

Concertation sur l'offre de soins du Centre et Sud Haute-Marne

du 28 mai au 15 juillet 2021

Bilan de la concertation
(synthèse des expressions recueillies)

SYNTHÈSE

La concertation s'est tenue **du 28 mai au 15 juillet 2021**.

Les acteurs des territoires (élus, professionnels de santé hospitaliers et libéraux, représentants et associations des patients, représentants des établissements, représentants des organisations syndicales, institutionnels) ont été invités à y participer avec l'objectif de **mettre en commun les visions et les attentes sur la future offre de soins pour le centre et le sud de la Haute-Marne**.

La concertation a donné lieu à :

- **une conférence santé de lancement**, à Chaumont, le 28 mai 2021 ;
- **6 ateliers thématiques** en visio-conférence entre le 1^{er} et le 29 juin 2021 :
 - soins non programmés en ville et à l'hôpital, soins critiques, le 1^{er} juin 2021 ;
 - plateaux médico-techniques, dont la chirurgie et l'imagerie, le 8 juin 2021 ;
 - prise en charge de la femme, de la mère et de l'enfant, le 10 juin 2021 ;
 - démographie médicale et lien ville-hôpital, le 22 juin 2021 ;
 - médecine et filières (cancer, gériatrie, maladies chroniques), le 24 juin 2021 ;
 - santé mentale, le 29 juin 2021 ;
- **une conférence santé de restitution** des travaux, à Chaumont, le 15 juillet 2021 ;
- la possibilité d'adresser **une contribution écrite** à la délégation territoriale de l'ARS en Haute-Marne pendant toute la durée de la concertation.

Près de **100 acteurs** étaient présents aux conférences santé et **environ 150** aux 6 ateliers, dont deux-tiers de professionnels de santé. La concertation a représenté **26 heures de débat** et a été l'occasion, dans un climat d'écoute mutuelle, de partager les constats et de faire part de témoignages, d'expériences, d'attentes et de suggestions. Les échanges ont été particulièrement riches : **plus de 200 interventions, avis ou questions sont recueillis, dont 168 propositions**.

Les propositions se classent **en 4 grandes familles** :

- « **Améliorer l'information et la communication** » : les propositions pour faire connaître l'offre de soins du territoire, mieux orienter les patients, renforcer la confiance entre les professionnels et les patients ;
- « **Améliorer la coordination et la coopération entre professionnels et entre établissements** » : les propositions pour renforcer la cohésion entre les professionnels et créer un « écosystème », renforcer les complémentarités, pallier le manque de médecins et mieux suivre les patients ;
- « **Améliorer les pratiques, les dispositifs et les outils** » : les propositions pour renforcer l'offre de soins sur le territoire, conserver une offre de proximité, définir une gradation de soins avec le concours des partenaires (CHU de Dijon, Centre régional de lutte contre le cancer, etc.) ;
- « **Attirer et fidéliser les professionnels de santé** » : les propositions pour rendre le territoire attractif et offrir les meilleures conditions d'accueil et de pratique aux professionnels de santé.

Le Préfet de la Haute-Marne, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Grand Est et le Groupement hospitalier de territoire (GHT) 21-52 remercient l'ensemble des participants pour la richesse et la qualité de leurs contributions. Elles vont permettre de formaliser la feuille de route en matière de santé et le plan d'actions pour le centre et sud Haute-Marne, au plus près des besoins et des attentes. **Des choix stratégiques seront faits à l'automne 2021**.

Ce document bilan propose une synthèse des contributions recueillies pendant les sept semaines de la concertation, lors des conférences santé et des ateliers et dans les contributions écrites.

Il est structuré selon les 4 grandes familles de propositions. Il restitue les principaux avis, suggestions ou recommandations tels qu'ils ont été exprimés par les participants à la concertation – sans analyse ou réponse de l'ARS à ce stade ; toutefois quelques notes de bas de page sont intégrées pour proposer des définitions ou faciliter la compréhension – et en s'appuyant sur des extraits des prises de parole des participants (verbatim présentés au fil du texte entre guillemets).

Le lecteur pourra se reporter aux annexes pour prendre connaissance des propositions émises atelier par atelier et lors des conférences santé.

Les diaporamas de présentation et les captations vidéo des deux conférences santé sont disponibles sur la page dédiée du site internet de l'ARS Grand Est :

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/concertation-sur-loffre-de-soins-sur-le-sud-haute-marne-conferences-de-sante>.

Glossaire des sigles et acronymes

ARS – Agence régionale de santé
Asalée – Action de SAnté Libérale En Équipe
AVC – Accident vasculaire cérébral
CAMSP – Centre d'action médico-social précoce
CHHM – Centre hospitalier de la Haute-Marne
CHU – Centre hospitalier universitaire
CLS – Contrat local de santé
CMP – Centre médico-psychologique
CPAM – Caisse primaire d'assurance maladie
CPP – Centre périnatal de proximité
CPTS - Communauté professionnelle territoriale de santé
CRA - Centre de ressource autisme
CSAPA - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DAC - Dispositif d'appui à la coordination
DMP – Dossier médical partagé
EHPAD – Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
e-TICSS (plateforme numérique de suivi des parcours de soins des usagers) – e-Territoire-Innovant-Coordonné-Santé-Social
FMIH – Fédération médicale inter-hospitalière
GHT – Groupement hospitalier de territoire
HAD – Hospitalisation à domicile
IPA – Infirmier en pratique avancée
IRM – Imagerie par résonance magnétique
IVG – Interruption volontaire de grossesse
MPR – Médecine physique et de réadaptation
MSP – Maison de santé pluri-professionnelle
ORL – Oto-rhino-laryngologie
PARCEO (plateforme numérique de suivi des parcours de soins des usagers) – “PARC” renvoie au parcours de soins et “EO” fait référence à “néo” qui signifie nouveau
PTA – Plateforme territoriale d'appui
PTSM – Projet territorial de santé mentale
SAAD – Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMU – Service d'aide médicale urgente
SSIAD – Service de soins infirmiers à domicile
SSR – Soins de suite et de réadaptation
TND – Troubles du neuro-développement

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	2
GLOSSAIRE DES SIGLES ET ACRONYMES	4
1. LA SITUATION ACTUELLE.....	6
1.1. LES AVIS SUR LES DIAGNOSTICS PRESENTES	6
1.2. LES BONNES PRATIQUES ET LES SUCCES	7
2. LES PROPOSITIONS	8
2.1. AMELIORER L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION	8
2.1.1. <i>Entre professionnels.....</i>	<i>8</i>
2.1.2. <i>À destination des patients</i>	<i>9</i>
2.2. AMELIORER LA COORDINATION ET LA COOPERATION ENTRE PROFESSIONNELS ET ENTRE ETABLISSEMENTS	9
2.2.1. <i>Pour pallier le manque de médecins.....</i>	<i>9</i>
2.2.2. <i>Pour améliorer la collaboration et la cohésion entre professionnels de santé.....</i>	<i>10</i>
2.2.3. <i>Pour mieux suivre les patients</i>	<i>10</i>
2.2.4. <i>Pour appuyer les médecins et les services.....</i>	<i>12</i>
2.2.5. <i>Pour renforcer le lien ville-hôpital, les complémentarités entre établissements et entre privé et public.....</i>	<i>13</i>
2.2.6. <i>Renforcer la formation.....</i>	<i>14</i>
2.3. AMELIORER LES DISPOSITIFS, LES PRATIQUES ET LES OUTILS	14
2.3.1. <i>Consolider l'offre existante</i>	<i>14</i>
2.3.2. <i>Développer de nouvelles pratiques.....</i>	<i>16</i>
2.3.3. <i>Développer des outils : focus sur la télémédecine et les systèmes d'information</i>	<i>18</i>
2.4. ATTIRER ET FIDELISER LES PROFESSIONNELS DE SANTE	19
3. LES AVIS DES PARTICIPANTS SUR LA CONCERTATION.....	21
ANNEXES	22
LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONCERTATION.....	22
LES PROPOSITIONS ÉMISES ATELIER PAR ATELIER	24
LES PROPOSITIONS ÉMISES LORS DES CONFÉRENCES SANTÉ	32
LES PROPOSITIONS EMANANT DES CONTRIBUTIONS ECRITES	33

1. LA SITUATION ACTUELLE

NB : l'ARS Grand Est a présenté un diagnostic sur les besoins de la population et la pertinence de l'offre de soins sur le territoire Centre et Sud Haute-Marne lors de la Conférence santé du 28 mai 2021 et des diagnostics thématiques en ouverture de chacun des 6 ateliers de juin 2021. Les participants à la concertation étaient invités à réagir et à faire part de remarques ou compléments sur ces états des lieux.

1.1. Les avis sur les diagnostics présentés

Le constat sur le manque de médecins et d'autres professionnels de santé sur le territoire est très largement partagé.

Les participants à la concertation complètent les éléments de diagnostic présentés sur ce sujet. Ils indiquent que :

- ce manque concerne un large éventail de professionnels : médecins généralistes, médecins spécialistes (sont cités les ophtalmologistes, urologues, gynécologues, obstétriciens, échographistes, gastro-entérologues, cardiologues, pneumologues, rhumatologues, dermatologues, gériatres, psychiatres, pédopsychiatres, pédiatres...), internes en médecine, infirmiers, kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, acteurs du médico-social intervenant auprès des personnes handicapées... ;
- la population sans médecin traitant augmente avec les départs en retraite ; pour exemple, un participant informe que 8 000 personnes se retrouvent sans médecin traitant depuis le 30 juin 2021 dans l'arrondissement de Chaumont, un autre que « *Chaumont est situé au cœur d'un désert de plus de 100 000 citoyens, lui-même entouré d'autres déserts* » et que le centre hospitalier a perdu 73 lits dans les dernières années ainsi que « *du personnel médical et paramédical si difficile à recruter* » ;
- l'accès aux soins va encore se dégrader dans les années qui viennent.

Ils relèvent qu'en parallèle les besoins sont croissants pour les maladies chroniques, les troubles du neuro-développement (TND), les dépressions et les addictions, ces dernières en augmentation avec la crise du Covid, et en raison du vieillissement de la population – les personnes âgées demandant tout particulièrement des soins de proximité. Pour plusieurs contributeurs, les sujets de la gériatrie et de la santé mentale sont majeurs, la santé mentale devant selon l'un des avis « *être traitée de manière prioritaire* » en raison d'un retard important du territoire dans ce domaine, et la gériatrie devant faire l'objet « *d'une approche dédiée* ».

Des propos soulignent que le fait de ne pas être assez nombreux est une difficulté pour la prise en charge des patients mais aussi « *une vraie souffrance pour les professionnels de santé* ». Cette souffrance concerne aussi bien l'activité libérale qu'hospitalière, et provient, en plus des problèmes de surcharge de travail, de l'obligation de refuser des prises en charge ou de l'impossibilité de prendre le temps de bien s'occuper des patients. La crise du Covid a aussi contribué à l'épuisement des équipes, en plus d'avoir créé un « *un risque nosocomial majeur* » et « *paralysé ou reporté des projets* », indique un participant.

De nombreux contributeurs rappellent que le médecin généraliste se trouve au cœur du système de soins.

Par ailleurs, les participants s'accordent sur le fait que des spécialités existent sur le territoire et qu'il ne faut pas « *laisser partir les Haut-Marnais* ».

La question de la « fuite » de patients en dehors du département suscite plusieurs réactions. Des participants expliquent ces fuites par :

- l'absence de certaines spécialités ou chirurgies en Haute-Marne (par exemple biopsies prostatiques ou IVG, avec une « *véritable difficulté d'accès à l'IVG sur le territoire* ») ;
- un délai très long pour avoir un rendez-vous : par exemple des patients se rendent jusqu'à Troyes pour les endoscopies ;
- l'absence d'unité de lieu : certains patients préfèrent une prise en charge sur un site unique comme le Centre Georges-François Leclerc à Dijon pour le cancer ou la maternité-pédiatrie à Dijon ;
- une question de confiance : les patients sont peut-être moins rassurés pour les urgences pédiatriques, en raison d'une moindre expérience sur le territoire.

Des contributeurs souhaitent que les chiffres de fuite soient consolidés ou plus détaillés, notamment par rapport à l'activité de recours qui, elle, se justifie. D'autres aimeraient que le terme de « fuite » soit changé car il peut être perçu négativement par les patients et par les hôpitaux. Il est proposé d'utiliser le terme de « soins extraterritoriaux ».

Des participants relèvent que le diagnostic était déjà connu. Un contributeur se dit « *satisfait de retrouver des éléments de diagnostic déjà observés sur le territoire* », ce qui pour lui devrait permettre d'avancer plus rapidement vers des solutions.

1.2. Les bonnes pratiques et les succès

L'alliance hospitalière Côte d'Or-Haute-Marne (GHT 21-52) est particulièrement saluée. Des participants considèrent qu'elle est « *une grande chance* », « *une chance inouïe* » ou « *une belle opportunité* » à partir de laquelle il faut travailler désormais. Des remerciements sont adressés aux médecins du CHU de Dijon pour la bonne collaboration avec le territoire et des satisfactions sont exprimées sur le renforcement de la task force.

Un contributeur souligne la cohérence et la gradation de la prise en charge de la maternité dans « *le triangle Langres (centre périnatal de proximité - CPP), Chaumont (maternité de type 2A) et Dijon (maternité de type 3 et réanimation néonatale)* ».

Le bon fonctionnement de la coopération public-privé à Langres est également salué. Selon un participant, la « *réussite du pôle de santé langrois a permis le maintien de services qui aujourd'hui seraient certainement disparus* ». Pour un autre au contraire, la collaboration du public et du privé n'est pas souhaitable car « *l'accès aux soins pour tous doit être défendu* » et des visites de terrain plus régulières à Chaumont permettraient à l'ARS d'entendre ce que les personnels ont à dire. Un autre encore regrette que « *le rétrécissement de l'offre de soins hospitalière [à Chaumont] se soit faite par la fermeture et le transfert d'activités vers la clinique privée adjacente* ».

La qualité de plusieurs services, savoir-faire et fonctionnements est relevée :

- le CPP de Langres « *est une satisfaction pour les parturientes* » ;
- le savoir-faire et les spécialités des sages-femmes du centre hospitalier de Chaumont (plusieurs ont des diplômes universitaires en addictologie ou diabète par exemple) ;
- la dynamique du centre hospitalier de Bourbonne-les-Bains, qui souligne son exemplarité dans les domaines de la rééducation et de la gériatrie ;
- les rapports très positifs entre l'hôpital de Bourbonne-les-Bains et la clinique de Langres, « *en particulier pour la rééducation des personnes opérées* ».

La crise du Covid a montré que les infirmiers avaient joué un rôle important pour la coordination avec l'ensemble des professionnels de santé. Elle a également accéléré le développement de la télé-médecine.

2. LES PROPOSITIONS

2.1. Améliorer l'information et la communication

2.1.1. Entre professionnels

Les participants à la concertation souhaitent la mise en œuvre d'outils permettant de mieux connaître les offres disponibles sur le territoire et de savoir « *qui fait quoi* » – on s'aperçoit en effet, indique l'un d'eux, « *que les compétences existent mais qu'elles sont méconnues, à la fois par les usagers et par les professionnels* ».

Les outils proposés sont les suivants :

- un annuaire-répertoire géolocalisé des professionnels de santé, à large focale : médical, paramédical, social « *avec tous les types de conventionnements, y compris les professionnels non remboursés* » ;
- un répertoire des professionnels de santé intervenant pour la grossesse, à Langres, Chaumont et Dijon, à l'usage des professionnels et des patientes ;
- une cartographie des outils et des dispositifs existants – les participants notent que des offres sont peu connues comme celle de médecine physique et réadaptation et d'appareillage de Chaumont, de santé mentale, ou comme les solutions pour les femmes victimes de violence (via des associations, le Contrat local de santé...) ;
- la systématisation de l'usage des messageries (cryptées) pour les entrées et sorties des urgences et des hospitalisations dans un délai de 24 h maximum, « *élément capital pour pérenniser et améliorer l'image de l'hôpital auprès des médecins* » ;
- spécifiquement pour le pôle de santé langrois, une actualisation systématique sur les changements de l'offre de soins à destination des professionnels de santé, pour remédier à leur manque d'information.

Des outils existent mais devraient, selon plusieurs avis, être adaptés et/ou généralisés : ainsi un annuaire des professionnels de santé a été mis en place mais il n'a pas été actualisé, des plateformes d'appui répertorient les dispositifs existants sur le territoire, les astreintes et les plages d'ouverture pour les soins non programmés. Un contributeur indique que les colloques annuels de l'association Avenir Santé Sud Haute-Marne sur les filières de soins dans le cadre du GHT 21-52, organisées dans le Pays de Langres, ont été un succès et qu'il serait utile de reproduire ce type d'actions à Chaumont et Bourbonne-les-Bains.

Plus globalement pour améliorer la connaissance des rôles des différents acteurs, une personne recommande de partager les projets médicaux entre communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), hôpital public, hôpital privé et médecine de ville.

Spécifiquement pour ce qui concerne le suivi et l'orientation des patients, les participants suggèrent :

- la création de fiches de suivi par le médecin généraliste, que le patient peut transmettre au chirurgien lors de soins non programmés ;
- la bonne information des médecins traitants sur les consultations faites par les spécialistes ;

- que les patients sortent de l'hôpital avec leur lettre de liaison, indispensable à la continuité des soins, le jour-même – le délai est aujourd'hui de 15 jours et cette lettre de liaison n'est pas mise en œuvre à ce jour lorsque le patient bénéficie de soins en santé mentale ;
- une mesure des délais d'accès aux professionnels de santé, de manière à pouvoir bien orienter les patients.

2.1.2. À destination des patients

Des propositions sont faites pour améliorer l'information des patients sur le contenu de l'offre :

- des annuaires, répertoires et cartographies – ces outils pouvant être partagés avec les professionnels (voir ci-dessus) ;
- l'information large des patients « *sur les nombreuses actions engagées sur le territoire en termes d'offre de soins, en s'appuyant sur les médias et les contrats locaux de santé* » ;
- un guichet unique pour accueillir, orienter et renseigner sur la santé dans le territoire ;
- une information spécifique auprès des femmes sur les savoir-faire et les spécialités des sages-femmes du centre hospitalier de Chaumont, ainsi que sur la prise en charge de l'IVG et notamment de ses délais légaux ;
- des informations fiables et à jour sur le GHT 21-52 pour les collectivités locales, qui pourraient ainsi communiquer directement auprès des habitants ; selon l'un des avis « *le relais des élus est indispensable dans la communication* » ;
- aller au contact de l'ensemble de la population pour informer sur l'offre médicale et échanger (ce qui pourrait être du ressort des élus en lien avec l'Association Avenir Sud Santé Haute-Marne).

Des contributeurs souhaitent que l'on aide les patients à mieux comprendre et à mieux utiliser le système de santé. Ils évoquent en particulier :

- une sensibilisation à la surconsommation de soins ;
- l'accompagnement du patient dans l'évaluation de la gravité de ses symptômes « *par une campagne d'information et d'éducation massive* » ;
- l'accompagnement du patient dans l'identification de ses symptômes par le déploiement d'un équivalent e-TICSS (« e-Territoire-Innovant-Coordonné-Santé-Social »¹) en format portable.

Il est suggéré de développer le site internet des centres hospitaliers de Chaumont, Langres et Bourbonne-les-Bains pour rendre visible et actualisée l'offre disponible.

Dans ce sujet « communication » des participants insistent également, à titre général, sur la confiance à instaurer dans la relation entre les praticiens et les patients.

2.2. Améliorer la coordination et la coopération entre professionnels et entre établissements

2.2.1. Pour pallier le manque de médecins

Le centre hospitalier de Langres explique qu'il a commencé à travailler sur la création de services de médecine polyvalente à orientation de spécialités, les médecins généralistes se trouvant dans les

¹ Plateforme numérique de suivi des parcours de soins des usagers ; elle délivre également des informations aux patients pour la bonne gestion de leur santé.

services, et les spécialistes en appui. Il considère que ce type de services « *est une solution d'avenir puisqu'il y a de moins en moins de spécialistes.* »

Plusieurs participants souhaitent le développement des assistants à temps partagé, à la fois pour parfaire la formation des jeunes médecins et pour pallier le manque de médecins sur le territoire. D'autres recommandent de s'appuyer sur les sages-femmes « *pour compenser le déficit de professionnels en soins gynécologiques et obstétricaux* ».

2.2.2. Pour améliorer la collaboration et la cohésion entre professionnels de santé

Des contributeurs souhaitent une amélioration de la collaboration entre les personnels médicaux et paramédicaux, et la formation d'un « *écosystème* » entre pairs. Cet écosystème doit « *faciliter le partenariat, fluidifier le parcours de soins des patients et renforcer la cohésion entre professionnels de santé* » – la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) et le contrat local de santé (CLS) constituent « *deux premiers outils* » pour cela.

Les participants proposent également :

- de mettre en place une CPTS sur le territoire de Langres pour une meilleure connaissance et une meilleure articulation des acteurs, en capitalisant sur l'expérience des CPTS voisines du Centre Haute-Marne (Chaumont et alentours) et du Sud Haute-Marne-Côte d'Or. Il est suggéré que cette CPTS soit portée par le centre hospitalier, si cela est juridiquement possible, pour pouvoir assumer le travail nécessaire à son fonctionnement ;
- que le président d'une CPTS puisse faire partie du conseil de surveillance de l'hôpital, ce qui est « *important pour les relations entre l'hôpital et les libéraux* » mais nécessiterait une évolution de la réglementation ;
- qu'un médecin MPR (médecine physique et de réadaptation) fasse le lien entre tous les intervenants sur le plateau de rééducation au centre hospitalier de Chaumont, ce lien étant manquant aujourd'hui ;
- qu'un acteur référent soit désigné au sein de l'hôpital pour « *éclairer les intérimaires, qui n'ont pas le temps de connaître les acteurs* ».

2.2.3. Pour mieux suivre les patients

Selon plusieurs avis, il serait utile de permettre à la médecine de ville d'accéder aux données des outils de coordination PARCEO (plateforme numérique de suivi des parcours de soins des usagers choisie au sein de la région Grand Est et utilisée par les centres hospitaliers du Sud de la Haute-Marne) et e-TICSS (plateforme choisie au sein de la région Bourgogne-Franche-Comté et utilisée par le CHU de Dijon), et aussi d'harmoniser les outils entre les différentes régions. Un participant recommande de choisir un seul de ces outils, afin que les professionnels n'aient pas à « *jongler* » entre deux plateformes, ce qui pourrait s'avérer contre-productif.

Des contributeurs insistent également sur la nécessité d'engager ou de renforcer le décloisonnement entre médecine libérale et médecine hospitalière, de « *s'ouvrir aux libéraux* » pour mieux prendre en charge les patients, et constatent « *qu'on était peut-être un peu trop hospitalo-centrés dans les dernières années* ».

Pour le suivi des maladies chroniques, les participants suggèrent :

- de développer des équipes mobiles de pneumologues, en associant les kinésithérapeutes, les infirmiers en pratique avancée (IPA²) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) « *dans la sortie rapide et la sécurisation à domicile, pour prendre en charge les insuffisances respiratoires chroniques à domicile* » ;
- de créer une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) pluri-professionnelle en neuro-cardio-pneumologie.

Pour le suivi de la santé mentale, ils suggèrent :

- de renforcer les liens de la Haute-Marne avec la Côte d'Or pour partager les informations sur la santé mentale ;
- de développer le dossier médical partagé (DMP) pour partager les informations entre les psychiatres et les médecins généralistes ;
- de mettre en place une plateforme de coordination et d'orientation sur les troubles du neuro-développement (TND) – cette action est en cours –, « *avec un guichet unique de la santé mentale pour les enfants et adolescents* », l'objectif étant de réduire les délais de prise en charge des jeunes patients ;
- de créer un lien entre les psychiatres du centre hospitalier de la Haute-Marne (CHHM) et la filière addictologie portée par les centres hospitaliers de Chaumont et de Langres « *pour apprendre à se connaître et identifier le champ d'action et de besoins de chacun (hospitalier, médico-social, social, ville)* » ;
- pour ce qui concerne les addictions, de renforcer le lien avec les partenaires – CHU de Dijon, établissement de Ker Yonnec (dans l'Yonne), CSAPA (centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), de manière à réduire les délais de rendez-vous aujourd'hui trop longs ;
- de tenir des réunions pluri-professionnelles autour de situations individuelles ou pour partager les projets en cours ;
- pour accompagner vers le soin des publics précaires, de mettre en place un partenariat entre des personnels spécialisés et les acteurs du social, notamment infirmiers en psychiatrie, accompagnateurs formés aux troubles psychiatriques, psychologues... ;
- de lancer une action de recherche avec l'Université de Lorraine sur l'accès et la coordination des soins en santé mentale.

Pour le suivi de la femme, de la mère et de l'enfant, ils suggèrent :

- de créer une plateforme de coordination « *accessible à l'ensemble du cercle de soins pour faciliter l'accès aux dossiers des patientes et mieux coordonner le suivi* » ;
- de renforcer la collaboration entre les professionnels de santé notamment avec les sages-femmes sur le sujet de l'incontinence des femmes ;
- de renforcer l'offre de diététique pour les enfants obèses ou en surpoids, en s'appuyant sur les diététiciennes libérales ;
- d'améliorer la coordination et d'accélérer la transmission des informations administratives et médicales entre le CHU de Dijon et le centre hospitalier de Chaumont pour le transfert des dossiers des enfants qui nécessitent un suivi par le centre d'action médico-social précoce (CAMSP) de Haute-Marne. Dans le même ordre d'idée, il est regretté que les enfants autistes doivent se rendre dans le centre de ressource autisme (CRA) régional, à Reims, distant et avec des délais de prise en charge très longs, alors qu'un CRA existe en proximité à Dijon.

² La pratique avancée permet à des infirmiers d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux seuls médecins (notamment responsabilité du suivi régulier des patients pour leur pathologie, prévention, prescriptions d'examen complémentaires...).

Pour le suivi des personnes âgées, ils suggèrent de mettre en place :

- une « *hotline gériatrique* » pour les acteurs de ville, qui serait un « *point d'ancrage pour la médecine libérale* » ;
- le dispositif d'appui à la coordination (DAC) prévu par la réglementation à partir de 2022 (« guichet unique »).

2.2.4. Pour appuyer les médecins et les services

Les propositions sont les suivantes :

- renforcer la délégation de tâches et les transferts de compétences pour une meilleure répartition de charge entre les professionnels, entre la médecine de ville et l'hôpital ;
- préconiser l'hospitalisation de jour ou à domicile pour certains patients afin de réduire la durée des séjours en hospitalisation complète, « *car les listes d'attente sont longues* » ; il est également souhaité un renforcement des liens entre les intervenants de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de l'hôpital ;
- créer un système d'équipe territoriale « *pour les personnes du même corps d'intervention, pour que les praticiens se relaient et ne fassent pas toujours la même chose* » ;
- mettre en place des protocoles de coopération et/ou de délégation d'actes médicaux à d'autres professionnels de santé que les médecins, « *avec des conditions préalables de formation et d'encadrement* » ;
- s'appuyer sur les autres professionnels de santé, notamment les infirmiers et les kinésithérapeutes, selon les précisions ci-dessous.

Pour l'appui des infirmiers, il est indiqué que ces professionnels sont intéressés pour être infirmiers d'évaluation clinique dans les lieux de soins, établissements ou maisons de santé. Ils peuvent faire des consultations pour évaluer des patients ayant besoin d'être orientés vers un généraliste ou un spécialiste et ils peuvent jouer un rôle dans la télémédecine – la télémédecine, précise un contributeur, permet de réaliser une partie des soins non programmés si un effecteur, infirmier ou pharmacien, se trouve à côté du patient.

Un participant informe que des IPA en formation se verront bientôt confier un groupe de patients en cardiologie à Chaumont ; ils pourraient s'occuper de patients confiés par les médecins. Selon un autre avis, les IPA « *peuvent prendre le relais des médecins sur certains actes de base* », pour un autre encore, « *les IPA sont un levier mais pas une solution, ils ne suffisent pas forcément* ».

Les contributeurs évoquent également la révision du décret d'acte de la profession d'infirmier sur l'évaluation de la dépendance.

Une personne recommande de renforcer la collaboration avec les kinésithérapeutes libéraux pour la rééducation.

2.2.5. Pour renforcer le lien ville-hôpital, les complémentarités entre établissements et entre privé et public

La complémentarité au sein du GHT 21-52 est assez largement commentée. Des participants rappellent que l'objectif du GHT est « *de faire vivre le territoire de santé autour du CHU de Dijon mais aussi de conforter la place des hôpitaux de Langres, Chaumont et Bourbonne-les-Bains* » ; en conséquence, il est suggéré de réfléchir à la façon « *de faire mieux travailler ensemble ces trois hôpitaux et de trouver des complémentarités* ».

Une personne recommande de « *conserver à Chaumont la chirurgie ambulatoire et la chirurgie classique et de s'appuyer sur le CHU dans le reste des cas* ». Un autre participant recommande de conserver la chirurgie de proximité à Langres et à Chaumont. Une autre souhaite que les activités de pneumologie et gastro-entérologie, de rhumatologie, neurologie et dermatologie « *siègent au cœur du département, à l'épicentre de gravité du bassin de recrutement centré sur Chaumont* ».

Selon plusieurs avis, la psychiatrie devrait être un sujet relevant du GHT 21-52, pour « *lever la sectorisation de la psychiatrie* » ; le ressort territorial départemental de la psychiatrie s'inscrit dans un périmètre différent des dynamiques actuelle des autres filières de soins (GHT 21/52). Certaines personnes estiment que cette différence de ressort territorial lèse le territoire centre et sud Haute-Marne.

Une personne alerte sur la mise à disposition de praticiens lorsque des spécialistes du territoire partent en retraite. Elle souhaite que l'on soit attentif à l'équivalence de temps de travail, « *une journée [de présence du spécialiste] par semaine ne remplaçant pas un temps plein* ».

Une autre recommande de poursuivre et de renforcer le nombre de postes d'assistants partagés entre le CHU de Dijon et les centres hospitaliers de Langres et de Chaumont.

Selon un participant, la création d'une FMIH (fédération médicale inter-hospitalière) « *triangulaire* » entre le CHU de Dijon et les centres hospitaliers de Langres, Chaumont et Bourbonne-les-Bains, permettrait d'apporter des solutions en cas de carences dans l'une ou l'autre discipline médicale.

Concernant le lien entre le public et le privé, deux avis sont émis :

- l'un sur l'importance de la complémentarité des projets médicaux publics et privés : « *Il faut travailler ensemble car les compétences existent* » ;
- l'autre recommandant d'instaurer un partenariat entre le public et le privé à Chaumont sur le modèle de celui existant à Langres.

L'enjeu du lien ville-hôpital est souligné : les propos portent sur la nécessité d'améliorer la communication ville-hôpital, de partager avec les praticiens de ville les numéros d'accès directs à des spécialistes de l'hôpital, de « *restaurer la confiance hôpital-médecins de ville* ».

Un contributeur recommande que la médecine de ville soit aussi partie prenante du projet médical du territoire.

2.2.6. Renforcer la formation

Sur le thème de la formation, les participants suggèrent :

- de manière générale, de renforcer la formation pluri-professionnelle ;
- que le diplôme universitaire de médecine polyvalente, enseigné dans le cursus universitaire de médecine interne, « *soit une base de formation nécessaire pour s'intégrer dans les services de spécialités* » – les services de médecine interne et de médecine polyvalente « à orientation » (cardiologique, pneumologique, etc.) ayant notamment démontré leur « *dynamisme pour affronter la crise sanitaire* » ;
- de renforcer la formation des IPA (infirmiers en pratique avancée) pour limiter la surcharge de travail en médecine générale et spécialisée ;
- de profiter de la proximité du CHU de Dijon pour la formation – notamment, le CHU offre aujourd'hui une formation par simulation et des formations en visio-conférence (la première, en juin 2021, portait sur la récupération améliorée après chirurgie) ;
- de proposer de la formation permanente régulière pour les professionnels hospitaliers et libéraux (cette action est en cours avec le GHT 21-52) ;
- de développer l'apprentissage par une augmentation des quotas dans les instituts d'apprentissage.

2.3. Améliorer les dispositifs, les pratiques et les outils

2.3.1. Consolider l'offre existante

NB : les propositions de consolidation de l'offre existante émanent principalement des ateliers ; elles sont présentées thème par thème.

Pour les soins non programmés, les participants proposent :

- de pouvoir organiser entre professionnels de santé la prise en charge de personnes ayant besoin de soins par la création d'un numéro de téléphone unique et dédié (projet en réflexion par la CPTS Centre Haute-Marne sur son territoire, hors ville de Chaumont)
- d'augmenter les plages horaires de la plateforme territoriale d'appui (PTA) ;
- de coordonner les soins de sortie d'établissement.

Concernant les plateaux médico-techniques, les participants insistent d'abord sur les enjeux : conserver une offre de proximité de qualité, « *créer du réseau, un maillage de l'existant* » dans la mesure où ils considèrent qu'il n'y aura pas de moyens supplémentaires, s'appuyer sur la capacité à faire de la chirurgie de proximité, cette offre étant particulièrement utile, sans dépassement d'honoraires, pour les personnes à faibles revenus.

Ils proposent de compléter l'offre existante :

- à Langres, par des chirurgiens sur une plage publique, cette proposition étant toutefois dépendante de l'obtention d'autorisations de chirurgie publique ;
- en répondant aux besoins, notamment en gastroentérologie et en ORL (oto-rhinolaryngologie), et afin de proposer une prise en charge globale dans le territoire ;
- par une garde chirurgicale pour que la chirurgie de proximité soit accessible rapidement ;
- par la mise en place d'une plage horaire quotidienne d'accès à l'IRM pour les patients neurologiques hospitalisés à Langres, de manière à raccourcir la durée moyenne de séjour ;
- par le recrutement d'un médecin MPR (médecine physique et de réadaptation) à temps plein, ou de deux temps partiels, pour pérenniser le plateau technique de rééducation du centre hospitalier de Chaumont.

Des personnes souhaitent que les deux laboratoires de biologie des centres hospitaliers de Chaumont et de Langres, qui ont été regroupés, redeviennent indépendants en raison de délais d'analyse jugés trop longs.

Pour la prise en charge de la femme et de la mère, les participants proposent :

- de renforcer les actions de prévention, de dépistage et de suivi, en particulier avec des dépistages le plus en amont possible des maladies chroniques et des cancers de la femme. Cela pourrait passer, selon les avis sur ce thème, par une campagne de prévention auprès des femmes les plus âgées, la formation des sages-femmes et la « *re-sensibilisation* » des médecins généralistes ;
- d'améliorer la prise en charge autour des problèmes de l'incontinence des femmes (« *il faut dé-tabouiser le sujet pour un meilleur suivi des femmes* ») ;
- de disposer d'une prise en charge plus adaptée pour les femmes victimes de violences, dont les femmes enceintes.

Pour la prise en charge de l'enfant, les participants suggèrent :

- de réduire le temps d'attente aux urgences pour les moins de 15 ans ; en effet, il est constaté une durée d'attente « *de 5 heures malgré la lettre du médecin généraliste* », en raison du manque de moyens et de pédiatre ;
- pour les troubles du neuro-développement (dont fait partie l'autisme) de consolider la prise en charge orthopédique et neuro-orthopédique dont les coûts sont élevés (« *un ergothérapeute représente 2 000 € annuels à la charge des familles* ») et afin d'éviter les trajets extra-départementaux pour les familles, d'améliorer l'accès au centre de ressources autisme (CRA) près de Dijon et d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles d'apprentissage à l'école dans les zones rurales « *oubliées* ».

Pour la prise en charge du cancer, les participants proposent la mise en œuvre de vacations en oncologie médicale et le développement du dépistage colorectal – il est souhaité que le CHU de Dijon puisse fournir un retour d'expérience sur ce dépistage, « *pour connaître le nombre de patients le réalisant* ». Les participants indiquent que l'offre de soins en radiologie est satisfaisante à Dijon et que des protocoles de chimiothérapies (pour les leucémies, lymphomes et sarcomes) ne sont pas réalisables à Chaumont.

Pour l'offre en gériatrie, les participants recommandent :

- que l'offre d'hospitalisation à domicile et de services de soins infirmiers à domicile soit augmentée, les personnes âgées souhaitant le plus souvent continuer de vivre chez elles ;
- que le délai d'accès à un bilan et une consultation spécialisée en gériatrie soit réduit, un délai de 6 mois étant nécessaire aujourd'hui pour obtenir un rendez-vous ; une équipe mobile intervenant à domicile et s'appuyant sur d'autres acteurs, la formation de gériatres et l'incitation à l'installation constitueraient des solutions pour réduire ces délais ;
- pour les soins à domicile, que les équipes en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) soient calibrées de la même manière tous les jours de la semaine afin d'assurer une offre équivalente, y compris le week-end, et que les infirmiers Asalée³ soient développées sur le territoire ;
- que les difficultés des EHPAD pour les urgences, hospitalisations et sorties d'hospitalisation soient levées.

³ Infirmiers libéraux du dispositif Asalée - Action de Santé Libérale En Equipe. Le dispositif organise la coopération entre médecins généralistes et infirmiers libéraux pour améliorer la prise en charge de patients souffrant de certaines maladies chroniques, dont le diabète de type 2, le risque cardio-vasculaire élevé, les troubles cognitifs, etc.

Pour la prise en charge des maladies chroniques, les participants suggèrent :

- d'augmenter l'accès aux unités de soins continus en pneumologie pour éviter des transferts évitables sur Dijon, considérés comme « *dangereux et coûteux* » ;
- d'augmenter la médicalisation des services pour des diagnostics et obtenir ainsi des sorties plus rapides ;
- d'améliorer la gestion du parcours par les cadres de santé par l'utilisation de ViaTrajectoire (aide à l'orientation personnalisée dans le domaine de la santé) ;
- de moderniser les appareillages d'endoscopie (le matériel étant obsolète à Langres) pour la sécurité et la qualité du diagnostic.

Pour la prise en charge de la santé mentale, un propos rappelle qu'il est possible de contacter l'infirmière de liaison du CMP (centre médico-psychologique) de Langres « *à tout moment de la journée pour appuyer le service d'accueil et de traitement des urgences et aiguiller sur les procédures, documents d'hospitalisation, etc.* ».

Des propositions sont émises :

- renforcer le dépistage des dépressions, particulièrement post-Covid ;
- s'appuyer sur la filière gériatrique existante « *plutôt que créer une filière géronto-psychologique dédiée* ».

Un contributeur indique que l'adoption et la mise en œuvre d'un projet territorial de santé mentale (PTSM), « *attendu depuis plusieurs années maintenant* », revêt aujourd'hui, avec les conséquences de la crise sanitaire, « *un caractère urgent* ».

2.3.2. Développer de nouvelles pratiques

NB : les propositions de développement de l'offre émanent principalement des ateliers ; elles sont présentées thème par thème.

Pour l'entrée en soins non programmés, les participants proposent de mettre en place des plages d'urgences systématiques : « *des créneaux chaque heure dans les centres hospitaliers, les cabinets des médecins de ville et les maisons de santé pluri-professionnelles* ». Un contributeur informe qu'un cabinet de soins non programmés est en projet à Chaumont ; il proposera 3 à 4 heures d'accueil en fin d'après-midi, avec un roulement de médecins généralistes, qui restent à trouver.

Pour la sortie de soins non programmés, les participants suggèrent :

- de confier la sortie à la plateforme territoriale d'appui, qui existe mais en étendant son champ d'intervention sur l'aspect médical et social, avec l'objectif d'une meilleure qualité du retour ; les participants précisent que cette proposition devrait éviter du stress pour les patients et un retour aux urgences quelques jours après la sortie ;
- de mettre en place une permanence en semaine de la maison médicale de garde à Langres, comme à Chaumont, afin de limiter l'arrivée de patients, atteints de maladies chroniques notamment, aux urgences ;
- permettre un retour à domicile post-urgences des personnes âgées en perte d'autonomie en prenant en compte la problématique de manière globale, en particulier en adaptant le transport (horaires, forfaits) et en organisant la prise en charge à domicile à la fois dans les domaines de la santé et du social (SSIAD – Service de soins infirmiers à domicile, SAAD – service d'aide et d'accompagnement à domicile...) ;
- d'offrir la possibilité de fournir au patient sortant des urgences la nuit ou le dimanche les premières doses des médicaments prescrits pour éviter un recours à la pharmacie de garde qui pourrait être éloignée⁴.

⁴ A ce jour, la réglementation en vigueur ne le permet pas (cinquième partie – livre I^{er} du code de la santé publique relatif aux produits pharmaceutiques, livre IV du code de commerce relatif à la liberté des prix et de la concurrence)

Un contributeur informe qu'une équipe mobile pluridisciplinaire (assistantes sociales et ergothérapeute, sous la responsabilité d'un médecin) est en projet à Bourbonne-les-Bains⁵ et qu'elle sera à la disposition du Sud de la Haute-Marne ; elle couvrira la problématique médicale et médico-sociale pour l'aide à la dépendance.

Pour la prise en charge de la femme et de la mère, les participants souhaitent que la filière suive « *la femme tout au long de sa vie, de la puberté à la fin de vie, en prenant en compte les différentes grossesses s'il y en a* ». Ils recommandent d'intégrer le Sud Haute-Marne dans le réseau périnatal de Bourgogne « *pour résoudre les problèmes de soins* », le réseau périnatal de Bourgogne ayant particulièrement œuvré pour la qualité et la sécurité des soins et ses actions étant saluées. Ils souhaitent également qu'un « *parcours de soins* » soit organisé pour pouvoir orienter rapidement les femmes demandeuses d'une IVG, puisqu'il y a des contraintes de délais.

Pour la prise en charge du cancer, 8 lits de soins palliatifs sont actuellement identifiés sur le centre hospitalier de Chaumont et localisés dans différents services de soins. Les participants suggèrent qu'un service dédié de 10 lits soit créé pour les soins palliatifs pour les patients ne pouvant pas rester chez eux.

Par ailleurs, ils proposent d'organiser des campagnes de dépistage du cancer de la prostate (il n'existe pas de campagne de dépistage national⁶) et de développer l'échographie prostatique, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pouvant être relais avec les mutuelles et des associations comme la Ligue contre le cancer. Ils recommandent également de réfléchir à des formations des infirmiers et des assistantes sociales au contact des patients atteints d'un cancer.

Pour la prise en charge des maladies chroniques, les participants suggèrent :

- la création d'un plateau technique adapté, avec des anesthésistes, pour des gestes techniques spécialisés sur la filière gastro-entérologie ;
- le développement de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des maladies inflammatoires (non cancéreuses), « *les biothérapies ne suffisant pas* » ;
- une intégration des IPA (infirmiers en pratique avancée) « *pour un suivi extrêmement précis et rigoureux du parcours de soins du patient* ».

Pour l'offre de gériatrie, les participants proposent :

- d'identifier systématiquement le profil gériatrique des patients (notamment en cas de syndrome confusionnel, dénutrition, maladies de la mémoire...) ; il est suggéré de former les médecins urgentistes à cette identification pour améliorer le retour à domicile et de former les médecins des services pour une prise en charge « *tenant compte du profil gériatrique et pas uniquement du motif d'hospitalisation* » ;
- de disposer d'un minimum de 2 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) pour 1 lit de court séjour gériatrique, réservés à la filière gériatrique. À ce sujet, un contributeur demande pourquoi le projet régional de santé 2018-2028 de l'ARS Grand Est ne fait pas mention d'augmentation de SSR gériatrique, alors que le contrat de performance ARS-Centre hospitalier de Langres prévoit, selon lui, la création d'un SSR gériatrique de 20 lits à Langres⁷.

⁵ Correspond au SSIAD – service de soins infirmiers à domicile – renforcé.

⁶ Pour mieux comprendre le dépistage du cancer de la prostate aujourd'hui : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-prostate/depistage>

⁷ Le contrat de performance ARS-Centre hospitalier de Langres prévoit l'extension de soins de suite et de réadaptation (SSR) sans mention de spécialisation, pour 10 places. Le projet régional de santé 2018-2028 prévoit le nombre de sites de SSR mais pas le nombre de places par site. Le projet régional de santé est concordant avec le contrat de performance.

Sur ce thème, le centre hospitalier de Chaumont indique qu'il souhaite créer une unité de SSR polyvalente dédiée à l'ensemble du bassin de santé haut-marnais du GHT 21-52.

Le centre hospitalier de Langres indique qu'il aimerait voir aboutir son projet de court séjour gériatrique et rappelle que ce service « *a été promis au moment de la transformation de la maternité en centre périnatal de proximité* ».

Pour la prise en charge de la santé mentale, les participants suggèrent :

- d'informer les professionnels sur les procédures pour éviter « *les sorties sèches* », en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers ; il est proposé de remettre un *vade mecum* aux maires sur les certificats à établir et d'associer les assistantes sociales ; il est également suggéré d'organiser un suivi des évolutions majeures des textes et des procédures ;
- d'offrir une possibilité de prise en charge logistique du patient pour le transport vers Chaumont – cette prise en charge n'existe pas aujourd'hui ;
- de développer des équipes mobiles pour des soins à domicile ;
- d'organiser la coordination avec l'assistante sociale afin de développer une prise en charge en réhabilitation psychosociale, sachant que le territoire manque de psychiatres et de pédopsychiatres.

Les propositions concernent aussi, pour la santé mentale, les différents types de patients. Il est suggéré :

- pour les personnes âgées, de créer une équipe mobile de géronto-psychiatrie assurant des déplacements dans les EPHAD, afin de prendre en charge directement les patients sur place et ainsi d'éviter aux personnes âgées un passage par les urgences ;
- pour les jeunes, de réfléchir avec les IPA (infirmiers en pratique avancée) à la création de lits d'urgence et de crise pour des prises en charge le plus tôt possible, les structures existantes étant rapidement saturées ;
- pour les centres pénitentiaires où les structures adaptées manquent, de créer un accueil psychiatrique.

2.3.3. Développer des outils : focus sur la télémédecine et les systèmes d'information

Les contributeurs relèvent que le développement de la télémédecine et de la téléconsultation présente des bénéfices à la fois pour la couverture du territoire, pour l'orientation des patients et pour soulager la charge des médecins et des services d'urgence. Ce développement permet aussi « *d'avoir des équipes structurées et de conserver de jeunes infirmiers formés* ».

Les participants s'accordent sur l'intérêt de profiter de la dynamique actuelle et de capitaliser sur les savoir-faire développés pendant la crise du Covid. Il est également rappelé que les centres hospitaliers de Langres et de Chaumont sont reliés en télémédecine 24 heures sur 24 avec le CHU de Dijon, depuis 2011, dans le domaine des accidents vasculaires cérébraux, avec de bons résultats en termes de délai de prise en charge.

Ainsi pour les soins non programmés, la télémédecine pourrait, selon les avis recueillis :

- travailler sur un contrat SAMU-centre de télémédecine pour adresser les patients sans médecin traitant et éviter les passages inutiles aux urgences ;
- être développée en accès public dans un cabinet infirmier ou en pharmacie ; dans ce cas toutefois, selon plusieurs contributeurs, la télémédecine ne peut s'envisager sur le long terme et ne peut s'appliquer au renouvellement de traitement – elle « *ne se substitue pas à la médecine traditionnelle* » ;

- être développée dans les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), en relais avec des lieux où elle serait en accès public. Sur ce point, un contributeur alerte toutefois sur le fait que si la télémédecine se résume à une téléconsultation où le patient est seul, elle n'apporte pas de bénéfice par rapport à un appel téléphonique. Un autre indique qu'il faudrait que les MSP soient reliées.

Pour la prise en charge de l'enfant, et spécifiquement des enfants souffrant d'épilepsie, les participants proposent de mettre en place des télé-électroencéphalogrammes.

Pour la gériatrie, il est indiqué qu'une télé-expertise est en projet entre l'EHPAD de Pougny-Doulaincourt et le court séjour gériatrique.

Pour la santé mentale, les participants proposent de développer les téléconsultations de psychiatrie ; ils précisent que la psychiatrie à distance, avec un relais infirmier, a été testée et mise en œuvre pendant la crise du Covid.

Le centre hospitalier de Chaumont souhaite la mise en place d'une salle de télémédecine et de téléconsultation utilisable pour la dermatologie, pour les praticiens de ville pouvant venir présenter leurs dossiers difficiles et pour la présentation de cas de neurologie fragiles (modification de l'état du patient, récurrence d'AVC, etc.).

Les participants insistent sur les conditions matérielles et techniques nécessaires au bon développement de la télémédecine : un large déploiement de la fibre (dont la mise en œuvre est portée par le Conseil départemental de la Haute-Marne) et un équipement technique adapté dans les cabinets.

Un contributeur recommande la mise en place d'une stratégie de déploiement des outils de télémédecine concertée entre les territoires et la communauté médicale, « *pour éviter les phénomènes de concurrence et de doublons entre territoires* ».

Concernant les systèmes d'information, l'enjeu est de garantir l'interopérabilité des plateformes et des outils de coordination entre professionnels de santé (de type PARCEO, e-TICSS...). Toutefois, selon l'un des avis, il serait également nécessaire de « *maintenir un suivi classique pour les professionnels ayant des difficultés de connexion* ».

2.4. Attirer et fidéliser les professionnels de santé

L'enjeu général est rappelé par les participants à la concertation : il s'agit de rendre le territoire attractif « *pour attirer et maintenir les professionnels* ».

Les participants insistent pour cela sur l'importance d'un environnement professionnel de bon niveau, avec des collaborations et des exercices partagés. Ils recommandent :

- de conserver les unités de soins continus et/ou de les développer, « *sinon les plus jeunes chirurgiens ne viendront pas sur le territoire* » ;
- d'améliorer la collaboration entre les personnels médicaux et paramédicaux, de « *décloisonner les différents métiers* » par des échanges ou par le dossier médical partagé ;
- d'améliorer la communication ville-hôpital ;
- de développer la télémédecine et la téléconsultation (cf. ci-avant) ;
- de veiller aux conditions de travail lors de l'installation en disposant en particulier « *de plateaux techniques adaptés, dignes d'un premier et deuxième recours* » ;

- de proposer de la formation de manière permanente ou régulière ;
- de promouvoir et de donner de la place à l'activité de recherche médicale « *directe, auprès du patient* » ;
- de faciliter la mise en place des activités coordonnées hôpital-libéral, « *pour renforcer l'attractivité pour les jeunes médecins et donner un cadre de travail collaboratif et apprenant* » ;
- de prendre en compte le fait que les médecins généralistes « *ne veulent plus exercer comme il y a vingt ans* » et de proposer en conséquence des exercices partagés, des exercices multiples, des passerelles « *pour travailler en hôpital, en libéral, en ruralité, en ville* » ;
- que la Région puisse travailler à la question des transports et notamment de la desserte en train du territoire, en lien avec la Bourgogne-Franche-Comté.

Des contributions portent sur les moyens d'attirer et de fidéliser les étudiants, en particulier le coaching par des praticiens, la mise en place d'un contrat entre un étudiant et un médecin partant à la retraite, une meilleure communication sur les actions mises en place auprès des étudiants et les tutorats et les stages.

Sur ce dernier point, il est suggéré :

- de profiter de la présence des deux facultés de médecine de Reims et de Dijon pour renforcer les affectations d'internes sur le territoire ;
- de « *faire sauter les verrous administratifs* » empêchant d'accueillir des étudiants venant d'universités ou d'écoles de santé d'autres régions ;
- de développer davantage de tutorat avec les équipes du CHU qui souhaitent le faire ;
- pour aider à l'installation d'internes sur le territoire, de mettre en place des stages mixtes ville-hôpital (le rythme d'1 semaine sur 2 ou de 3 mois en ville/3 mois à l'hôpital est proposé), des aides financières, des aides à l'installation et du coaching de la faculté ;
- de renforcer le nombre et les occasions de stages des internes chez les professionnels de la médecine de ville ; en parallèle de renforcer la capacité et l'envie des professionnels de ville à « *enseigner* » et à être maîtres de stages ;
- de proposer de bonnes conditions de logement – des collaborations entre les facultés de médecine de Reims et de Dijon sont suggérées pour loger les internes ;
- d'aider les étudiants urbains à passer leur permis de conduire pour pouvoir exercer plus facilement en milieu rural ;
- de respecter le temps de travail des internes ;
- de mettre en place des conventions entre l'ARS Grand Est et l'ARS Bourgogne-Franche-Comté pour accueillir des internes.

Il est également souhaité que les jeunes Haut-Marnais souhaitant faire des études de médecine puissent accéder à la faculté de Dijon, ce qui leur est pour l'heure impossible, si les matières enseignées sont les mêmes, parce qu'ils dépendent à l'académie de Reims. Ces jeunes étudiants, s'ils pouvaient étudier à Dijon plutôt qu'à Reims, reviendraient sans doute plus facilement s'installer dans le Sud Haute-Marne.

Enfin, pour l'installation des professionnels de santé, les contributeurs évoquent différents leviers :

- des aides aux installations ;
- des aides aux médecins en place (pas seulement au moment de l'installation) ;
- la capacité des collectivités territoriales à salarier des médecins ;
- l'amélioration des conditions de travail des soignants en centre hospitalier, en particulier pour ce qui concerne les rémunérations et le temps de travail ;
- des propositions de postes mixtes libéral-hôpital ;

- une augmentation des stages de formation pour l'ensemble des professionnels (infirmiers, assistantes sociales, agents de service hospitalier, kinésithérapeutes, etc.) ;
- l'attractivité pour les emplois des conjoints – il est indiqué à ce sujet que le Conseil départemental de la Haute-Marne a prévu de créer une agence d'attractivité pour début 2022 ; un contributeur propose qu'en complément soit engagée « *une réflexion sur le développement d'outils d'attractivité et d'accueil spécifiques aux professionnels de santé* ». Par ailleurs, des collectivités locales indiquent pouvoir prendre leur part dans l'identification de locaux professionnels, de logements, en valorisant le cadre de vie et en aidant à la recherche d'un emploi pour le conjoint.

3. LES AVIS DES PARTICIPANTS SUR LA CONCERTATION

Plusieurs contributeurs s'expriment positivement sur l'organisation de la concertation sur l'offre de soins du Centre et Sud Haute-Marne.

Un acteur salue « *la coopération entre l'ensemble des professionnels, des établissements médico-sociaux et des élus pour trouver une solution* ». D'autres participants relèvent que les ateliers ont permis de réels échanges, contributifs, ont donné lieu à la présentation par l'ARS de données de diagnostic objectives, à des travaux en sous-groupe efficaces, « *permettant à chacun de s'exprimer* », avec « *un véritable décloisonnement* » (entre professionnels de santé, institutionnels, administratifs, élus, représentants des syndicats, représentants des usagers...), à de bonnes interactions, à une « *liberté de parole* » et à « *une qualité d'écoute* ».

Une personne souligne que cela « *renforce la motivation à travailler* », mais mentionne que quelques ateliers ne sont sans doute pas suffisants pour faire le tour de toutes les problématiques.

La mobilisation de l'ensemble des acteurs et des corps de métier montre, selon plusieurs propos, « *combien l'état de santé de la population préoccupe* » ou que « *les professionnels de santé du territoire sont prêts à donner de leur temps et de leurs idées pour faire avancer les choses* ». Une personne remercie l'ARS Grand Est et le Préfet de la Haute-Marne « *de réussir ce tour de force de réunir autant de monde autour d'une table* ».

Des personnes soulignent l'enjeu de concrétiser désormais les propositions, en définissant en particulier « *qui fait quoi* ».

ANNEXES

LISTE DES PARTICIPANTS À LA CONCERTATION

- **Élus :**
 - Conseil de surveillance du centre hospitalier de Chaumont
 - Conseil de surveillance du centre hospitalier de Langres
 - Conseil de surveillance du centre hospitalier de Bourbonne-les-Bains
 - Conseil de surveillance du centre hospitalier de la Haute-Marne
 - Députés et sénateurs de la Haute-Marne
 - Conseil régional du Grand Est
 - Conseil départemental de la Haute-Marne
 - PETR (Pôle d'Équilibre Territorial et rural) de Langres
 - Pays de Chaumont
 - Communauté d'agglomération de Chaumont
 - Communauté de communes Auberive, Vingeanne et Montsaigeonnais
 - Communauté de communes du Grand Langres
 - Communauté de communes des 3 forêts
 - Communauté de communes Meuse-Rognon
 - Communauté de communes des Savoir Faire
 - Ville de Langres
 - Ville de Chaumont
 - Ville de Bourbonne-les-Bains

- **Professionnels de santé et du social :**
 - Commission médicale d'établissement (CME) :
 - Commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier de Chaumont
 - Commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier de Langres
 - Commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier de Bourbonne-les-Bains
 - Commission médicale d'établissement (CME) du centre hospitalier de la Haute-Marne
 - Commission médicale d'établissement (CME) du GCS (groupement de coopération sanitaire) Pôle de santé Sud Haut-Marnais
 - Commission médicale d'établissement (CME) du CHU de Dijon
 - Organisations syndicales :
 - Organisation syndicale Force Ouvrière - centre hospitalier de Chaumont
 - Organisation syndicale CFDT - centre hospitalier de Chaumont
 - Organisation syndicale Sud Santé - centre hospitalier de Chaumont
 - Organisation syndicale Force Ouvrière - centre hospitalier de Langres
 - Organisation syndicale CFDT - centre hospitalier de Langres
 - Organisation syndicale CFDT - centre hospitalier de Bourbonne-les-Bains
 - Instances ordinaires :
 - Conseil départemental de l'ordre des médecins
 - Conseil régional de l'ordre des pharmaciens
 - Conseil interdépartemental de l'ordre des infirmiers
 - Plateforme territoriale d'appui
 - Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)
 - CPTS Centre Haute-Marne
 - CPTS 21-52
 - Maisons de santé pluri-professionnelle (MSP) :
 - MSP de Froncles (arrondissement de Chaumont)
 - MSP de Langres
 - MSP de Fayl-Billot (arrondissement de Langres)

- Praticiens :
 - praticiens médicaux et non médicaux des centres hospitaliers du Sud Haute-Marne, du centre hospitalier de la Haute-Marne, des cliniques, du CHU de Dijon
 - praticiens médicaux et professionnels de santé libéraux : généralistes et spécialistes, en exercice coordonné ou en individuel, psychologues...
- Collège médical et task force médicale GHT 21-52
- Régulib (association des médecins régulateurs libéraux)
- Étudiants en médecine
- Association départementale des pupilles de l'enseignement public (ADPEP) 52
- Fédération APAJH (Association pour adultes et jeunes handicapés)
- Établissements :
 - CHU de Dijon
 - GHT (groupement hospitalier territorial) 21-52
 - GHT Cœur Grand Est
 - Centre hospitalier de Chaumont
 - Centre hospitalier de Langres
 - Centre hospitalier de Bourbonne-les-Bains
 - Centre hospitalier de la Haute-Marne (CHHM)
 - Cliniques Elsan Chaumont et Langres, GCS Pôle de santé Sud Haut-Marnais
 - HAD (Hospitalisation à domicile) Chaumont
 - Centre hospitalier La Chartreuse Dijon

- **Usagers :**

- Commission des usagers (CDU) du centre hospitalier de Chaumont
- Commission des usagers (CDU) du centre hospitalier de Langres
- Commission des usagers (CDU) du centre hospitalier de Bourbonne-les-Bains
- UDAF
- UNAFAM
- Avenir Santé Sud Haute-Marne (ASSHM)
- Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) – section handicap
- CDCA – section personnes âgées
- Ligue contre le cancer

- **Institutionnels :**

- Préfecture de la Haute-Marne
- ARS Grand Est
- ARS Bourgogne-Franche-Comté
- Services du Conseil départemental de la Haute-Marne
- Caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Marne

LES PROPOSITIONS ÉMISES ATELIER PAR ATELIER

Propositions de l'atelier « <u>soins non programmés en ville et à l'hôpital, soins critiques</u> » du 1^{er} juin 2021

➤ *Entrée en soins non programmés*

Questionnements :

- Comment bien informer et coordonner les professionnels de santé pour bien orienter la population ?
- Quelles sont les bonnes pratiques existantes, les innovations, les projets pilotes sur ce sujet (sur le territoire ou au-delà) ?

Propositions :

1. Utiliser les nouveaux leviers règlementaires notamment sur les protocoles, consistant à déléguer certains actes relevant de la responsabilité d'un médecin à d'autres professionnels. Exemple des Infirmiers de Protocole Avancé (IPA) qui se peuvent s'occuper d'une population de patients confiés par les médecins
2. Développer la téléconsultation, en public access, dans un cabinet infirmier ou pharmacie
3. Développer la télé-expertise dans les MSP, en relais avec des lieux de public access.
4. Mettre en place systématiquement des créneaux d'urgences pour les consultations (créneaux chaque heure par exemple), à la fois en établissement de santé et en cabinet libéral
5. Organiser, entre professionnels de santé, la prise en charge de personnes ayant besoin de soins par la création d'un numéro de téléphone unique et dédié (projet en réflexion par la CPTS Centre Haute-Marne sur son territoire, hors ville de Chaumont)
6. Mettre en place un cabinet de soins non programmés à Chaumont, avec des consultations sans rendez-vous en fin d'après-midi assurées par des médecins généralistes (projets en cours porté par la CPTS Centre Haute-Marne)
7. Développer des actions de communication pour informer la population, car de nombreuses actions engagées ne sont pas connues.
8. Réviser le décret d'acte de la profession d'infirmier en y intégrant par exemple l'évaluation de la dépendance des patients

➤ *Sortie de soins non programmés*

Questionnements :

- Comment mieux organiser le retour d'information de l'hôpital à la ville une fois le patient sorti de l'hôpital ?
- Le processus de sortie de l'hôpital : comment améliorer la communication entre acteurs et le parcours de santé dès la sortie de l'hôpital ?

Propositions :

9. Confier de A à Z le volet médical et social de la sortie d'hospitalisation à la plateforme territoriale d'appui avec le soutien des infirmiers libéraux
10. Ouvrir des plages horaires en semaine à la maison médicale de garde à Langres
11. Mieux communiquer sur les plateformes d'appui qui répertorient les dispositifs existant sur le territoire.
12. Désigner un acteur référent au sein de l'hôpital pour éclairer les interims.
13. Augmenter les plages horaires des plateformes territoriales d'appui. Communiquer avec les professionnels hospitaliers pour connaître les astreintes et plages d'ouvertures.
14. Permettre à la médecine de ville d'accéder aux données des outils de coordination PARCEO (sur le Grand Est) et eTICSS (sur la Bourgogne Franche-Comté), pour permettre le recueil d'informations interprofessionnelles (tout professionnel peut compléter le dossier du patient)
15. Déployer des prises en charge minimales pour assurer les prestations de bases d'aide à la personne qui permet un retour à domicile, provisoire, jusqu'au lundi matin (ADMR).

16. Envisager un système de forfait transport pour les retours à domicile post-urgences des personnes âgées en perte d'autonomie sur les horaires atypiques (réactivité de la réponse à la demande, avec un modèle économique viable)
17. Organiser la prise en charge à domicile à la fois dans les domaines de la santé et du social (SSIAD, SAAD) pour les retours à domicile post-urgences des personnes âgées en perte d'autonomie qui ont lieu durant le week-end, dans l'attente de la possibilité de mettre en place une organisation pérenne le lundi
18. Offrir la possibilité de fournir au patient sortant des urgences la nuit ou le dimanche les premières doses des médicaments prescrits pour éviter un recours à la pharmacie de garde qui pourrait être éloignée

➤ **Coopérations pluriprofessionnelles**

Questionnements :

- Quels sont les outils de coopération professionnelle sur les soins non programmés existants aujourd'hui sur le territoire ? Comment jugez-vous leur fonctionnement et comment l'améliorer ?
- Comment s'organiser aujourd'hui avec les forces volontaires en présence sur le terrain (pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...) pour mieux prendre en charge les soins non programmés ?

Propositions :

19. Mettre en place une campagne d'information et d'éducation des usagers sur les modalités de prise en charge des urgences (urgences ressenties-urgences vitales)
20. Mettre en place un annuaire croisé des professionnels de santé ville-hôpital (qui fait quoi où et à quel moment)
21. Réaliser une cartographie des outils et structures disponibles existants (CPTS, outils de télémédecine, etc.)
22. Capitaliser sur les retours d'expériences de la crise COVID en matière de télémédecine, de mise en relation de professionnels de santé (=>référénts territoriaux)
23. Promouvoir la formation des IPA et préparer leur arrivée sur le territoire Haut-Marnais

**Propositions de l'atelier « plateaux médico-techniques, dont la chirurgie et l'imagerie »
du 8 juin 2021**

➤ **Recours à des soins extraterritoriaux**

Questionnement :

Qu'est-ce qui explique, selon vous, un tel recours à des soins extraterritoriaux :

- *Confiance ?*
- *Organisation ?*
- *Environnement ?*

Propositions :

24. Développer la chirurgie en cancérologie
25. Mieux travailler sur les complémentarités entre établissements pour ne pas devenir que des centres de consultation
26. Viser la chirurgie de proximité : orthopédie (Chaumont, Langres...), surtout pour une population âgée.
27. Recruter un médecin en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), pour renforcer le lien entre les équipes et gagner la confiance des patients.
28. Viser la chirurgie de proximité - Faire monter en compétences les IPA (encadrés par les médecins), hôpital et villes – Exemple du Canada
29. Améliorer la visibilité sur l'offre de proximité
30. Améliorer la coordination des kinésithérapeutes de ville et des hôpitaux notamment pour anticiper les besoins de rééducation en ville à la suite d'une intervention chirurgicale.

➤ *Biologie et imagerie*

Questionnement :

Comment s'organise la programmation de la biologie, de l'imagerie ?

Propositions :

31. Augmenter présence des praticiens Dijon sur place / renforcer la collaboration.
32. Refaire les analyses sur chaque site et travailler avec Dijon pour les plus compliquées.

**Propositions de l'atelier « prise en charge de la femme, de la mère et de l'enfant »
du 10 juin 2021**

➤ *Parcours de qualité de la femme*

Questionnements :

Quelles sont les bonnes pratiques et synergies entre les professionnels (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue libéral et hospitalier...) pour proposer un parcours de soins de qualité à la femme tout au long de sa vie ?

- existantes sur le territoire et à améliorer
- ou à déployer (exemples sur d'autres territoires...)

Propositions :

33. Renforcer les compétences des sages-femmes par des mises en pratique sur l'ensemble du territoire
34. Mettre en place une plate-forme de coordination accessible à l'ensemble du cercle de soins
35. Renforcer les actions de prévention, de dépistage et de suivi de la femme tout au long de sa vie
36. Mieux communiquer sur les savoir-faire et spécialités des sages-femmes du CH de Chaumont
37. Assurer une meilleure orientation pour la prise en charge des IVG
38. Mieux faire connaître, aux médecins généralistes notamment, les solutions existantes pour les femmes victimes de violence
39. Améliorer la prise en charge autour des problèmes de l'incontinence des femmes

➤ *Parcours de qualité de l'enfant*

Questionnements :

Quelles sont les bonnes pratiques et synergies entre les professionnels (médecin généraliste, pédiatre...) pour proposer un parcours de soins de qualité à l'enfant (suivi, prévention, etc.) ?

- existantes sur le territoire et à améliorer
- ou à déployer (exemples sur d'autres territoires...)

Propositions :

40. Rendre attractif le territoire pour les pédiatres
41. Améliorer la coordination entre le CHU Dijon et CH Chaumont pour les soins de recours des « parcours atypiques »
42. Réduire les temps d'attente aux urgences pour les enfants – 15 ans
43. Consolider la prise en charge orthopédique (statique plantaire, scoliose) et neuro-orthopédique (Dys, IMC) du jeune enfant, et troubles du neurodéveloppement (autisme)
44. Améliorer le repérage et la prise en charge des troubles d'apprentissage à l'école en zone rurale « oubliées »
45. Améliorer la communication des actions mises en place et qui fonctionnent et les actions qui vont être mises en place communication Lien ville – Hôpital

➤ Parcours de qualité de la mère

Questionnements :

- Comment rendre la maternité du CH de Chaumont plus attractive pour les parturientes et pour les professionnels ?
- Quelles sont les solutions, existantes ou à développer, sur le territoire pour le suivi de la grossesse ?
- Comment s'organiser aujourd'hui avec les forces volontaires en présence sur le terrain (pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes...) pour mieux prendre en charge les soins non programmés ?

Propositions :

46. Renforcer et faire connaître la qualité du triangle formé par Langres (CPP), Chaumont (maternité de type 2A) et Dijon (maternité de type 3 et réanimation néo-natale). Le triangle est fonctionnel et la filière répond aux demandes des patientes. Cette filière est une valeur ajoutée à faire connaître en éditant un répertoire des personnes qui exercent dans ce triangle vertueux.
47. Eviter de dissocier la femme non enceinte de la femme enceinte. La filière doit pouvoir suivre la femme tout au long de sa vie, de la puberté à la fin de vie, en prenant en compte les différentes grossesses s'il y en a.
48. Rattacher le Sud Haute-Marne dans le réseau périnatal de Bourgogne pour résoudre les problèmes de soins et de financements (réseau de Bourgogne félicité par la cour des comptes dans ce domaine). Le réseau périnatal de Bourgogne, depuis 1993, a permis de réduire de façon drastique la mortalité ; il a porté ses fruits sur la qualité et la sécurité des soins grâce à la mise en place d'un dossier unique entre les différents sites de la prise en charge, et qui permet également de lier la mère à son enfant.
49. Avoir une prise en charge plus adaptée pour les femmes victimes de violences
50. Créer un système d'équipe territoriale pour les personnes du même corps d'intervention, pour que les praticiens ne fassent pas toujours la même chose et qu'ils se relaient
51. Mobiliser les acteurs hospitaliers du Sud Haute-Marne dans les prochains colloques organisés par l'association Avenir Santé pour contribuer à améliorer la connaissance de l'offre locale et à renforcer la confiance des usagers

<p align="center">Propositions de l'atelier « <u>démographie médicale et lien ville-hôpital</u> » du 22 juin 2021</p>
--

➤ DISPOSITIFS D'AIDE A L'INSTALLATION

Questionnements :

Comment rendre le centre et sud Haute-Marne **plus attractif** pour les professionnels de santé et inciter à leur installation :

- En quoi les différentes aides/actions existantes (ARS, collectivités, CPAM...) sont-elles - ou non - correctement dimensionnées ?
- Peut-on améliorer leur cohérence / complémentarité ?
- Quelles autres pistes envisager (qualité de vie au travail...) ?

Propositions :

52. Aider les internes à remplir leurs missions, réfléchir à des parcours mixtes
53. Mettre en œuvre des collaborations entre les facultés de médecine de Reims et de Dijon
54. Développer l'apprentissage
55. Améliorer la collaboration entre personnels médicaux et paramédicaux
56. Aider aux installations sur le territoire
57. Développer la télémédecine et la téléconsultation
58. Veiller à une rémunération décente
59. Veiller aux conditions de travail proposées au moment de l'installation
60. Fidéliser les étudiants en médecine
61. Lever les freins à l'installation

62. Proposer le salariat des médecins
63. Signer un contrat entre étudiant et médecin partant à la retraite
64. Proposer des aides ARS pour ceux qui sont déjà sur le territoire, et pas seulement ceux qui veulent s'y installer
65. Accompagner l'ingénierie de consultation en télémédecine
66. Mieux communiquer sur les actions mises en place auprès des étudiants
67. Développer plus de tutorat avec les équipes du CHU qui souhaitent le faire

➤ TRAVAIL EN RESEAU

Questionnements :

Quelles actions serait-il souhaitable d'améliorer / de mettre en place pour mieux se connaître et partager les connaissances :

- Au regard des outils déjà en place (CPTS, CLS...) ?
- Pour mieux faire connaître à l'hôpital ce que fait la ville, et inversement ?
- Pour mieux faire connaître à la population l'étendue de l'offre de soins ?

Comment envisager un travail en réseau plus efficient :

- Délégations de missions ?
- Formation professionnelles, EPU ?

Propositions :

68. Un préalable : apprendre à mieux se connaître, multiplier le cadre et les occasions d'échanges (bien amorcé déjà avec CLS / CPTS)
69. Faciliter les échanges et la coordination des soins : s'assurer de l'interopérabilité des plateformes / applications, sans oublier la méthode classique « le papier » (sorties d'hôpital, ...)
70. Renforcer le management des équipes ; le travail en réseau / en équipe nécessite aussi de savoir travailler et manager une équipe
71. Sortir les spécialités des CHU / renforcer les propositions / dispositifs de stages en ville => suppose aussi de former les professionnels au rôle de « maître de stage » et les inciter à enseigner pour former les étudiants
72. Développer téléconsultation / télémédecine mais de façon raisonnée par rapport aux limites de chacune
73. Renforcer la délégation de tâches et les transferts de compétences -> en positionnant le curseur au bon endroit par rapport aux différents risques encourus au niveau de la responsabilité
74. Faciliter la mise en place des activités coordonnées hôpital / libéral -> source d'attractivité possible pour les jeunes médecins
75. Mettre en place CPTS sur le territoire de Langres
76. Rendre le territoire attractif pour attirer et maintenir les futurs jeunes professionnels (numerus apertus effectif dans 7/8 ans) (=> co-construction / dialogue élus –professionnels de santé
77. Créer un annuaire en ligne, partagé, des professionnels de santé
78. Prendre en charge les cas complexes – patients atteints de pathologies psychiques et psychiatriques
79. Réorienter les patients vers les services Médecine Physique et Réadaptation et appareillage sur Chaumont
80. Développer les assistants à temps partagé
81. Mettre en place des fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH) pour consolider la sécurité et la qualité sur le plan médical et paramédical.
82. Assurer une formation permanente et régulière, à la fois pour les hospitaliers et les libéraux, pour développer l'attractivité médicale et palier aux difficultés de la Haute-Marne. Le GHT 21-52 est engagé dans cette démarche aux côtés de l'ensemble des structures du GHT.
83. Réduire les délais de transmission des comptes rendus de sorties de l'hôpital au médecin référent

**Propositions de l'atelier « médecine et filières (cancer, gériatrie, maladies chroniques) »
du 24 juin 2021**

➤ Parcours des patients atteints de cancer => Filière cancer

Questionnements :

Comment mieux articuler les relations entre les acteurs de la filière ?

Quelles actions mettre en place pour rendre le parcours du patient plus fluide ?

- *Comment réduire les délais de diagnostic ?*
- *Quelle est la situation sur le territoire en matière de vacations d'oncologie ?*
- *Peut-elle être améliorée et de quelle manière ?*
- *Comment rendre les structures et modalités de dépistage sur le territoire plus efficaces / plus accessibles ?*
- *Quelles sont les alternatives à l'hospitalisation : Hospitalisation à domicile ? Equipe mobile de soins palliatifs ?*

Propositions :

84. Développer le dépistage colorectal au niveau du département en lien avec le médecin généraliste
85. Faire connaître et consolider les vacations en oncologie médicale sur Chaumont
86. Consolider les activités de chirurgie, de radiothérapie et de chimiothérapie réalisées sur Chaumont en partenariat avec le centre George François Leclerc et le CHU de Dijon.
87. Organiser des campagnes de dépistage du cancer de la prostate en lien avec les CPAM, les mutuelles et les associations de patients comme la Ligue contre le cancer

➤ Parcours des personnes âgées

Questionnements :

- *Comment adresser les patients en admission directe sans passer par les urgences ?*
- *Comment mieux articuler les dispositifs de coordination existants ?*
- *Comment réduire les difficultés en aval des hospitalisations ?*
- *Quelles actions pour améliorer la coordination entre HAD, SAAD et SIAAD pour les prises en charge le week-end ?*

Propositions :

88. Identifier systématiquement le profil gériatrique des patients en formant les médecins urgentistes à cette identification pour améliorer leur retour à domicile
89. Prioriser les moyens nouveaux sur la gériatrie vers le centre hospitalier en réduisant le délai d'accès à une consultation spécialisée en gériatrie
90. Mettre en place une « hotline » gériatrique pour les acteurs de ville en s'appuyant sur la PTA en vue de fluidifier la prise en charge du patient, fluidifier la sortie d'hospitalisation, le retour d'information post-hospitalisation au médecin traitant
91. Disposer de l'équivalent de minimum 2 lits de SSR pour 1 lit de court séjour gériatrique, pour fluidifier le parcours de la personne âgée
92. Disposer d'un court-séjour gériatrique reconnu facilitant le recrutement de gériatre
93. Organiser les équipes en SSIAD les jours ouvrés et les week-ends
94. S'appuyer sur les infirmières « Asalée »
95. Créer un dispositif d'appui à la coordination (DAC), guichet unique, en s'assurant du maintien de réponses individualisées satisfaisantes en proximité

➤ **Parcours patients atteints de maladies chroniques => filière pneumologie**

Questionnements :

- De quelle manière améliorer les prises en charge existantes ?
- Comment mobiliser au mieux le nouveau Conseiller en Environnement Intérieur (CEI) ?
- Quelles actions mettre en place pour couvrir la filière pneumologie dans son ensemble :
 - Allergologie ?
 - Cancérologie ?
 - Insuffisance respiratoire ?
 - Problèmes infectieux ?
 - Réadaptation ?
 - Education thérapeutique ?

Propositions :

96. Préconiser l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation à domicile pour certains patients
97. Améliorer la gestion du parcours par les cadres de santé via l'utilisation de ViaTrajectoire
98. Développer les équipes mobiles (pneumologues) et associer les kinésithérapeutes, les IPA et les SIAAD dans la sortie rapide et la sécurisation à domicile
99. Augmenter la médicalisation des services
100. Créer une FMIH pluriprofessionnelle neuro-cardio-pneumo (retour d'expérience de Semur en Auxois)

Pour la filière de gastro-entérologie :

101. Créer un plateau technique, avec des anesthésistes, pour des gestes techniques spécialisés
102. Moderniser les appareillages d'endoscopie
103. Développer l'éducation thérapeutique et les biothérapies dans la prise en charge des maladies inflammatoires (non-cancéreuses)

Propositions de l'atelier « <u>santé mentale</u> » du 29 juin 2021

➤ **Quelles solutions d'urgence ?**

Questionnements :

- Quelle est la situation actuelle en termes de prise en charge de la crise (solutions disponibles / manquantes) :
 - Pour l'enfant/adolescent (lien avec les structures d'ASE...) ?
 - Pour l'adulte ?
 - Pour la personne âgée ?
- Quelles solutions proposer pour un patient se présentant aux urgences d'un CH ?
- Comment améliorer le parcours de soins psychiatriques sans consentement (délais, lieux d'accès...) ?

Propositions :

104. Offrir une possibilité de prise en charge logistiquue du patient
105. Equiper les maisons d'arrêt d'un accueil psychiatrique
106. Informer les professionnels d'un parcours de soins précis (procédures) et faire appliquer les procédures
107. Contacter l'infirmière de liaison du CMP de Langres à tout moment de la journée pour appuyer le SAU et aiguiller sur les procédures, documents d'hospitalisation, etc.
108. Créer et mettre en place une équipe mobile qui se déplace dans les EHPAD pour prendre en charge les patients, car les EHPAD ne sont pas équipés pour les crises
109. Réfléchir avec les IPA pour avancer et créer des lits d'urgence et de crise pour les jeunes
110. Renforcer les liens avec le département 21 et partager les informations sur la santé mentale

➤ La prise en charge post-crise

Questionnements :

- Quel diagnostic tirer de la situation actuelle et quelles pistes d'amélioration, en matière de :
 - Réhabilitation psycho-sociale ?
 - Fonctionnement CMP ?
 - Suivi psychiatrique ?
 - Consultations psychiatriques en libéral ?
- Comment envisager un accompagnement adapté dans le contexte post COVID ?

Propositions :

111. Se coordonner avec l'assistante sociale afin de développer une prise en charge en réhabilitation psychosociale
112. Développer les IPA psychiatriques
113. Développer les équipes mobiles pour des soins à domicile
114. Développer les téléconsultations de psychiatrie
115. Mettre en place un annuaire croisé pour développer la connaissance des acteurs de la filière
116. Renforcer le dépistage des dépressions – particulièrement post COVID
117. Renforcer le lien avec les partenaires - CHU Dijon, l'établissement de KER YONNEC (Yonne), le CSAPA

➤ La psychiatrie et ses partenaires :

Questionnements :

Comment optimiser le fonctionnement du réseau des acteurs, en particulier pour les publics et parcours suivants :

- Filière en addictologie ?
- Enfant / adolescent ?
- Personne en situation de handicap (enfant, adulte) ?
- Personne âgée ?
- Détenu ?
- Publics vulnérables ?

Propositions :

118. Analyser les causes de départ pour adapter les solutions proposées face aux tensions sur la démographie médicale.
119. Mettre en place une action de recherche avec l'université de Lorraine sur l'accès et la coordination des soins en santé mentale (compréhension des leviers, attractivité)
120. Mettre en place la plateforme de coordination et d'orientation sur les troubles du neuro-développement (en cours) avec un guichet unique de la santé mentale pour les enfants et adolescents
121. Créer du lien entre les psychiatres du CHHM et la filière addictologie portée par les CH de Chaumont et Langres. Apprendre à se connaître et identifier le champ d'action et de besoins de chacun (hospitalier, médico-social, social, ville)
122. Mettre en place des réunions pluri-professionnelles autour de situations individuelles ou pour partager les projets en cours : les acteurs auront ainsi identifié des partenaires clés et communiqueront plus facilement entre eux
123. S'appuyer sur la filière gériatrique existante plutôt que de créer une filière géronto-psy dédiée
124. Mettre en place un partenariat entre des personnels spécialisés et les acteurs du social (IDE psy, « accompagnateurs » formés aux troubles psychiatriques pour faciliter l'accès aux soins à l'UDAF, groupe précarité animé par une psychologue sur Langres)
125. Rendre nécessaire une formation universitaire en médecine interne et un DU (diplôme universitaire) de médecine polyvalente pour s'intégrer dans les services de spécialités
126. Créer une unité de SSR (soins de suite et de réadaptation) polyvalente dédiée à l'ensemble du GHT 21-52 au centre hospitalier de Chaumont
127. Créer un poste ou deux temps partiel pour un médecin MPR (médecine physique et de réadaptation)

LES PROPOSITIONS ÉMISES LORS DES CONFÉRENCES SANTÉ

Propositions de la conférence santé de lancement du 28 mai 2021

128. Préférer un autre terme à celui de « fuite » des patients hors du territoire, mal choisi vis-à-vis des patients et de l'hôpital
129. Faire de la psychiatrie et de la santé mentale un sujet du GHT 21-52
130. Réfléchir à la façon de faire mieux travailler ensemble les centres hospitaliers de Langres, Chaumont et Bourbonne-les-Bains
131. Augmenter les soins de proximité, l'hospitalisation à domicile et les services de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées qui souhaitent et peuvent continuer de vivre chez elles
132. Proposer aux médecins généralistes des exercices partagés et multiples (hôpital, libéral, rural, ville)

Propositions de la conférence santé de restitution du 15 juillet 2021

133. Améliorer les conditions de travail des soignants pour favoriser l'attractivité
134. Avoir la possibilité de confier un patient à des professionnels libéraux, par exemple sur l'éducation thérapeutique
135. N'utiliser qu'une seule plateforme de partage (PARCEO ou e-TICCS) pour ne pas avoir à passer d'un outil à l'autre, ce qui risque d'être contre-productif
136. Organiser le parcours de soins des femmes demandeuses d'une IVG (interruption volontaire de grossesse)
137. Renforcer la formation pluri-professionnelle
138. Renforcer la recherche directe auprès du patient (sur le terrain et pas seulement en laboratoire)
139. Développer les équipes mobiles dans les domaines de la médecine physique et de réadaptation, la gériatrie et la psychiatrie
140. Développer le dossier médical partagé
141. Créer une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) entre le CHU de Dijon et les centres hospitaliers de Langres, Chaumont et Bourbonne-les-Bains pour pouvoir travailler rapidement à des solutions lorsque des carences sont constatées dans une discipline
142. S'entendre entre les Régions Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté pour proposer une bonne desserte en train entre Dijon et la Haute-Marne
143. Faire porter la CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé) envisagée à Langres par le centre hospitalier, si cela est juridiquement possible, pour aider à assumer le travail nécessaire à son fonctionnement
144. Faire évoluer les textes pour que le représentant d'une CPTS puisse siéger au conseil de surveillance d'un centre hospitalier, ce qui va dans le sens du décloisonnement entre la ville et l'hôpital
145. Faire évoluer la législation pour que les jeunes Haut-Marnais puissent faire leurs études de médecine à Dijon (ainsi ils reviendraient s'installer plus facilement en Haute-Marne)
146. Améliorer la communication et la connaissance des rôles des différents acteurs en partageant les projets médicaux entre CPTS, hôpital public, hôpital privé et ville

LES PROPOSITIONS EMANANT DES CONTRIBUTIONS ECRITES

Propositions émanant des contributions écrites sur la période du 28 mai au 15 juillet 2021

147. Organiser la collaboration des collectivités locales avec le milieu hospitalier pour l'accueil de jeunes médecins en formation ayant signé un contrat d'engagement de service public (CESP)
148. Mettre en place une stratégie de déploiement des outils de télémédecine concertée entre les territoires et en lien avec la communauté médicale pour éviter les phénomènes de concurrence entre territoires et les doublons
149. Engager une réflexion sur le développement d'outils d'attractivité et d'accueil spécifique aux professionnels de santé, en parallèle à la construction d'une agence d'attractivité par le Conseil départemental de la Haute-Marne
150. Aborder la thématique de la gériatrie de manière dédiée et transversale, intégrant l'ensemble des réflexions en cours
151. Dispenser aux collectivités locales des informations fiables et à jour sur le GHT 21-52 afin qu'elles puissent les communiquer aux habitants
152. Créer un guichet unique afin d'accueillir, d'orienter et de renseigner sur la santé à l'échelle du territoire
153. Améliorer les hospitalisations, sorties d'hospitalisations et traitement des urgences pour les résidents des EHPAD, qui rencontrent toujours des difficultés malgré les différentes conventions sur l'urgence gériatrique
154. Améliorer l'information sur l'évolution de l'offre de soins et la signalétique autour et à l'intérieur du pôle de santé langrois ainsi que l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite
155. Rendre efficace la communication hôpital-ville en systématisant l'usage des messageries cryptées (ordinateurs et logiciels mis à jour) pour les entrées et sorties des urgences et des hospitalisations dans un délai de 24 h maximum
156. Encourager l'exercice mixte (médecins libéraux exerçant aussi en milieu hospitalier et médecins hospitaliers exerçant aussi en libéral) et les cabinets secondaires des médecins libéraux
157. Faire sauter les verrous administratifs pour l'accueil chez les maîtres de stage généralistes, dans les hôpitaux ou chez les paramédicaux, d'étudiants venant d'universités ou d'écoles en santé d'autres régions
158. Aider les étudiants urbains à passer leur permis de conduire afin de pouvoir exercer plus facilement en milieu rural, voire mettre à disposition un véhicule lors du stage
159. Favoriser l'exercice en commun (MSP, groupement de médecins, CPTS, GSP-groupement de soins primaires)
160. Développer les transports
161. Déployer la télémédecine avec la collaboration des médecins libéraux du territoire
162. Dissoudre le GCS (groupement de coopération sanitaire) "programme biologie" et séparer juridiquement les deux laboratoires de biologie des centres hospitaliers de Chaumont et de Langres, le fonctionnement actuel n'étant pas satisfaisant
163. Organiser l'information systématique des médecins traitants par les psychiatres
164. Étudier la possibilité de lever la sectorisation de la psychiatrie au sein du GHT 21-52
165. Mettre en place d'une plage horaire quotidienne d'accès à l'IRM pour les patients neurologiques hospitalisés à Langres, de manière à raccourcir la durée moyenne de séjour
166. Recruter un médecin MPR (médecine physique et de réadaptation) à temps plein, ou deux temps partiels, pour pérenniser le plateau technique de rééducation du centre hospitalier de Chaumont
167. Ouvrir un poste de médecine polyvalente au centre hospitalier de Chaumont pour le service de neuro-rhumato-médecine interne-maladies infectieuses
168. Mettre en place une salle de visioconférence pour la télémédecine et la téléconsultation que centre hospitalier de Chaumont pour la dermatologie, pour la présentation de dossiers difficiles et de cas de neurologie fragiles.