans le sud de la Vendée accueillant 3 médecins équivalent temps plein pour venir en soutien des médecins libéraux sur place. Ces médecins travailleront sur la continuité des soins (ouvert le samedi matin et en soirée) avec des plages horaires dédiées aux soins non programmés. Ces médecins auront vocation de médecin traitant. Ils accueilleront à terme des internes. Ces dispositifs seront intégrés aux CPTS.

Président de la mutualité sociale PDL : grand intérêt pour les CPTS, la prévention est une mission essentielle sur lequel nous devons travailler.

Représentante de l'UDAF 53 : nous vivons une grande mutation sociale, comme il a été vécu au 19<sup>ème</sup> siècle. Les solutions doivent être trouvées en croisant nos regards. Les soignants sont en 1<sup>ère</sup> ligne mais ne peuvent y répondre à eux seuls. L'adaptation doit être accompagnée d'une réflexion de la société. La cohésion sociale est un grand défi nécessitant une interdisciplinarité.



Un autre participant : ce matin nous étions dans l'expérience de professionnels, dans l'exercice de leurs métiers. Cet après-midi on a l'impression que le 116-117 pourrait répondre à tous nos maux. Or, face à une augmentation de la population et le doublement des plus de 75 ans, et donc des personnes avec des pathologies chroniques, et au regard de la désorganisation actuelle des soins, la nécessité de revoir notre organisation est grande. Les CPTS devant prendre en charge des populations trop vastes ne peuvent assurer cette adaptation, d'autant qu'il est attendu une organisation par les professionnels eux-mêmes. En Bourgogne, le développement de maisons de santé a permis de pallier à toutes leurs difficultés et notamment la désertification. On met en place çà et là des dispositifs en test sur 3 à 5ans. Ne mettons surtout pas en place de terreaux pour le développement des trusts libéraux.

David GUILLET (URPS IDE) : Notre modèle est orienté vers une médecine hospitalière depuis 50 ans, aujourd'hui on renverse la table avec un modèle basé sur les professionnels de ville. Les EHPAD ne sont pas la réponse pour tous les plus de 75 ans. Il y a moyen de favoriser le lien entre les différentes organisations en vantant ses mérites, sans chercher à faire à la place de l'autre.

La prévention : le fait que ce soit un critère c'est déjà un grand pas même s'il est posé en 4<sup>ème</sup> position.

François ADES (ADOPS) : le 116-117 ne fonctionne pas la journée donc ne répond pas à tout. L'éducation arrive en amont. La construction d'EHPAD n'est en effet pas la réponse possible à toutes les questions soulevées par le vieillissement de la population. On accueille très bien des personnes à domicile avec un maillage de différentes professions médicales et sociales. Les EHPAD sont surchargés, avec des degrés de dépendance de plus en plus importants. Les aides-soignantes se retrouvent dans ce cas en incapacité de réaliser un travail de qualité.

Dominique BRACHET (URPS CD) : la prévention doit se faire en répondant aux soins. Ce n'est pas en recrutant plus de médecins mais plus par le partage des tâches, dans la délégation. Nous avons des jeunes professionnels ne souhaitant plus s'installer en milieu rural et ne voulant pas travailler plus de 35 heures par semaine. Le fait que le métier de médecins se féminise, il est à prendre en compte que le choix du lieu de résidence de ces femmes reste majoritairement orienté par le métier du conjoint. Travailler avec les autres professions en répartissant le travail pour ne plus avoir toujours besoin de médecins me semble essentiel.

Gilles BARNABE (APMSL) : La prévention fait partie du développement des actions des équipes en MSP, pas forcément que par les professionnels de santé. Le médecin peut lancer des dynamiques, apporter des expertises. L'éducation thérapeutique est trop insuffisante, elle doit se renforcer.

Nous devons prendre le temps d'évoluer et ce de façon adaptée à chaque territoire. Mais surtout cela doit se faire ensemble même avec les mutuelles s'il le faut. La crise des urgences ne peut être résolue que par les médecins libéraux, mais bien de façon pluri-professionnelle.

François ADES (ADOPS) : le DMP a mis plusieurs années à se mettre en place, mais maintenant se déploie notamment via les pharmaciens. Les médecins doivent maintenant être équipés. Il faudra encore quelques années, peut-être 5, pour assurer cette mise en place.

Dans les CPTS, les usagers sont appelés à y être, à exprimer leurs besoins.

Question d'une représentante des usagers : avez-vous pris des représentants des usagers dans la réflexion sur les CPTS ?

David GUILLET (URPS IDE) : ce dispositif est en cours d'élaboration. Il doit d'abord être identifié par les professionnels voulant travailler ensemble puis seront impliqués les usagers, le médico-social, les cliniques, etc.

Gilles BARNABE (APMSL) : les MSP sont plus avancées que les CPTS, mais nous avons des difficultés à identifier des représentants d'usagers notamment dans les petites villes.

Alain GUILLEMINOT, Président de l'URPS Pharmaciens : 4 millions de personnes entrent dans une pharmacie par jour. Les DMP représentent une grande évolution, ils permettent le partage d'information inter professionnel (par exemple : vaccination par pharmacien). Le DMP sur smartphone

permet aux usagers de tout montrer à tout soignant. Le DMP représente un réel outil de partage d'informations entre professionnels de santé et usagers.

Les CPTS sont une organisation permettant de se rapprocher des usagers. En pharmacie sont reçus des patients pour une angine, pour qui il y a nécessité de trouver un médecin. C'est pour eux que les CPTS et maisons de santé libérant des plages de consultation est essentiel. Si on ne la traite pas, la personne se retrouvera aux urgences. Les CPTS permettent une structuration de la prise en charge.

### **Conclusion du grand témoin, Sylvie Morel**

Le profil démographique et socio sanitaire a évolué et doit encore évoluer avec la société. Les formations professionnelles vont vers une transformation, une reconfiguration des territoires professionnels, des territoires de compétences (infirmiers, sages-femmes, pharmaciens). Cette reconfiguration permettant un meilleur maillage et donc une meilleure offre de soins.

L'évolution des infirmiers pousse à faire monter en compétence les aides-soignantes.

Ce n'est pas de la délégation, mais des compétences propres à accorder. Il faut parler de collaboration.

La mise en place de solutions sur les territoires avec les CPTS est notable, mais il y avait déjà des maisons de santé.

Les politiques viennent le plus souvent du haut, mais il est aussi important de partir du bas et donc de l'expertise des personnes vivant sur un territoire et les professionnels exerçant sur ce territoire. La mise en place de SAS ressemble à ce qui existe déjà : le 15. Ce dispositif est saturé, peut-être par manque de moyens donnés, d'autres diront que c'est un problème d'organisation.

Le terme d'éducation pourrait être remplacé par la communication. L'information traitant les personnes d'égal à égal. La population a des choses à enseigner aux professionnels.

Le métier de médecins : prendre des constantes c'est aussi parler avec la personne, s'approcher d'elle, c'est palper, c'est entendre. Le médecin n'a pas vocation qu'à être dans l'analyse de résultats sur papier. En tant que sociologue on va sur le terrain, on éprouve. Les soins à appliquer n'ont pas forcément à être appliqués par des médecins, ce que l'on rappelle insuffisamment. Les soins sont différents du médical.

## La Vision de France Assos Santé en Pays de la Loire

### 6 leviers pour garantir un accès aux soins non programmés pour tous

#### Gérard Allard, Vice-Président France Assos Santé Pays de la Loire

Les propositions de France Assos Santé sont basées sur 6 leviers :

#### 1- Décloisonner l'offre de soins pour offrir à l'utilisateur une prise en charge globale

- Encourager le décloisonnement progressif des acteurs du soin et plus largement des acteurs de la santé. Pour cela mieux utiliser les compétences de tous les professionnels.
- Développer une culture de prévention et de promotion de la santé. Par exemple faire connaître les gestes d'urgence.
- Favoriser l'essor de la santé numérique tout en ne déshumanisant pas la relation avec les soignants.



#### 2- Renforcer les moyens alloués

- Accompagner, en incluant la perspective des usagers, le développement des dispositifs de soins non programmés avec le déploiement des CPTS avec l'implication des usagers (FAS accompagnera cette implication).
- Renforcer les moyens des services d'urgence et s'adapter aux périodes de tensions devenues chroniques.
- Promouvoir la structuration des Services d'Accès aux Soins en les reliant avec les centres 15 et en y accordant des moyens humains suffisants (et notamment des moyens pluri professionnels).

#### 3- L'utilisateur au cœur des soins non programmés

- Renforcer et rendre accessible l'information de la population sur l'offre de soins non programmés existante et sur leurs conditions d'accès. Internet ne suffisant pas sur l'information, 30% des concitoyens éprouvent des difficultés d'accès au numérique.
- Garantir l'accès aux soins non programmés pour tous. Certaines PASS de la région n'étant actuellement accessibles que sur rdv.
- Valoriser la collaboration entre les représentants des usagers et les professionnels des urgences au sein des CPTS et dans les maisons de santé.

#### 4- Organisation des soins primaires : une évolution nécessaire pour favoriser l'accès aux soins non programmés

- Valoriser le développement des permanences médicales sans rdv avec une salle dédiée.
- Promouvoir la visibilité de la disponibilité des professionnels de santé de proximité. Notamment les SAS.
- Encourager la mise en place de structures médicales dédiées à l'offre de soins non programmés, en réponse aux demandes sur les territoires souffrant d'une faible démographie

des professionnels de santé. Sur la base des exemples de la Vendée, de Bourgogne ou du Grand Est.

#### **5- Penser les services d'urgence pour un accompagnement qualitatif des usagers**

- Développer l'installation des maisons médicales de garde équipées de salles de soins, à proximité et en lien avec les services d'urgence.
- Améliorer le parcours du patient aux urgences (accueil des patients, information, place de l'accompagnant, condition d'attente, intimité et dignité des patients).
- Développer la coordination avec les services sociaux pour répondre aux urgences sociales (assurer des aides sociétales avec des assistantes sociales en nombre).

#### **6- Faciliter la continuité du parcours après le recours aux soins non programmés**

- Avoir une meilleure visibilité sur l'hospitalisation en aval pour promouvoir la continuité du parcours.
- Assurer une transmission de l'information entre les différents intervenants pour prévenir le risque de rupture de prise en charge et améliorer la qualité des soins.
- Poursuivre l'effort d'organisation des Groupements Hospitaliers Territoriaux, de façon à favoriser leur articulation avec les acteurs de santé de proximité.

Ce qui nous inquiète c'est le temps. Les déserts médicaux sont un sujet qui devait être résolu depuis de nombreuses années, ce qui n'a pas été le cas. Et aujourd'hui j'ai entendu que cela ne trouverait pas de solutions avant 5 à 6 ans. Avec la loi Ma santé 2022 et le pacte de refondation des urgences nous disposons d'une belle boîte à outils, avec des cases à cocher. Mais avons-nous les outils nécessaires pour utiliser cette boîte ?

## **Réformes en santé : quelles perspectives ?**

### **Sylvain FERNANDEZ-CURIEL, Coordinateur National France Assos Santé**

La différence entre les 2 tables rondes est assez étonnante.

Cet après-midi, on dit que les urgences sont engorgées, alors que le matin était dit l'inverse.

Ce matin est dit que 6% des personnes se rendant aux urgences le font de façon inappropriée, l'après-midi est dit que c'est une problématique de forte prévalence.

Le cloisonnement entre ville et hôpital existe depuis longtemps. Il a même été mentionné un cloisonnement et un manque d'informations entre les services des hôpitaux. Mais des mesures intéressantes sont en cours.

Les CPTS étaient à l'origine dénommées « service publique territoriale de santé ». La notion de service publique n'a pourtant été mentionnée qu'une fois au cours de la journée, et ce par la salle. Les usagers ne sont pas prévus dans les CPTS. Mais la volonté des usagers est bien d'être autour de la table, pas au centre de l'attention, ce qui est différent de ce qui est dit à travers « le patient est au centre ». Ceci dénote d'un paternalisme institutionnel.

La notion d'éducation : la population a surtout besoin d'information et de communication. La difficulté pour tous à s'orienter actuellement est normale. Le travail sur le SAS prévu en réponse reste pour l'instant assez vague et le pilotage incertain. Les réformes se suivent sans évaluer ce qui a été mis en place. Que pensent les personnes des dispositifs actuels ?

La population est bien en attente d'un service public. Le terme de service n'est pas péjoratif comme cela a pu être évoqué. Il a également été mentionné que les jeunes générations sont responsables, dans la consommation. Mais les nouvelles générations sont-elles vraiment pires ? Depuis toujours nous avons l'habitude de voir la génération arrivant comme étant pire que la précédente. Mais est-ce vraiment le cas ?

3 mots clés : service public, information de qualité - pas seulement via internet, et co-construction - en faisant avec la population et pas que pour la population.

## Clôture

### Sylvie MOREL, Sociologue et Grand témoin

Un participant a mentionné le taux de suicide en Sarthe. Le fondateur de la sociologie a travaillé le suicide comme objet de recherche. Dans cet ouvrage, il démontre statistiquement que moins il y a de liens sociaux plus il y a de suicides. Vers quelle société voulons-nous aller ? Le lien social a été transversal à toute la journée car nous avons parlé du :

- Lien soignant-soigné, mis à mal actuellement par des restrictions budgétaires (rappel des soignants sur leurs jours de congés), impactant la relation. On a pu parler de maltraitance organisationnelle et institutionnelle. Le problème ne relève pas que de l'hospitalier, mais aussi dans les EHPAD (toilette en 6 minutes). Le problème est celui d'un choix de société, un problème de politique ayant mené à la diminution des lits d'aval.
- Lien entre professionnels à reconfigurer (la collaboration plutôt que de glissement de tâches, décloisonner, repenser les compétences de chacun et les collaborations), en urgence pré-hospitalière les exemples sont trop nombreux.
- Lien avec les aidants qui ne doivent pas se substituer aux professionnels. Les aidants c'est la solidarité mais ils ont besoin de professionnels pour ne pas finir eux même aux urgences.
- Collectif avec la formation des populations aux soins d'urgence.
- Les associations sont là pour faire du lien entre les patients, les politiques, les professionnels.

En conclusion, il est essentiel de remettre l'humain au centre du système de soin et plus largement de la société

### Amandine ALLAIRE, Coordinatrice régionale France Assos Santé Pays de la Loire

Remerciements aux participants, intervenants, bénévoles et salariés pour la réussite de cette journée.

