

## LA PRÉVENTION EN SANTÉ

*c'est d'abord notre affaire*

Lieu :  
Amiens – Mégacité

Septième journée régionale des Droits des usagers de la santé du **jeudi 13 avril 2023**

Animée par *Kaltoume DOUROUTI*  
Grand témoin : *Pr Maxime GIGNON*

### PROGRAMME DE LA JOURNÉE

8 h 30 > **Accueil**

9 h 30 > **Ouverture**

- **Dr Martine LEFEBVRE-IVAN**, Présidente de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)
- **Jean-Christophe CANLER**, Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France (ARS)
- **Pr Maxime GIGNON**, Médecin et Coordonnateur du pôle santé publique, préventions et épidémiologie au CHU d'Amiens-Picardie, Professeur des Universités à l'UPJV et Président de l'OR2S Hauts-de-France, en sa qualité de Grand Témoin à la journée

10 h 00 > **Première table ronde : La politique de prévention tout au long de la vie**

- **Amandine DEJANCOURT**, Directrice adjointe à la Direction de la Prévention-Promotion de la Santé (ARS Hauts-de-France)
- **Dr Maryse BURGER**, Médecin conseiller technique du recteur de l'Académie d'Amiens
- **Ghislaine LIEKENS**, Directrice de la CPAM du Hainaut
- **Françoise RAGUENEAU**, Vice-présidente en charge de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées au Conseil départemental de la Somme

11 h 30 > **« Forum des initiatives » / Pause déjeuner**

13 h 30 > **Deuxième table ronde : La prévention, une force en action**

- **Frédéric BRZOWSKI**, Président de la Commission spécialisée Prévention de la CRSA Hauts-de-France
- **Dr Jennifer COBERT**, Médecin coordinateur du Centre régional de coordination de dépistage des cancers (CRCDC), antenne territoriale de la Somme
- **Pr Guillaume VAIVA**, Responsable de la Mission nationale d'appui au déploiement de Vigilans, coresponsable scientifique du Centre national de ressources & résilience pour les psychotraumas (Cn2r)
- **Dr Harmony BOUCHEZ**, Médecin coordinateur et addictologue, et **Alexandre MASION**, Coordinateur administratif et psychologue, Association Le Mail

14 h 00 > **Troisième table ronde : Quand les usagers s'emparent de la prévention**

- **Alex, Camille, Eulalie**, Éléves représentants du Conseil de vie lycéen du lycée Robert de Luzarches (Amiens)
- **Peggy WARGNIER**, Cadre socioéducative de Sénéos Les Résidences du Centre Somme

- **Anne PAVIOT**, Infirmière - coordonnatrice de programme d'éducation thérapeutique du patient au Centre hospitalier de Beauvais
- **Sylvie ANSART**, Directrice de l'association APRIS (62)
- **Mme le Dr Nathalie REY**, Pédiopsychiatre, Maison des Adolescents d'Amiens

#### 15 h 45 > Synthèse et clôture

- **Pr Maxime GIGNON**, Grand Témoin
- **Christine TREPTE**, Présidente de la Commission spécialisée dans le domaine des Droits des usagers du système de santé (CSDU) de la CRSA Hauts-de-France
- **Frédéric BRZOZOWSKI**, Président de la Commission spécialisée Prévention de la CRSA Hauts-de-France

## OUVERTURE

**Mme Kaltoume DOUROUTI** invite les participants à prendre place puis les remercie d'être venus si nombreux pour cette septième journée régionale des Droits des usagers de la santé, dans le très bel amphithéâtre Boisselle de Mégacité à Amiens. La journée est organisée par la Commission spécialisée dans le domaine des Droits des usagers du système de santé de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, en collaboration avec la Commission spécialisée Prévention et avec le soutien de l'ARS.

Le thème choisi cette année, qui est très attendu, est « La prévention en santé, c'est d'abord notre affaire ».

Au fil de cette septième journée, tables rondes et temps forts feront émerger les initiatives et les actions très concrètes menées en ce domaine.

Mme Kaltoume DOUROUTI propose de laisser la parole à trois premiers intervenants, en ouverture de cette journée. Elle présente en premier lieu Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, Présidente de la CRSA, pour une intervention en vidéo.

### ➤ [Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, Présidente de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie \(CRSA\)](#)

**Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN** rappelle qu'en 2022, la journée régionale des Droits des usagers de la santé des Hauts-de-France avait permis de discuter des avancées du numérique dans le champ de la santé. Son mode d'intervention de ce jour en est une preuve. Elle se réjouissait de retrouver ses interlocuteurs pour la journée 2023 mais les professionnels de la santé sont aussi des usagers potentiels et comme le disait, il y a quelques jours, un kinésithérapeute, il faut savoir écouter son corps. Si elle ne peut être parmi eux ce jour, c'est parce que son dos a déposé une motion de censure.

Cette journée est la septième dans les Hauts-de-France. La première a été initiée en 2016 par la CRSA de Picardie. M. le Pr Jean-Pierre CANARELLI et les membres de la CRSA de l'époque peuvent être fiers de cette très belle initiative. Il est par ailleurs à noter que le 18 avril, se tiendra l'édition 2023 de la journée européenne des Droits en santé.

Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN se réjouit également fortement du thème de la journée régionale, retenu conjointement par la Commission spécialisée dans le domaine des Droits des usagers du système de santé et la Commission spécialisée Prévention. Elle tient à saluer Mme Christine TREPTE et M. Frédéric BRZOSOWSKI, présidents plus qu'actifs de ces deux commissions, ainsi que M. Olivier DAUPTAIN et Mme Lydie LEROY, qui les secondent.

Ceux qui connaissent Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN connaissent son combat en faveur de la prévention, mené depuis plusieurs décennies. Dès 2018, ce fut d'ailleurs le thème d'une journée scientifique de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale qu'elle a le bonheur de présider. Le sujet de la prévention a suscité des interrogations chez de très nombreuses personnes.

Pour Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, la prévention passe par une initiation dès l'école primaire. C'est une véritable grammaire de la santé qu'il faut imaginer, afin de prévenir l'obésité, les pathologies

cardiovasculaires et respiratoires ou encore de nombreux cancers, qui sont autant de maladies qui accélèrent l'arrivée de la fin de vie, qu'il est pourtant possible de différer.

Mais cette grammaire n'est pas et ne doit pas être le fait exclusif de l'Éducation nationale. Ce peut être, par exemple, celle des associations de parents d'élèves. Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN l'a elle-même vécu, il y a quelques décennies, alors que son fils était en cours préparatoire : avec deux adultes – parents, grands-parents – étaient proposés, deux fois par mois, des ateliers ludiques pour une alimentation saine. Au bout de deux ans, il a été possible de constater la disparition des barres chocolatées, des chips et du soda pour le goûter. C'est à cet âge-là qu'il faut semer les graines. Au collège, commence déjà la révolte, ce qui est tout à fait normal, mais les graines auront été semées.

La prévention passe aussi parfois par la déstigmatisation de certaines pathologies. Il convient de rappeler qu'environ sept ans sont nécessaires, aujourd'hui, en France, entre les premiers symptômes de schizophrénie et le diagnostic. Il faut aussi s'interroger sur les raisons pour lesquelles, aujourd'hui, en France, le suicide reste la première cause de mortalité chez la femme en période périnatale. Le sujet commence à être abordé ; les femmes commencent à ressentir moins de honte. Il en a été question dans *Femina* ; un livre est paru en la matière. Il faut encore rappeler que certains handicaps sont stigmatisés, ce qui explique un accès tardif aux soins.

La prévention consiste également à casser le refus de participer aux campagnes de dépistage, souvent par peur de ce que l'on risque de trouver. Là aussi, la pair-aidance est un atout.

Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN ne souhaite pas aller plus loin mais elle tient à adresser ses remerciements à l'ensemble des équipes de l'ARS des Hauts-de-France dédiées à la démocratie sanitaire, qui ne comptent pas leurs heures, et cela, pour eux tous.

Avant de céder la parole à M. Hugo GILARDI, elle tient également à le remercier d'avoir dit récemment que les Hauts-de-France étaient une terre d'innovation. C'est la vérité, et c'est aussi un combat de longue date de Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, qui souhaite à tous de passer une bonne journée.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite à applaudir Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, à l'issue de la diffusion de ce message vidéo. Après avoir remercié tous ceux qui les rejoignent encore, elle accueille M. Jean-Christophe CANLER, Directeur général adjoint de l'ARS des Hauts-de-France.

➤ **[Jean-Christophe CANLER, Directeur général adjoint de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France \(ARS\)](#)**

**M. Jean-Christophe CANLER** prie d'excuser l'indisponibilité de M. Hugo GILARDI, qui lui a confié le soin de prononcer quelques mots en ouverture de cette journée, ce qui lui est très agréable.

L'intervention commence par des salutations, adressées à Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, Mme Christine TREPTE, M. Frédéric BRZOZOWSKI, M. le Pr Maxime GIGNON, Mesdames et Messieurs les intervenants aux différentes tables rondes et au forum des initiatives de la pause méridienne, Mesdames et Messieurs les représentants des établissements et services du secteur sanitaire et médico-social, des

collectivités territoriales et, surtout, Mesdames et Messieurs les usagers et représentants d'usagers, à qui cette journée est dédiée.

M. Jean-Christophe CANLER fait part du plaisir qu'il éprouve à ouvrir cette journée, qui est la septième édition régionale de la journée des Droits des usagers et qui fait écho à la journée européenne dédiée aux Droits des patients.

C'est l'occasion de réunir l'ensemble des acteurs de la santé autour de la thématique des droits des usagers, de développer une culture commune, de partager les bonnes pratiques en ce domaine, mais aussi, ainsi que l'a rappelé Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, de souligner l'importance d'être une terre d'innovation et de faire connaître les initiatives innovantes qui sont déployées sur le territoire.

Cette journée est un temps fort de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie. C'est, pour M. Jean-Christophe CANLER, l'occasion de remercier ses membres, sa présidence, pour l'ensemble des échanges, nombreux, que partagent l'ARS et la CRSA et qui témoignent de la qualité des travaux qu'elles développent ensemble. La présente journée en est un excellent exemple.

Cette année, ce sont 350 inscrits qui ont été comptabilisés ; tous ne les ont peut-être pas encore rejoints, en raison des difficultés liées à l'actualité sociale, législative et constitutionnelle.

M. Jean-Christophe CANLER ne cache pas la fierté ressentie à l'ARS face à cette forte dynamique, notamment associative, présente dans tous les territoires de la région. C'est à travers ces mouvements nationaux, régionaux et parfois locaux que la représentation des usagers est activée.

Après une édition 2022 consacrée au numérique en santé, M. Jean-Christophe CANLER félicite, à l'instar de Mme le Dr Martine LEFEBVRE-IVAN, la Commission spécialisée dans le domaine des Droits des usagers et la Commission spécialisée Prévention de la CRSA d'avoir, ensemble, construit cette journée sur le thème de la prévention. Il salue particulièrement les deux présidents de ces commissions, Mme Christine TREPTE et M. Frédéric BRZOZOWSKI, qui interviendront au cours de l'après-midi.

Depuis une quinzaine d'années, la place du citoyen usager dans les politiques publiques de santé s'est considérablement développée, à travers l'émergence et le renforcement d'une mobilisation associative mais aussi d'une demande très forte des citoyens d'être davantage associés aux décisions publiques et de bénéficier de services publics plus performants, de proximité, et qui répondent à leurs attentes. Cette année présente la particularité de coïncider avec la révision du projet régional de santé. Le développement de la place de la prévention participe clairement des priorités de la stratégie régionale. Le travail commun de ces deux commissions spécialisées de la CRSA doit permettre de renforcer la place des usagers dans la prévention en santé.

En effet, comme le signale le titre de cette journée, « la prévention en santé, c'est d'abord notre affaire ». Certes, elle est sans doute l'affaire de spécialistes, dont un certain nombre pourra être entendu ce jour. Mais c'est d'abord l'affaire des usagers, qui sont force de proposition, force de conviction, auprès de tous, du monde des élus et des administrations.

Mme Amandine DEJANCOURT, une spécialiste, aura l'occasion, lors de la première table ronde, d'évoquer la stratégie régionale de l'Agence régionale de santé mais M. Jean-Christophe CANLER insiste sur la nécessité d'écouter la voix des usagers et de prendre en compte leurs besoins et leurs préoccupations.

Les usagers en santé ont des droits, individuels et collectifs, qui doivent être respectés et, surtout, connus de tous.

M. Jean-Christophe CANLER évoque quelques interrogations, qui traverseront probablement cette journée et nourriront certainement quelques réflexions.

La première d'entre elles porte sur la manière dont les usagers des Hauts-de-France peuvent mieux connaître les actions de prévention dont ils peuvent bénéficier. Un travail de terrain important a été mené à l'occasion du CNR Santé. L'un des éléments à en retenir est la difficulté à faire connaître les dispositifs, parfois auprès des professionnels de santé eux-mêmes, mais aussi, et surtout, des usagers, des citoyens, des citoyens usagers.

Une autre question concerne la façon dont les usagers peuvent être acteurs de leur parcours de prévention, par un certain nombre de dispositifs, d'outils, tel mon espace santé, de recommandations ciblées de l'Assurance maladie.

M. Jean-Christophe CANLER soulève également la question de l'obligation de se soumettre à des actions de prévention, de dépistage, de vaccination : c'est un champ qu'il se permet d'ouvrir. Certains y ont répondu.

Sur les droits collectifs, il s'agit de se demander comment les usagers sont représentés dans les instances de santé publique, qui définissent la politique de prévention. C'est l'occasion pour M. Jean-Christophe CANLER de souligner tout le travail réalisé par les représentants des usagers, notamment dans les différents conseils d'administration et conseils de surveillance des établissements sanitaires et médico-sociaux, tout au long de l'année.

Enfin, il se demande comment les usagers peuvent prendre une part active dans les actions de prévention pour les autres, avec des sujets autour de la santé communautaire, du rôle des médiateurs pairs, du patient expert.

Au cours de cette journée, il s'agira d'explorer les droits des usagers en prévention et les moyens pour les mettre en pratique. Les échanges des trois tables rondes aborderont la prévention tout au long de la vie, en action et par les usagers. L'innovation et la diffusion des bonnes pratiques se feront au cours de cette journée, autour de ces tables rondes et lors des moments d'échanges dans les stands, proposés à l'occasion de la pause déjeuner.

M. Jean-Christophe CANLER espère que cette journée apportera à tous un partage d'expériences précieux. Il leur souhaite d'excellents travaux et les remercie de leur attention.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. Jean-Christophe CANLER et propose d'accueillir M. le Pr Maxime GIGNON, médecin et coordonnateur du pôle santé publique, préventions et épidémiologie au CHU d'Amiens-Picardie. Elle l'interroge en particulier sur les conséquences de la crise sanitaire sur la prévention.

➤ [Pr Maxime GIGNON, Médecin et Coordonnateur du pôle santé publique, préventions et épidémiologie au CHU d'Amiens-Picardie, Professeur des](#)

## Universités à l'UPJV et Président de l'OR2S Hauts-de-France, en sa qualité de Grand Témoin

**M. le Pr Maxime GIGNON** salue l'assistance et indique qu'il n'a pas de réponse à l'excellente question de Mme Kaltoume DOUROURI. En tant que médecin, praticien de santé publique et de prévention, cette crise sanitaire est source de nombreuses interrogations car il n'a jamais été autant discuté de prévention que pendant ces dernières années, et pour cause : face à ce virus émergent, il n'y avait que la prévention pour se défendre. Au début, il n'y avait ni traitement, ni vaccin. Il a donc fallu prévenir, éviter de tomber malade. Certes, finalement, il semble que l'on ait plutôt réussi, mais la question reste de savoir à quel prix. M. le Pr Maxime GIGNON a été lui-même un acteur, à son échelle, dans son établissement, et il ne regrette pas les choix qui ont été faits pour prévenir cette maladie. Pour autant, en lien avec la prévention qui a été mise en place pour se prémunir de ce virus, des patients atteints de pathologies chroniques ont subi un retard dans la prise en charge, ce qui a un impact en termes de santé. Des personnes auraient dû être dépistées et la crise sanitaire a eu un impact en termes de retard dans les dépistages, notamment des cancers.

Cette crise a aussi eu un impact sur la santé mentale. C'est un constat qui a pu être dressé pour l'ensemble de la population, particulièrement chez les jeunes et les étudiants et l'on en paie encore aujourd'hui le prix. L'on peut se demander si c'est lié aux choix de prévention qui ont été opérés – confinement, port du masque... – ou à une crise. Il convient tout de même de rappeler le caractère exceptionnel de cette crise sanitaire ; M. le Pr Maxime GIGNON n'en tire donc aucun jugement. Mais tous les choix qui ont été faits ont également un impact en matière de santé.

Il est donc important de trouver un équilibre entre les bénéfices et les risques que les choix, y compris en termes de prévention, peuvent avoir sur d'autres parties de la santé et/ou de la population.

Répétant que ses questions sont nombreuses, M. le Pr Maxime GIGNON se réjouit de participer à cette journée sur les droits des usagers, pour échanger, ensemble, autour de ces interrogations. La prévention étant l'affaire de chacun, en tant qu'acteur, citoyen, usager, il affirme son intérêt pour les discussions à venir au sein des tables rondes mais aussi, de manière plus informelle, lors du déjeuner. Il ne doute pas que ces moments seront riches d'enseignements pour chacun.

L'un des intérêts de la prévention est de préserver la santé. M. le Pr Maxime GIGNON reconnaît qu'il aime rappeler à ses étudiants la définition que propose l'OMS de cette notion de santé, extrêmement globale : c'est l'état de complet bien-être, tant physique, psychique que social. Au regard des indicateurs de santé dans une région comme celle des Hauts-de-France, plusieurs constats peuvent être dressés. D'abord, certains de ces indicateurs sont particulièrement préoccupants. Ensuite, en considérant les déterminants, il est possible de mesurer l'importance des déterminants sociaux, économiques, éducatifs, qui ont un impact direct sur la santé. La santé et le social sont intimement liés ; la région des Hauts-de-France en est un exemple important.

Pourtant, le droit à la santé est fondamental. Les principes constitutionnels ont été rappelés. Le droit à la santé figure dans le bloc de constitutionnalité, qui constitue le droit le plus puissant en France. Plus précisément, il est mentionné à l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 : la Nation garantit à tous la protection de la santé.

Le Conseil constitutionnel a déjà eu à se prononcer en faveur du droit à la protection de la santé contre d'autres droits fondamentaux. Cela a été le cas pour la liberté de manifester, dans le cadre d'une grève dans une centrale nucléaire : le Conseil constitutionnel a posé que la santé et la protection de la sécurité sanitaire étaient plus importantes que le droit à manifester, justifiant la limitation de ce dernier, par souci de protection de la santé.

Cela a aussi été le cas lorsque les cigarettiers ont réclamé la possibilité de faire de la publicité pour le tabac : le Conseil constitutionnel a affirmé que la préservation de la santé était plus importante que le droit au libre-échange et à l'économie.

Il s'agit donc d'un droit très important. Pourtant, pour le mettre en pratique et le rendre effectif au quotidien, le chemin est parfois long. Ainsi que cela est apparu aussi au moment de la crise sanitaire, la prévention implique de cibler des populations. Le terme de « cibler » est utilisé à dessein : ce n'est pas habituellement dans le vocabulaire de M. le Pr Maxime GIGNON, mais il reste que, souvent, il s'agit de cibler des populations, au risque de les discriminer, de les ostraciser. Il arrive que, en cherchant à mettre en œuvre un principe bienfaiteur de prévention, l'on se retrouve avec des actions contreproductives.

La pratique de la prévention est particulièrement complexe et amène à ce que chacun, en tant qu'utilisateur et citoyen, s'interroge sur les choix souhaités en matière de prévention.

Obtenir le meilleur état de santé possible pour chacun, c'est agir sur les comportements. Cela peut être discriminant et ostracisant : si l'on dit à une personne qu'il faut arrêter de boire, de fumer, de manger sa charcuterie préférée, pour sa santé, cela part certainement d'un bon sentiment, mais l'on s'attaque à elle, individuellement, à ses choix, à ses valeurs, à ses préférences. Ce n'est pas forcément très efficace ; en tout cas, c'est ce que montrent les études. Ce qui est important, c'est aussi d'avoir une action systémique, sur les environnements, sur les politiques, et pas uniquement sanitaires.

Il n'a jamais été autant question de qualité de vie au travail. Pour autant, le taux de burn-out et d'épuisement professionnel n'a jamais été aussi élevé. C'est parce qu'il faut aussi s'attaquer aux causes systémiques, qui se trouvent parfois en dehors du champ d'intervention purement sanitaire.

Cela conduit à penser la santé dans toutes les politiques. C'est ainsi le cas dans les politiques de transport, la santé environnementale étant un enjeu majeur : chaque année, des personnes souffrant d'insuffisance respiratoire décompensent en raison de pics de pollution atmosphérique dans la région. Des travaux de recherche régionaux vont en ce sens. Ne pas interroger les politiques de déplacement et leur impact sur l'environnement, c'est prendre le risque de passer à côté des causes qui permettraient d'agir réellement en matière de prévention.

Lorsque l'on s'intéresse à la santé dans toutes les politiques, l'on s'aperçoit que l'on devra s'attaquer aux automobilistes, aux politiques de transports, qui polluent, émettent des particules fines et ont des conséquences sur la santé ; l'on devra s'attaquer au modèle agricole, également. Mais l'utilisation du terme « attaquer » est une erreur : dans une société souvent clivée, clivante, qui s'inscrit de plus en plus dans l'opposition et la confrontation, c'est un drame, pour ceux qui veulent œuvrer pour la santé et pour la prévention. Pour sa part, M. le Pr Maxime GIGNON privilégie l'expression d'alliance intersectorielle. Revenant sur la santé dans toutes les politiques, il souligne l'importance, à chaque fois qu'il faut procéder à des choix en matière de transports, d'éducation, de commerce, de s'interroger sur la compatibilité de ces choix avec la santé de la population. C'est un véritable travail de citoyen : il ne faut y voir aucun parti

pris partisan, mais c'est de la politique, au sens où il s'agit, ensemble, en citoyens, d'orienter des choix collectifs et de vérifier que la santé est au cœur des préoccupations. C'est sur ces leviers qu'il convient d'avancer, désormais. Pouvoir faire le choix de la prévention, c'est certes travailler sur les comportements, informer, éduquer la population, mais c'est aussi faire des choix permettant d'améliorer les environnements de travail, les environnements éducatifs, les environnements de vie.

M. le Pr Maxime GIGNON aime à rappeler que le gain d'espérance de vie au cours du vingtième siècle est essentiellement lié à l'amélioration du cadre de vie, notamment le tout-à-l'égout et la lutte contre le logement insalubre, bien plus qu'aux premières mondiales médicales.

C'est un véritable enjeu à poursuivre collectivement et la qualité des intervenants, des participants et des échanges informels qui se noueront au cours de la journée, permettra de cheminer sur la manière d'améliorer, ensemble, la santé par la prévention.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite M. le Pr Maxime GIGNON à rester à ses côtés, puisqu'il a accepté d'être leur Grand Témoin en cette journée. Elle le remercie pour cette intervention qui, plus qu'un préambule, était déjà une conférence, et qui a posé les jalons des interventions à venir au cours des tables rondes.

Il s'agit désormais d'accueillir les intervenants de la première table ronde.

## PREMIÈRE TABLE RONDE : La politique de prévention tout au long de la vie

- **Amandine DEJANCOURT**, Directrice adjointe à la Direction de la Prévention-Promotion de la Santé (ARS Hauts-de-France)
- **Dr Maryse BURGER**, Médecin conseiller technique du recteur de l'Académie d'Amiens
- **Ghislaine LIEKENS**, Directrice de la CPAM du Hainaut
- **Françoise RAGUENEAU**, Vice-présidente en charge de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées au Conseil départemental de la Somme

**Mme Kaltoume DOUROURI** rappelle qu'à l'issue de chacune des tables rondes, sera proposé un moment d'échanges avec la salle. Deux micros circuleront afin de recueillir les commentaires et les questions.

L'intervention de Mme Amandine DEJANCOURT sera l'occasion de détailler la politique de prévention, vue par l'ARS, en s'appuyant sur un document diffusé en salle.

Mme Kaltoume DOUROURI en profite pour présenter M. Philippe TASTET, dessinateur, qui les accompagnera tout au long de la journée.

**Mme Amandine DEJANCOURT** tient à remercier M. Philippe TASTET pour la réalisation de cette frise, qui représente un parcours de vie. Lors de la construction de cette journée, il est apparu que parler de prévention évoque la stratégie nationale de santé, le plan priorité prévention, la stratégie portée par la politique régionale de l'ARS, mais aussi les autres politiques portées par ses partenaires institutionnels, tels la CARSAT, la MSA, le Conseil régional, qui déploient aussi une politique volontariste en matière de santé. C'était l'occasion d'illustrer la prévention, quand il est question de prévention tout au long de la vie. Cette image illustre nettement que cela renvoie à la prévention à tous les âges de vie, de la maternité, de la conception de l'enfant, de la grossesse, jusqu'aux séniors, en passant par les jeunes, les jeunes adultes en devenir. C'est aussi s'adresser à l'ensemble des publics : femme, homme, personne en situation de vulnérabilité sociale, personne en situation de handicap. La volonté est de toucher tout le monde. Dans les discours de M. Jean-Christophe CANLER et de M. le Pr Maxime GIGNON, il a été souligné que la prévention est l'affaire de tous. Pour autant, la politique de prévention peut s'inscrire dans une démarche universelle, touchant l'ensemble de la population, ou dans une démarche plus sélective, en s'adressant par exemple à des périodes de la vie (campagnes de dépistage organisé des cancers du sein ou du col de l'utérus). Parfois, elle peut même être plus ciblée, par exemple à l'attention des personnes atteintes de maladies chroniques.

Aujourd'hui, il faut toucher l'ensemble de ces publics, mais aussi agir sur l'ensemble des thématiques de prévention. La frise de M. Philippe TASTET l'illustre parfaitement : il y est par exemple question d'alimentation ou d'activité physique. Mme Amandine DEJANCOURT évoque à ce titre la stratégie nationale de santé, qui demande l'implantation de maisons sport santé sur l'ensemble du territoire national. Quarante et une maisons sport santé se trouvent en région : l'une d'elles participe d'ailleurs au forum des initiatives et Mme Amandine DEJANCOURT ne peut qu'encourager les participants à rencontrer l'association Les Petits Poids, association d'usagers. C'était aussi l'occasion de valoriser qu'une association peut porter une maison sport santé.

La frise met aussi en scène la question de la vaccination, pour se protéger individuellement et protéger son entourage, ou encore la question du bucco-dentaire, par exemple pour les personnes âgées.

Elle traduit également le fait que la prévention agit dans tous les milieux de vie : à domicile, chez soi ; à l'école – Mme le Dr Maryse BURGER proposera une illustration de ce qui est fait par l'Éducation nationale ; via les Caisses primaires d'assurance maladie, lors de la réalisation des bilans de santé ; dans les EHPAD, grâce au soutien des Conseils départementaux. L'intervention se fait partout, sur tous les publics, sur toutes les thématiques. Il en résulte un enjeu, qui est celui de la coordination des partenaires institutionnels.

Partant de cette idée d'enjeu collectif, qui est doublé d'une responsabilité collective vis-à-vis des usagers, Mme Amandine DEJANCOURT explique que cette journée consacrée aux droits des usagers est l'occasion de s'intéresser, en termes de politique de prévention, à la manière de soutenir et d'outiller les professionnels pour qu'ils puissent accompagner et orienter les usagers vers l'offre de prévention existante, en particulier en région, que ce soit à l'échelle d'un quartier, d'une ville, d'un département ou de la région elle-même. Mme Amandine DEJANCOURT lance aussi une proposition, en se tournant vers Mme Christine TREPTE, M. Olivier DAUPTAIN, M. Frédéric BRZOWSKI et l'association France Assos Santé : elle se demande si ce n'est pas le moment de co-construire, avec les usagers, une réponse adaptée, pertinente, utile, aux besoins réels des usagers et des citoyens.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme Amandine DEJANCOURT de son propos et constate que l'appel est lancé ; il en sera discuté tout au long de la journée. Elle sollicite Mme le Dr Maryse BURGER afin qu'elle partage la vision de l'Éducation nationale de l'école promotrice de santé.

**Mme le Dr Maryse BURGER** affirme qu'au niveau de l'école, la politique de prévention tout au long de la scolarité de l'enfant est également l'affaire de tous. Il sera plus question de promotion de la santé pour l'enfant, de façon à rendre la démarche dynamique et à permettre à l'élève d'améliorer sa propre santé, en lui donnant les moyens d'agir et un plus grand pouvoir sur sa santé et sur l'environnement.

Le sujet ne se limite pas à des comportements individuels : il consiste aussi à prendre en compte l'ensemble des éléments qui influencent la santé de l'enfant. Le premier socle de la promotion de la santé vise à renforcer la participation de tous : familles, élèves, communauté éducative. Ce n'est pas simplement l'affaire des spécialistes. Lors de la table ronde proposée au cours de l'après-midi, sera d'ailleurs présentée une action mise en œuvre par des élèves, qui se sont saisis de l'action de prévention au niveau de leur établissement scolaire.

Le niveau suivant de la promotion de la santé consiste à développer les aptitudes individuelles par l'éducation à la santé. Au titre des « éducations à », au niveau de l'Éducation nationale, sont déployés divers projets tout au long de la vie de l'enfant : prévention des conduites addictives ; éducation à l'alimentation et au goût, évoquée par Mme la Présidente de la CRSA ; promotion de l'activité physique, avec les trente minutes d'activité physique en école primaire depuis la rentrée scolaire ; éducation à la sexualité, qui se développe du CP à la terminale, avec des séances obligatoires et des projets mis en place en fonction de l'âge de l'enfant, puisqu'il est entendu que les questions ne sont pas abordées de la même manière au CP ou en terminale. C'est tout le travail de l'Éducation nationale, avec les enseignants et l'ensemble des professionnels, de développer ces différents projets. Mme le Dr Maryse BURGER évoque encore les questions de vaccination et d'environnement.

Le troisième niveau a été abordé par M. le Pr Maxime GIGNON : il s'agit de créer des milieux favorables à la santé et à la protection, au niveau des écoles. Il est travaillé sur l'environnement physique dans les établissements, notamment au niveau des architectures, du niveau sonore, de l'air, des locaux adaptés. Le partenariat est essentiel dans ce cadre car l'Éducation nationale ne porte pas, seule, l'ensemble des projets dans les établissements scolaires : c'est un travail qui est mené avec les collectivités locales, les municipalités pour les écoles primaires, les Conseils départementaux pour les collèges et le Conseil régional pour les lycées, pour travailler et créer ces environnements favorables à la santé des enfants. À titre d'exemple, est cité un projet de végétalisation des cours de récréation dans les écoles primaires, au niveau de la Municipalité d'Amiens ; s'y ajoutent les projets de flexi-classes, qui permettent de modifier l'architecture de la classe en fonction de l'activité. Tous ces projets sont déployés en vue de la création d'environnements physiques favorables aux apprentissages des enfants.

Il est aussi travaillé sur l'environnement relationnel des élèves entre eux, notamment sur des questions liées au bien-être, à la lutte contre le harcèlement. Sur ce dernier point, un projet-phare se développe au niveau des établissements scolaires, en particulier des collèges et des écoles primaires, étant précisé qu'il est prévu de le déployer également dans les lycées à partir de la prochaine rentrée scolaire. L'idée est de permettre des environnements favorables pour les élèves.

Des services sont également orientés vers la prévention au niveau des élèves. Dépistages et visites médicales sont ainsi organisés tout au long de la scolarité. Plus précisément, sont cités les dépistages infirmiers à 12 ans, à l'entrée au collège ; le bilan de sixième année, réalisé en lien avec les services de PMI qui interviennent dans le cadre des bilans de 3-4 ans, est un exemple de partenariat entre les services de PMI et ceux de l'Éducation nationale, de façon à suivre les enfants dès leur plus jeune âge.

Tout au long de la scolarité, sont proposées des visites de dépistage des éventuels soucis de santé des enfants, qui risqueraient de les perturber.

Il a déjà été question de la prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques. Il est confirmé que dans les projets d'école, dans les projets d'établissement, dans le projet académique, figure un versant santé, de façon à prendre en compte la santé de l'enfant dans tous ses environnements. Sont aussi évoqués des comités d'éducation à la santé, à la citoyenneté et à l'environnement ; en tant qu'usagers et parents, il est possible de participer à ces CESCE au sein des établissements scolaires des enfants. C'est l'occasion de partager et de mettre en cohérence tous ces projets santé, pour assurer la continuité de la prise en charge de la santé de l'enfant tout au long de sa scolarité. Le parcours éducatif de santé s'inscrit pleinement dans cette continuité, avec ses différents niveaux.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** ressent, à travers ce discours, une envie de renforcer la cohérence, l'équilibre et la concertation pour la réussite et le bien-être de l'élève.

**Mme le Dr Maryse BURGER** le confirme : l'intérêt est que tout le monde agisse dans la même direction. Il a été question de la promotion de la santé mais la démarche actuelle est celle de la création d'écoles promotrices de santé : dans l'école, tout sera orienté vers la santé. L'objectif premier reste l'apprentissage mais il est connu que les apprentissages ne peuvent se passer correctement que si l'élève se sent bien, à l'école. C'est tout le rôle de ces écoles promotrices de santé de créer ces environnements favorables.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** note que le passage à l'acte a été opéré en renforçant la participation de l'élève lui-même, qui est au centre du jeu et donne son avis. La parole sera d'ailleurs ultérieurement

donnée à certains d'entre eux. La question est de connaître les raisons pour lesquelles cette démarche a été préconisée.

**Mme le Dr Maryse BURGER** explique que, dans le cadre de la prévention, il n'est pas possible de ne retenir qu'une démarche descendante : il faut que les élèves soient partie prenante de leur santé. D'ailleurs, lors de la préparation de cette action, les élèves ont observé que, de toute façon, si les messages ne venaient pas d'eux, ils ne les suivraient pas. Autant construire avec eux, pour pouvoir influencer leur environnement, dans lequel ils passent une partie importante de leur temps.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** souhaite savoir si cela entraîne une émulation, une redynamisation des personnels soignants au sein des établissements, voire des enseignants eux-mêmes.

**Mme le Dr Maryse BURGER** répète que l'objectif est que cette prévention ne repose pas uniquement sur les professionnels de santé. Bien entendu, ces derniers sont présents pour orienter et aider à la mise en place des projets, en termes de méthodologie, pour éviter les *one-shots*. Mais il est recherché une cohérence entre, d'une part, ce qui se passera dans la classe, avec l'enseignant, dans le cadre de son enseignement, le sujet de la santé et de la santé des élèves figurant dans le programme scolaire (sciences de la vie et de la terre, éducation physique et sportive, mais aussi géopolitique, par exemple) et, d'autre part, les différentes activités qui se déroulent en dehors de la classe, en lien avec les partenaires qui interviennent dans les établissements scolaires. Assurer cette cohérence est l'un des objectifs des différents comités, notamment des CSCE précités.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** suppose que cela permet de repérer plus tôt les problèmes, quels qu'ils soient.

**Mme le Dr Maryse BURGER** indique que le repérage des difficultés est l'une des raisons de la démarche. Le lien avec les équipes enseignantes, qui sont celles qui sont essentiellement en contact avec les jeunes, est noué de façon à pouvoir repérer les difficultés des jeunes et les guider, les orienter vers des soins ou des structures si nécessaire.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme le Dr Maryse BURGER pour ses réponses.

L'intervention de Mme Ghislaine LIEKENS sera l'occasion d'aborder la mission accompagnement santé et les centres d'examen de santé (CES), mais aussi la renonciation à ses droits en santé. Il lui est en particulier demandé quelques explications concernant ce phénomène et sur le dispositif qui a été mis en place.

**Mme Ghislaine LIEKENS** observe qu'elle a la lourde tâche de convaincre tout le monde que l'Assurance maladie est aussi un acteur, sur les territoires, au plus près des besoins des territoires, en partenariat avec d'autres acteurs, notamment l'ARS.

Pour cela, humblement, elle propose de revenir un peu en arrière et de conter l'histoire de la mission accompagnement santé. Cette activité est très peu connue du public ; elle l'est peut-être un peu plus d'un certain réseau de partenaires avec qui le travail est mené, de plus en plus, dans un souci d'adaptation des actions aux besoins des territoires.

L'histoire commence en 2018, avant la pandémie, lorsqu'un collègue directeur, dans le département du Gard, a été sensibilisé par des études portées par l'Université de Grenoble et l'institut Odenore

(Observatoire des non-recours aux droits et services) sur le non-recours aux droits et le non-recours aux soins. Ces études faisaient état d'un taux d'environ 30 % de renoncement dans la population.

Ce collègue a voulu savoir si, dans son département, qui comprend de fortes poches de précarité, il était possible de repérer dans la population d'assurés la confirmation ou pas de ce renoncement. À cette fin, il a lancé une petite étude, qui présentait un biais en ce qu'elle ne concernait que les personnes se rendant dans les accueils de la Caisse, mais c'est un biais qu'il a accepté. Dans les accueils, des agents formés posaient des questions aux personnes reçues, qui avaient accepté d'y répondre, sur le fait qu'elles avaient renoncé à des droits et, surtout, à des soins, quand bien même elles sentaient qu'elles n'allaient pas bien. Le taux de 30 % a été plus que confirmé.

Avec toute l'imagination de ses équipes, a été mis en place un dispositif sous le nom de PFIDASS, qui a été rapidement oublié, et qui s'appuyait sur deux piliers : d'abord, cette détection, toujours à l'accueil, puis de l'accompagnement personnalisé de tous les assurés qui acceptaient d'être accompagnés par des agents de caisse formés à cela. L'idée était de les guider, d'abord dans leur parcours de droits, par exemple par l'ouverture, à l'époque, de la CMU, ou l'accompagnement par les agents de la CAF à l'ouverture de droits au RSA. Après le traitement de ces premiers sujets, il s'agissait de les aider à choisir une mutuelle, puis, très rapidement, d'identifier leurs besoins en soins (désignation du médecin traitant, dernière visite...) et de trouver comment les accompagner. Il existe une donnée qui est à la disposition des seules CPAM : elles peuvent voir dans les bases si le soin a eu lieu ou pas. Contrairement à nombre d'activités gérées par les CPAM, qui impliquent un délai de traitement, par exemple pour ouvrir un droit aux indemnités journalières, le directeur concerné a décidé de ne pas fixer de délai : tant que l'assuré veut être accompagné, le collaborateur de la Caisse l'accompagne, pas à pas. Il guide et ne lâche pas, sauf si la personne exprime sa volonté de rester dans le renoncement.

Fort de cette expérimentation départementale, et avec l'aide de la Caisse nationale, le dispositif a été étendu à neuf CPAM du territoire national, qui ont commencé le diagnostic, dont trois en Hauts-de-France : la CPAM de la Somme, qui a pris le rôle de porter la coordination régionale lors de la nationalisation de l'activité ; la CPAM du Hainaut ; la CPAM des Flandres. Leurs diagnostics ont abouti aux mêmes résultats. Comme dans les dix CPAM de France concernées, le taux de renoncement s'élevait toujours autour de 25 à 30 %, toutes populations confondues.

De nombreux échanges ont eu lieu au sein de ce petit groupe de caisses et l'idée a été d'élargir le prisme, notamment en accompagnant aussi à des actes de prévention. Mme Amandine DEJANCOURT a cité les dépistages : les caisses ont commencé à aiguiller les assurés accompagnés vers des actes de prévention et à intégrer les centres d'exams de santé dans la détection. Enfin, le souhait a été émis de s'ouvrir vers un réseau de partenariat.

Avant la nationalisation de ce système, la Caisse nationale a outillé les caisses primaires en travaillant au formalisme de conventions spécifiques, avec des partenaires aussi divers que les CCAS, les associations, notamment caritatives, Restos du cœur, Secours populaire, la Mutualité, mais aussi des associations plus locales, actrices sur un territoire.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** s'interroge sur l'identification des raisons du renoncement.

**Mme Ghislaine LIEKENS** avance une diversité de raisons, en écho à la diversité des personnes.

La peur du poids financier est un élément important. De ce point de vue, des avancées ont été réalisées du côté de l'Assurance maladie, puisque le 100 % santé est aussi venu de ce constat. Mais à l'époque, le renoncement au dentiste et le renoncement aux lunettes étaient souvent liés à la crainte du coût résiduel, malgré la mutuelle.

Est aussi mis en avant le fait de se sentir perdu dans le parcours de soins, même avec un médecin traitant. Même si l'on a un médecin traitant, qu'on lui parle de ses problèmes et qu'il prescrit des actes, ces actes ne sont pas nécessairement réalisés.

Une certaine frange de la population peut abandonner parce qu'elle a d'autres problématiques. Pour les mères seules, c'est toujours la santé des enfants qui primera, surtout lorsqu'elles sont salariées précaires : remplir le réfrigérateur et se loger sont les priorités.

Suit la peur du diagnostic, qui correspond à la peur de savoir. C'est un constat qui apparaît aussi en matière de dépistage des cancers : la population éprouve cette crainte, toutes catégories confondues. Cela souligne aussi le besoin d'être accompagné, y compris à l'annonce du résultat. Les collaborateurs de la Caisse ne les lâchent pas.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** suggère la peur d'avoir mal.

**Mme Ghislaine LIEKENS** confirme que la douleur est un véritable problème et estime que sa prise en charge, en France, est encore un souci, mais elle préfère laisser les spécialistes en parler.

L'identification des raisons du renoncement permet de guider, peu à peu. Lors de la généralisation de l'action, a été mise en avant la volonté des caisses de se donner les moyens de sortir de leurs murs, d'être accompagnées par les professionnels des CES, d'être soutenues par tous, et de s'adapter à l'évaluation de l'accompagnement, faite par les assurés, qui pousse à faire évoluer le système, qui a donné toutes ses preuves pendant la pandémie. Avant la pandémie, les caisses parlaient déjà de l'aller vers et le faisaient sur le territoire. Il en était toutefois peu discuté, les Caisses se situant surtout dans l'action. Elles se trouvaient parfois même débordées par cette vague, après les diagnostics. Pendant la pandémie, elles ont été plutôt bien entendues, sous l'égide de l'ARS, et portées par la Caisse nationale. À ce titre, Mme Ghislaine LIEKENS évoque des actions de vaccination : il a été possible de pousser à la vaccination grâce à leur capacité à cibler les populations des quartiers, par âge, et en contactant par exemple par téléphone les personnes âgées.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** s'interroge sur les profils des personnes qui renoncent : il a été question des mères célibataires, mais elle aimerait savoir ce qu'il en est des jeunes ou des personnes âgées.

**Mme Ghislaine LIEKENS** reconnaît que les jeunes sont fortement concernés par cette problématique de renoncement aux soins, car ils pensent qu'ils sont en bonne santé précisément parce qu'ils sont jeunes. C'est d'ailleurs pour cela que, dans les partenariats, certains collègues se dirigent de plus en plus vers l'Éducation nationale, les écoles de la deuxième chance ou encore les missions locales.

Mme Ghislaine LIEKENS ajoute le cas des jeunes retraités qui, souvent, avaient une complémentaire d'entreprise et qui, au moment de leur départ en retraite, sont un peu perdus dans les démarches administratives. C'est la première étape de l'accompagnement, qui consiste à aider au choix d'une mutuelle. Il existe un fort partenariat avec la Mutualité française sur le choix de la mutuelle en fonction des besoins et des moyens. Il s'agit aussi de leur dire que, grâce au 100 % santé, des actes peuvent être

choisis sans reste à charge. Enfin, il est question de les faire entrer dans un parcours intégrant la prévention. Grâce aux centres d'examens de santé, il est par exemple possible d'agir en matière de prévention des chutes, pour les plus âgés.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** revient sur un élément précédemment partagé par Mme Ghislaine LIEKENS, qui a souligné l'atout que représente, pour les CPAM, la possibilité d'accéder aux codes actes de soins et de voir si ces parcours de soins sont réalisés ou pas. Elle se demande si une évolution est constatée et quelle est la tendance actuelle, en 2023.

**Mme Ghislaine LIEKENS** n'a pas de chiffres clairs à partager. Mais il reste toujours une partie de la population qui est en renoncement. Les caisses procèdent personne par personne. Ainsi, pour la CPAM du Hainaut, ce sont, chaque année, plus de mille personnes qui sont accompagnées. Parfois, pour certaines actions, l'étiage est plus petit car il s'agit d'agir à la maille d'une commune ou d'un territoire. Pour autant, le phénomène persiste ; Mme Ghislaine LIEKENS dirait même qu'il s'aggrave, peut-être aussi en lien avec la difficulté à trouver un médecin dans nombre de territoires. L'Assurance maladie s'est par conséquent aussi emparée du sujet : depuis quelque temps, il est demandé aux caisses d'accompagner, en appelant les médecins à accepter des patients supplémentaires, quand ils le peuvent. Bientôt, sera lancée une opération qui a été demandée par le ministre de la Santé, consistant à rechercher des médecins pour tout assuré en affection de longue durée qui n'aurait pas de médecin traitant.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** relève que Mme Ghislaine LIEKENS a insisté sur le rôle central des CES et l'invite à donner quelques exemples concrets d'actions, éventuellement avec la MSA.

**Mme Ghislaine LIEKENS** indique que des actions sont menées avec tous les partenaires. Avec la MSA, sur le territoire, l'idée est d'agir dans la ruralité, avec le CES, auprès des jeunes, sur les problématiques dentaires. Il est possible de repérer, sur la ruralité de l'Avesnois, qui est un territoire assez isolé, que dans certaines communes, 100 % des enfants n'ont pas vu de dentiste depuis plus de deux ans ; c'est parfois le cas de 100 % des enfants, dans certaines écoles primaires et maternelles. Il est prévu d'essayer d'agir avec la MSA du Nord-Pas-de-Calais.

Dans la Somme, la CPAM a réalisé une action autour de la vaccination, avec le soutien du CHU, qui leur fournissait les vaccins dans de bonnes conditions de préservation. En six mois, ce sont plus de deux cents personnes qui ont été vaccinées, plutôt des hommes, et dont près de 80 % de personnes dites socialement vulnérables.

La CPAM des Flandres a travaillé autour du handicap, hors les murs, avec une action auprès des jeunes dans un institut médicoéducatif, la réalisation de bilans de santé, l'organisation d'un *escape game* autour des problématiques de prévention, de l'alimentation. Le choix s'est porté sur des propositions ludiques, pour ne pas être dans l'injonction. Avec les Papillons blancs, des actions ont été menées à destination des aidants, pour les remettre dans le parcours.

La CPAM de l'Artois a mené une action dans le Ternois, avec la Mutualité, en lien avec le contrat local de santé et les collectivités territoriales, autour des dépistages, de manière délocalisée. Les centres d'examens de santé réalisent toujours des bilans sur les territoires mais ajoutent, avec les partenaires, sur des problématiques et selon des indices spécifiques (obésité, etc.), des actions particulières de prévention (dépistage, alimentation, etc.). La thématique est choisie avec le partenaire.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme Ghislaine LIEKENS et propose d'écouter Mme Françoise RAGUENEAU, concernant la vision et l'action concrète autour de la prévention et de la solidarité, au cœur de l'action du Conseil départemental.

**Mme Françoise RAGUENEAU** indique que les missions du Conseil départemental sont aussi d'accompagner les publics tout au long de la vie, dès la naissance, en passant par la petite enfance, avec les actions des PMI, la protection de l'enfance, qui est un sujet particulièrement important, les personnes en situation de handicap et les personnes âgées. Il est connu que le nombre de personnes âgées va augmenter de façon exponentielle. Aujourd'hui, la France compte 15 millions de personnes âgées ; en 2030, elle en comptera 20 millions. C'est dire l'urgence qu'il y a à anticiper sur les actions envers cette population.

Le Conseil départemental intervient tout au long de la vie, dans un partenariat étroit avec l'ARS, mais aussi avec l'Éducation nationale et la CPAM. Ce travail de prévention et de santé ne peut se faire qu'en partenariat.

La perte d'autonomie est un enjeu majeur : que ce soit chez les personnes handicapées ou les personnes âgées, elle nécessite un travail au quotidien. Pour y répondre, sont mis en place divers dispositifs. À ce titre, est d'abord évoqué le maintien à domicile : aujourd'hui, les personnes âgées, de façon très légitime, préfèrent rester à domicile plutôt que d'entrer en établissement. C'est aussi le cas des personnes en situation de handicap, lorsque cela est possible ; c'est un choix de vie qui doit être respecté. Le maintien à domicile suppose des accompagnements, par les services d'aide à domicile, qui sont de plus en plus renforcés, puisqu'il s'agit d'accompagner ces personnes dans des conditions qui ne sont pas toujours faciles. L'entrée en EHPAD se fait souvent très tard et avec des polyopathologies. Le travail du Département est d'accompagner le maintien à domicile, mais dans les meilleures conditions possibles. Outre ces équipes renforcées, Mme Françoise RAGUENEAU cite les équipes mobiles et les accueillants familiaux. De nombreux dispositifs sont mis en place. La Conférence des financeurs se tient également aux côtés de l'ARS et permet de très importantes actions de prévention : lutte contre l'isolement, prévention des chutes et de la dénutrition visent à répondre aux problématiques liées au vieillissement. La téléassistance, par exemple, contribue à la prévention des chutes et permet d'apporter du secours en cas de besoin.

Est encore évoqué le sujet de l'aménagement des logements, qui prend une ampleur croissante. Il s'agit, par exemple, de transformer une baignoire en douche à l'italienne et d'identifier, dans une maison, l'ensemble des aménagements qui permettent à une personne âgée de rester à son domicile. Certains gestes sont parfois très simples (retrait des tapis, etc.), mais l'accompagnement est nécessaire.

L'habitat inclusif s'adresse aux personnes qui ne veulent plus rester chez elles mais préfèrent avoir un logement individuel et ne pas entrer en établissement, tout en bénéficiant d'un accompagnement. Plusieurs dispositifs se développent sur le territoire, telle la colocation.

Un autre dispositif est l'aide à la vie partagée : c'est une aide financière qui est accordée afin de bénéficier d'animations et d'un accompagnement même en étant chez soi.

Mme Françoise RAGUENEAU met à nouveau en exergue la diversité des dispositifs en cours de déploiement.

Pour les personnes en situation de handicap, se manifeste également la volonté de favoriser le maintien à domicile. Cela suppose aussi des aidants : sans les aidants, cela ne tiendrait pas. C'est un grand sujet, qui mérite toute l'attention ; le Département s'y emploie, par des appels à projets, avec un axe complet sur l'aide aux aidants et le répit.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** note qu'il sera question de l'aide aux aidants, lors d'une autre table ronde : cela signe l'importance de l'enjeu, que Mme Françoise RAGUENEAU a raison de souligner.

**Mme Françoise RAGUENEAU** le confirme et ajoute le sujet des métiers de l'accompagnement. Outre les aidants, il faut aussi des services à domicile. Le recrutement est difficile car ces métiers sont peu valorisés. Au travers des Assises des métiers de l'accompagnement, a été identifié un certain nombre de difficultés qu'il faut et qu'il faudra résoudre pour que les aides à domicile soient suffisantes, en nombre et en qualité de formation.

Mme Françoise RAGUENEAU souhaite également aborder la question de l'aller vers, déjà abordée par Mme Ghislaine LIEKENS : c'est un dispositif important pour les personnes en situation de handicap. La MDPH a déployé des accueils territorialisés, qui sont au nombre de quatorze dans le département, pour accueillir au plus près les personnes en situation de handicap. La problématique du renoncement aux soins a été évoquée et Mme Françoise RAGUENEAU peut affirmer qu'elle se double d'un renoncement aux droits, de manière flagrante : ont été reçues de nombreuses personnes qui n'avaient pas fait appel à leurs droits alors qu'elles étaient en situation de handicap. Cela témoigne de l'importance de l'aller vers : il faut aller au plus près des publics pour leur permettre de faire appel à leurs droits et déployer l'ensemble des dispositifs, en vue d'un accompagnement de qualité et sans rupture.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme Françoise RAGUENEAU et revient sur cette notion de parcours sans rupture, de la naissance à la fin de vie. Elle invite Mme Amandine DEJANCOURT à réagir aux précédentes interventions, en ce qu'elle représente l'ARS.

**Mme Amandine DEJANCOURT** relève, par rapport à l'ensemble des présentations qui ont été faites et des actions qui ont été rapportées, qu'il existe un fil conducteur qui les lie tous : la dimension partenariale ressort nettement. En fin d'année 2022, ont été organisées des réunions dans le cadre du CNR (Conseil national pour la refondation) pour la santé. Sur l'ensemble des CNR ainsi proposés en région, la question de la coordination des actions et des acteurs est ressortie dans chaque territoire.

Cela renvoie aux propos précédents sur la responsabilité collective des différents acteurs, de devoir mieux se coordonner, mieux travailler ensemble, pour aller vers les publics qui en ont le plus besoin mais aussi vers la population en général. Les besoins en termes d'aller vers, de médiation en santé, ont été largement évoqués lors des CNR, aussi bien pour les professionnels que les usagers. Les différentes interventions montrent la volonté commune de porter cette dimension d'aller vers, qui renvoie à des enjeux de visibilité, de connaissance et d'accessibilité, pour tous et par tous, professionnels et usagers. À travers cet enjeu de meilleure compréhension de l'offre, il s'agit de rendre accessible l'offre pour tout le monde et de pouvoir l'identifier, car c'est une problématique qui se rencontre dans la région. Il existe un important panel d'offres, dont certaines ont déjà été présentées au cours de la première table ronde. Cette journée a aussi pour objectif de valoriser les initiatives existantes, qu'elles soient nationales et déclinées en région, départementales, voire à l'échelle d'un quartier ou d'un territoire. Mais la question est de savoir comment mettre tout cela en musique, pour faire sens, pour porter à connaissance des citoyens, de la société civile, et comment les mobiliser. Mme le Dr Maryse BURGER a évoqué la question des jeunes qui sont mobilisés : il apparaît nettement que les modalités d'intervention qui fonctionnent

aujourd'hui sont l'aller vers, la médiation et, surtout, le « travail avec ». Les démarches de relais pairs, d'ambassadeurs, de pair-aidance font aussi sens parce que la relation se fait de pair à pair et pas dans un discours moralisateur, ainsi que cela a été évoqué en introduction. Parfois, les discours autour des comportements renvoient aux propres représentations de la personne. Lorsque l'on est une personne vulnérable, s'entendre dire qu'il ne faut pas manger ceci, qu'il faut faire de l'activité physique, qu'il faut faire sa mammographie, peut donner l'impression d'une stigmatisation visant toujours les mêmes publics.

Mme Amandine DEJANCOURT insiste sur cet enjeu collectif, qu'a très bien illustré cette première table ronde. La prévention, c'est l'affaire de tous, c'est tout au long de la vie, mais c'est ensemble et faire ensemble.

**Mme Kaltoume DOUROURI**, reprenant l'idée que la prévention est l'affaire de tous, observe qu'un terme a été utilisé par tous les intervenants précédents : c'est celui de partenariat. Au-delà, elle note qu'a été défendue la notion d'un partenariat redynamisé, empreint d'une plus grande fluidité. Il n'est pas question de plaquer des actions, comme sur un catalogue.

**Mme Amandine DEJANCOURT** souligne que l'Agence n'a pas la main sur tous les leviers mais tient à signaler deux leviers mis à disposition. D'une part, la Commission de coordination des politiques publiques, instance réglementaire, évolue aujourd'hui vers la notion d'inégalité sociale de santé. C'est un premier levier en ce qu'elle coordonne l'ensemble des acteurs institutionnels sur un territoire, dans l'optique de mieux travailler ensemble, de porter collectivement. D'autre part, le second levier est la démocratie sanitaire, ce qui rejoint sa précédente proposition de mise en place d'un groupe de travail. Mme Amandine DEJANCOURT note qu'ils ont uni leurs forces au niveau de la Commission spécialisée Prévention et de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé, pour construire cette journée. C'est peut-être l'occasion de s'appuyer sur les représentants d'usagers des deux commissions spécialisées pour co-construire une réponse adaptée et les associer. L'offre ne correspond peut-être pas toujours aux attentes et aux besoins ; peut-être est-elle mal vue, mal identifiée ou peu lisible. La mise en place de ce groupe de travail permettrait de travailler ensemble, dans le cadre du projet régional de santé à venir, et donc dans les cinq prochaines années, pour construire et rendre lisible.

**Mme Kaltoume DOUROURI**, après avoir remercié Mme Amandine DEJANCOURT, invite les membres du public à se saisir des micros qui circulent pour quelques questions ou commentaires.

### *Échanges avec la salle*

**Mme Caroline HENNION**, Directrice du centre hospitalier de Calais, souhaite partager deux convictions.

Sa première conviction est assez élémentaire : dans tout ce qui a été dit, il n'a pas été précisé un point très important, qui est que notre corps, puisque c'est ce dont il s'agit, est notre meilleur allié pour tout notre parcours de vie. L'on se trouve donc à l'échelle de la personne. Il existe un élément qu'il est difficile d'éviter, quand il est question de prévention, qui est que cela vient toujours de l'extérieur, alors que le levier le plus essentiel est que la personne elle-même ait conscience que si elle ne prend pas soin, par elle-même, de son corps, son parcours de vie sera entravé : passer son temps dans les hôpitaux n'est pas une vie, ce n'est pas ce qui est intéressant dans la vie et ce n'est pas de cela qu'on a besoin. Mme Caroline HENNION a particulièrement apprécié les propos en lien avec l'Éducation nationale, parce que tout cela

visé à semer la graine, auprès des enfants, que leur corps est leur meilleur allié. Promouvoir cette idée invite les personnes à aller chercher ce qui leur permet de maintenir leur corps en bonne santé. Dans les sociétés occidentales, le corps est souvent distingué de l'esprit. Pourtant, cela n'a pas de sens : sans corps, l'esprit ne pourra pas porter ce dont il a envie. Mme Caroline HENNION répète qu'à son sens, il s'agit d'une conviction assez primaire mais qui, en même temps, est tout à fait essentielle.

Son deuxième point rejoint une idée qui est tout à fait dans l'air du temps, que Mme Caroline HENNION a entendu et qu'elle souhaite partager : la prévention est aussi un pilier du développement durable. En se disant cela, l'on renverse à nouveau la perspective. Mme Caroline HENNION explique qu'elle sourit à l'image qui s'affiche d'une personne se trouvant à l'hôpital. En évitant aux personnes de tomber malades, elles n'auront pas besoin de consommer des soins. L'idée serait de permettre de financer un parcours de santé plutôt qu'un parcours de soins.

Mme Caroline HENNION a procédé à un rapide calcul, par rapport au budget de l'établissement qu'elle a le privilège de diriger, pour la population de Calais. S'il est considéré qu'environ un tiers de la population a moins de 20 ans, leur financer, chaque année, un abonnement à un club de sport, pour 200 €, et une consultation de diététique mensuelle, coûterait moins cher que le budget annuel d'un établissement comme celui de Calais.

En matière de développement durable, ce peut être aussi une articulation. Encore une fois, cela change la perspective et discuter avec des jeunes de développement durable leur parle.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie infiniment Mme Caroline HENNION pour cette très intéressante intervention, puis invite un autre membre du public à s'exprimer.

**M. Didier VANQUELEF**, pour l'UFC-Que choisir Hauts-de-France, relève qu'un certain nombre de principes de prévention a été évoqué au cours de la matinée. Tous les acteurs présents ne peuvent que les partager, voire les accompagner ou, mieux encore, les promouvoir. Face à ces principes, se trouvent des chiffres, dont il est souvent affirmé qu'ils sont têtus.

M. Didier VANQUELEF propose deux exemples. D'abord, il observe qu'il a été question de la médecine scolaire. Il y a une quinzaine d'années, il y avait 1 400 médecins scolaires en France ; ils sont aujourd'hui 900, ce qui représente une baisse de plus de 35 %, pour 12 millions d'élèves. M. Didier VANQUELEF croit que l'on tourne le dos à l'objet de la réunion du jour, qui est la prévention. Il partage ensuite un deuxième chiffre : 6 millions de personnes sont aujourd'hui sans médecin traitant ; parmi elles, se trouvent des personnes en situation de handicap, des personnes en affection de longue durée et des personnes âgées, voire très âgées, qui sont de plus en plus nombreuses. Là encore, les difficultés d'accès aux soins constatées aujourd'hui tournent le dos à cette volonté de prévention. Clairement, il faut que les politiques, les dirigeants, en prennent conscience. M. Didier VANQUELEF est d'avis que cette journée est susceptible d'y participer.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie M. VANQUELEF et cède la parole à Mme le Dr Maryse BURGER.

**Mme le Dr Maryse BURGER** remercie à son tour M. VANQUELEF pour son soutien envers les médecins de l'Éducation nationale, dont elle confirme qu'ils deviennent une denrée rare. Elle assure que les politiques sont saisis de cette problématique, qui est beaucoup plus générale, dans le cadre de la démographie médicale.

Mais, à nouveau, la prévention à l'école n'est pas que l'affaire des médecins. C'est l'affaire de tout le monde. Un travail est créé, en collaboration, au sein des établissements scolaires, avec les collègues infirmiers, assistants des services sociaux, psychologues, enseignants, vie scolaire, familles. Même s'il est vrai que les médecins scolaires ne sont plus très nombreux, et même si un revirement est espéré dans les années futures, un soin particulier est apporté au développement des partenariats, notamment avec la PMI, dans le cadre des visites médicales, et à l'amélioration du repérage des enfants, de façon que les activités des médecins s'orientent vers les enfants qui nécessitent une expertise médicale.

Mme le Dr Maryse BURGER confirme à nouveau que les médecins scolaires ne sont plus assez nombreux mais assure qu'ils tiennent la barre haute et qu'ils continuent.

**Mme Ghislaine LIEKENS** souhaite rebondir sur l'observation, qu'elle qualifie de très pertinente, sur le manque de médecins. Ainsi qu'elle l'a précédemment annoncé, les caisses vont être en première ligne pour essayer de soutenir en priorité les assurés en affection de longue durée qui n'ont pas de médecin traitant. Elle partage un chiffre à titre illustratif : sur le territoire du Hainaut, entre 3 500 et 4 000 personnes sont concernées, sur 800 000 assurés de la Caisse. Cette action a déjà été réalisée sur un territoire encore plus en tension, qui est la Seine-Saint-Denis. Les collègues de la CPAM de Bobigny ont, pendant quelques mois, appelé tous les médecins, avec la liste des assurés sans médecin traitant et, un par un, ont essayé d'insister pour trouver des médecins. Cela a été possible pour 80 % des assurés.

Mme Ghislaine LIEKENS estime qu'elle n'est pas la personne la mieux placée pour discuter du constat sur le manque de médecins mais il est connu que cela ne va pas s'arranger dans les années à venir et qu'il faudra encore attendre cinq à dix ans. Face à ce constat, il s'agit pour eux d'apporter humblement leur contribution, puisque les caisses ont, dans leurs bases, la liste des assurés sans médecin traitant, la liste des bénéficiaires ALD et, en face, la patientèle moyenne des médecins généralistes du territoire. C'est la conjonction de ces éléments qui les amène à être chargés de cette mission, qui est un sacré défi.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite M. le Pr Maxime GIGNON à partager un éventuel élément d'espoir dont il disposerait sur ce recul médical, par rapport au CHU.

**M. le Pr Maxime GIGNON** fait part d'un espoir mesuré, réaliste et pragmatique, mais qui est un espoir cependant. Il est d'avis que l'espoir réside aussi dans le changement des pratiques médicales. Depuis 2018, a été entamée une évolution dans la formation, médicale mais pas uniquement, puisque cela concerne tous les professionnels de santé. La prévention est entrée au cœur de la formation de l'ensemble des professions de santé, avec un dispositif appelé le service sanitaire. Ce dispositif permet de former les professionnels, qui vont ensuite faire des actions, notamment en lien avec l'Éducation nationale. Les étudiants infirmiers, kinés, sages-femmes, médecins, se rendent dans différents lieux pour y mener des actions de prévention et de promotion de la santé, encadrés par des acteurs de la prévention. La grande majorité va dans l'Éducation nationale.

Ce changement, qui consiste en particulier en cette prise en compte de la prévention, qui est le cœur du sujet du jour, modifiera aussi certainement les pratiques médicales et soignantes, de manière pluriprofessionnelle. La prévention est l'affaire de tous et, notamment, de tous les professionnels de santé : c'est une compétence qu'ils ont en commun et qui doit être exercée en plaçant le patient au centre, en étant à son service et au service de ses besoins.

**Mme Kaltoume DOUROURI** cède la parole à un membre du public.

**M. Roland BOUVARD**, pour l'UDAF, explique qu'il est un ancien de la Caisse primaire du Hainaut, où il a fait trois mandats en tant qu'ASS. Il tient d'ailleurs à remercier Mme Ghislaine LIEKENS pour son intervention, qui est justifiée ; les chiffres sont connus, bien qu'ils soient parfois plus ou moins secrets, en ce sens qu'il n'est pas non plus possible de tout dire.

M. Roland BOUVARD précise qu'il est par ailleurs RU dans deux établissements.

**Mme Kaltoume DOUROURI** demande des précisions sur le sigle RU.

**M. Roland BOUVARD** souligne que cela montre qu'on ne les connaît pas.

**Mme Kaltoume DOUROURI** indique que ce sont les représentants des usagers.

**M. Roland BOUVARD** confirme que ce sont les représentants des usagers, conformément à la loi, bien qu'ils ne soient pas toujours bien acceptés par les directeurs et directrices d'établissement. C'est un élément à savoir. M. Roland BOUVARD évoque également les conseils de surveillance et ajoute qu'il a fait un court séjour, en dépannage, dans le régime minier, à travers le réseau Filieris, qui vient d'ailleurs au secours du régime général, Filieris étant désormais fortement implanté dans certaines villes.

M. Roland BOUVARD mentionne également le club sportif dont il faisait partie, qui faisait aussi de l'insertion sociale et médicale, ainsi que du handicap.

De façon générale, s'agissant des usagers, M. Roland BOUVARD pense qu'ils sont très mal connus des différents services, que ce soit dans les hôpitaux, dans les cliniques ou même dans les autres régimes, et parfois mal appréciés. Il faut savoir que des RU sont âgés, et que la question est de savoir comment trouver de nouveaux combattants, pour participer aux conseils de surveillance. La moyenne d'âge est de 68-70 ans. C'est un sujet très compliqué, d'autant qu'il en faut quatre par établissement. Par ailleurs, le département du Nord n'est pourvu qu'aux deux tiers de RU dans les établissements ; en outre, compte tenu du manque de combattants, les doublons sont nombreux.

Le RU peut jouer un rôle à la fois d'émetteur et de récepteur. L'importance de la communication a été soulignée et il est un bon intermédiaire en la matière.

M. Roland BOUVARD évoque également les collectivités. Lui-même a été longtemps conseiller municipal ; aujourd'hui membre d'un CIAS, il peut constater qu'il n'y a pas forcément de gens formés dans les CCAS et CIAS, pour orienter la population en proximité.

M. Roland BOUVARD reconnaît que l'informatique est une chance mais observe également que tout le monde n'y est pas initié. Pour 20 % des personnes, sur le territoire des Hauts-de-France, c'est la croix et la bannière. De la même façon, joindre la Caisse primaire d'assurance maladie, via le numéro court, est parfois très compliqué.

Il a été question de politique ; il est donc proposé d'en faire un peu. Lorsque la volonté a été émise de mutualiser les Caisses d'assurance maladie au niveau du Nord, il a été possible de sauver celle du Hainaut. (*Échanges partiellement hors micro.*) La mutualisation des caisses, telle qu'elle a été réalisée au niveau des CAF, n'est pas forcément la meilleure chose car elle a été synonyme de perte de proximité. Certes, il est possible de recourir au bus départemental bleu, pour la CAF, la CARSAT, notamment, mais encore faut-il en parler.

Ce sont autant d'éléments qui doivent être pris en compte. Il faudrait aussi que les usagers soient reconnus et acceptés par les directeurs et directrices d'établissement. M. Roland BOUVARD se permet d'insister sur ce point car ce n'est pas toujours le cas. Actuellement, sont constitués des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ; des réunions sont en cours pour élire des présidents. Ainsi, sur le territoire du Hainaut, dix établissements sont regroupés ; deux ont fait sécession, pour une raison qu'il ne peut préciser. Lors de la première réunion consultative pour élire le président, seuls neuf RU étaient présents, alors que les établissements du Hainaut comptent tous quatre RU. Il faut donc chercher des solutions.

**Mme Kaltoume DOUROURI** revient sur un point particulier qui a été souligné par M. Roland BOUVARD, concernant la fracture numérique, en matière de prévention. Se tournant vers les intervenants de la table ronde, elle les invite à dire quelques mots sur le sujet, en particulier sur mon espace santé. Tout le monde n'a pas d'ordinateur ou du moins n'est pas aguerri au numérique et au digital. Mme Kaltoume DOUROURI évoque la formation des usagers.

**M. Roland BOUVARD** cite l'exemple d'Ameli.

**Mme Ghislaine LIEKENS** évoque deux sujets en lien avec l'usage numérique, avec le réseau de l'Assurance maladie.

Le premier a été cité par M. Roland BOUVARD : Ameli est un système dématérialisé, qui propose notamment de l'information générale ou la possibilité d'adresser des documents. Ameli existe aussi pour les professionnels de santé. Cela permet de gagner du temps en délai de paiement. En son temps, la dématérialisation a permis de passer d'un délai parfois supérieur à un mois, à quelques jours, grâce à l'usage de la carte Vitale et des téléservices. La déclaration d'un médecin traitant – lorsque l'on a la chance d'en trouver un – de façon dématérialisée se retrouve dans les bases en quelques jours, au lieu des semaines requises en cas de déclaration papier. Il en va de même pour la mise à jour de la carte Vitale, pour le patient en ALD. Pour les soins pris en charge à 100 %, si tout est fait de façon dématérialisée, c'est automatique.

A aussi été évoqué l'espace numérique en santé, qui intègre le DMP. Le numérique en santé étant plutôt porté par l'ARS, Mme Ghislaine LIEKENS laissera Mme Amandine DEJANCOURT en parler.

Du côté des caisses, pour essayer d'accompagner au numérique, comme pour les actions de prévention portées par les CES et par des préventeurs présents dans les caisses, des actions sont menées hors les murs, toujours avec le même réseau de partenaires, pour accompagner ceux qui en ont envie à l'usage d'Ameli mais aussi en leur expliquant ce qu'est l'espace numérique en santé. Mme Ghislaine LIEKENS constate qu'il n'y a rien à faire : c'est là et ça va se développer et il s'agit de faire ce que l'on peut pour accompagner. Pour les personnes plus âgées, l'idée est de leur trouver une personne aidante sur ce sujet. Mme Ghislaine LIEKENS répète que l'accompagnement se fait, dans la mesure du possible. Avant de céder la parole à Mme Amandine DEJANCOURT, elle tient à souligner que la France était l'un des rares pays d'Europe à ne pas avoir ce dossier patient partagé. Bien sûr, entre professionnels, entre la ville et l'hôpital, il existait, par endroits, des outils le permettant, mais ce n'était pas généralisé sur l'ensemble du territoire français. Ainsi, un assuré qui partait à l'autre bout du pays devait soit se munir de son dossier papier, s'il était encore en sa possession, soit recommencer tous les examens. En Belgique, c'est une possibilité qui existe depuis très longtemps, sur la base d'une carte.

**Mme Amandine DEJANCOURT** rejoint tout à fait les propos de M. Roland BOUVARD sur deux points : d'une part, sur la crise des RU, qui sont moins nombreux et vieillissants, en écho à la problématique qui est connue dans le bénévolat associatif ; d'autre part, sur la fracture numérique.

Mme Amandine DEJANCOURT reconnaît sans difficulté qu'elle n'a pas l'expertise sur le numérique mais elle peut assurer que, dans le cadre du projet régional de santé actuellement travaillé, il existe un axe spécifique sur le numérique et la question de l'inclusion numérique, au sens large. Il s'agit aussi de trouver de quelle manière aller vers les personnes, pour leur permettre de savoir utiliser un ordinateur, utiliser mon espace santé. Le travail porte notamment sur le développement d'ambassadeurs du numérique, que ce soit par le biais des réseaux des caisses primaires d'assurance maladie ou par le réseau des centres sociaux, qui sont des structures de proximité et qui sont en cours de déploiement. Mme Amandine DEJANCOURT constate que M. Roland BOUVARD lui affirme le contraire mais elle maintient que le déploiement est en cours.

**M. Roland BOUVARD**, *concomitamment*, assure qu'il n'affirme pas le contraire.

**Mme Amandine DEJANCOURT** ajoute qu'il s'agit d'avoir des personnes en relais sur la question du numérique. Cela étant, il reste vrai que, sur la fracture numérique, se posent à la fois la question de l'utilisation du support numérique et les problématiques numériques d'accès au réseau lui-même, auxquelles elle n'est pas en mesure de répondre. Mais c'est un sujet qu'ils prennent à cœur : tous ont conscience qu'il faut le développer davantage.

**M. Roland BOUVARD** renouvelle son vœu que les RU ne soient pas oubliés. Ils ont été voulus dans la loi, dans les accréditations, partout, « pour faire bien », mais ce n'est pas toujours le cas.

M. Roland BOUVARD tient à remercier la Caisse primaire, qui vient régulièrement dans les conseils de surveillance. Les caisses sont un pilier, en ce qu'elles sont le payeur de la santé.

Il suppose que l'assemblée le sait mais il souhaite rappeler que les deux budgets les plus importants de la Nation sont la Santé et l'Éducation nationale. L'on compte donc beaucoup sur eux.

**M. le Pr Maxime GIGNON** voudrait ajouter quelques mots sur le numérique et remercie d'ailleurs M. Roland BOUVARD d'avoir posé la question. Il a été interrogé, en ouverture de cette journée, sur la crise sanitaire liée à la pandémie. La campagne de vaccination a représenté un défi incroyable : il fallait développer la campagne la plus rapide possible pour l'ensemble du pays et, à cette fin, il s'est agi de passer par des plateformes numériques. Ce sujet avait été discuté très rapidement avec l'Agence : il faut toujours garder à l'esprit les inégalités que l'on va créer, avec une vraie bonne idée. Cela permet à 80 % de la population de bénéficier d'un nouvel outil numérique, tout comme 80 % de la population peuvent bénéficier, globalement, d'une politique de prévention. Mais il faut toujours penser à ceux qui n'en bénéficieront pas, en raison d'un déficit sur le plan éducatif, sur le plan social ; en outre, ce sont souvent les mêmes personnes qui cumulent ces difficultés. C'est le terreau d'un sujet qui concerne certes toute la France, mais particulièrement la région des Hauts-de-France : ce sont les inégalités sociales, doublées d'inégalités territoriales car, dans certaines zones, les difficultés sont concentrées. C'est un élément qu'il faut toujours avoir à l'esprit et qui doit absolument être intégré au déploiement des projets numériques. La réflexion doit être menée sur la manière d'accompagner, peut-être à travers le développement de nouveaux métiers, sur ces sujets.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** relève d'autres demandes d'intervention dans la salle.

**M. Olivier DAUPTAIN**, Vice-président de la Commission spécialisée dans le domaine des Droits des usagers du système de santé, qui est l'un des coordonnateurs de la journée, signale qu'il est aussi Vice-président de France Assos Santé. Se qualifiant de geek, il explique être présent à la fois sur la plateforme Prédice, sur mon espace santé et sur le numérique. Pour autant, il est entièrement d'accord avec les propos précédents : le numérique leur a été imposé, d'un point de vue politique, en commençant par les impôts. Dans la mesure où il est imposé par des autorités, quelles qu'elles soient, il serait normal qu'un accompagnement soit proposé aux utilisateurs.

M. Olivier DAUPTAIN remercie la CPAM ; ayant été lui-même conseiller, pendant douze ans, à la CPAM de Lille-Douai et, auparavant, de Tourcoing, il connaît leur travail. Le travail qui a été évoqué, et qui est parti du Gard, montre qu'il reste des accueils physiques. C'est à maintenir, dans la région, par rapport à une population qui est particulière, en déshérence en de nombreux domaines, voire en précarité : elle a besoin d'accueils physiques. M. Olivier DAUPTAIN prend également l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles, qui sont en cours de développement : dans ces MSP, il existe un secrétariat, une personne pour accueillir et, à 90 %, la cible est atteinte.

Les CPAM ont cette chance, au point que certains apprécieraient une plus grande ouverture des bases de données, d'avoir la capacité d'aller chercher des médecins traitants pour des patients qui n'en ont pas, majoritairement pour les patients en ALD puisque c'est la commande qui leur a été passée. Mais elles ont aussi la capacité, sur un territoire, une commune, un arrondissement, de connaître le nombre de patients d'un médecin et d'inviter à de nouvelles répartitions s'il est par exemple constaté qu'une patientèle n'est que de 800 personnes alors que les autres sont de 1 800 ou 1 900. À France Assos Santé, des données leur remontent parfois mais ils n'en connaissent pas toujours la légitimité, même s'ils encouragent les médecins à œuvrer en ce sens.

Il est également ressorti un élément important des interventions de la matinée : avant même de parler de coopération, il faut se connaître, apprendre à se connaître, que ce soit l'ARS, l'Éducation nationale, les CPAM. Certains doivent sortir de leur zone de confort et se rendre dans des réunions, des forums, pour savoir ce qu'est le périmètre de chacun. M. Olivier DAUPTAIN a siégé dans des commissions d'action sanitaire et sociale, au sein desquelles il s'agit d'apporter une aide à des gens. Aujourd'hui, avec l'inflation et notamment la hausse du prix du gaz et de l'électricité, chacun sait que des gens vont renoncer aux soins parce qu'il faudra payer les charges. S'il avait été possible de faire deux pas en avant, il est à craindre que la situation économique ne conduise à faire un pas en arrière. Par ailleurs, la complémentaire santé qui est proposée actuellement permet à des gens qui n'ont pas de mutuelle d'avoir une couverture complémentaire santé soit totale, soit partielle. M. Olivier DAUPTAIN est toujours sidéré, lorsqu'il assiste à des réunions, de constater que des assistantes sociales ou des professionnels ignorent l'existence de ces dispositifs pourtant très utiles, tant sur la complémentaire santé que sur la CASS. Il y a une méconnaissance du champ et des compétences des uns et des autres. M. Olivier DAUPTAIN ne peut qu'inciter à apprendre à se parler, à sortir de ses murs, à aller vers et, surtout, à se connaître et à réfléchir à ce qui peut être fait, ensemble. C'est une démarche vers laquelle les usagers essaient de pousser, à chaque fois qu'ils sont face à un professionnel, quel qu'il soit.

M. Olivier DAUPTAIN souhaite évoquer un dernier point, en matière de prévention et, plus particulièrement, concernant les personnes atteintes de diabète. Ces patients ont ce que l'on appelle le pied diabétique. Mais il faut qu'ils aient des signes d'altération importante de la qualité de leur pied pour pouvoir entrer dans le cadre de la prise en charge à 100 %. Cela lui paraît incongru, dans la mesure où il est connu que, étant diabétiques, ils auront des problèmes de pied. Il serait plus judicieux de les intégrer

dans le dispositif en amont, avant qu'ils ne rencontrent des difficultés sérieuses. Après tout, la prévention consiste à faire avant que ça n'arrive.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie M. Olivier DAUPTAIN et cède la parole à Mme Ghislaine LIEKENS.

**Mme Ghislaine LIEKENS** indique que, à part pour les derniers propos, elle souhaitait remercier M. Olivier DAUPTAIN, de manière globale, pour la reconnaissance du travail du réseau de l'assurance maladie. De nombreux sujets ont été abordés mais elle ne rebondira que sur certains d'entre eux.

Mme Ghislaine LIEKENS explique que sa présence est aussi liée au fait que, outre le fait d'être la directrice de la CPAM du Hainaut, elle est aussi la directrice pilote régionale du pôle prévention. Cela signifie, d'une part, que l'organisation se fait de plus en plus en coordination régionale, au sein de l'Assurance maladie et, d'autre part, qu'ils se sont emparés du thème qui les occupe, ensemble, sur certains sujets. Par exemple, sur le dépistage des cancers, l'action est conjointe, sur les territoires, en s'appuyant sur le réseau des partenaires. Mme Amandine DEJANCOURT et M. Jean-Christophe CANLER ont cité les travaux menés sur le plan régional de santé. Mme Ghislaine LIEKENS pense que c'est inédit : sur les vingt-six chantiers ouverts dans le cadre du PRS, douze sont en co-pilotage avec l'Assurance maladie. L'ARS doit être remerciée car elle est de plus en plus aux côtés de l'Assurance maladie. Cela répond aussi à la nécessité de gagner en visibilité, qui a été soulignée par plusieurs intervenants.

Mme Ghislaine LIEKENS souhaite également revenir sur le sujet des MSP. Il a été question des nouvelles activités portées par les professionnels de santé, quels qu'ils soient, en dehors du médecin traitant. Pour que les MSP puissent bénéficier du soutien financier de la CPAM, il leur faut définir un axe fort sur la prévention, avec des actions de prévention adaptées au territoire. La veille, Mme Ghislaine LIEKENS a ainsi analysé un projet de MSP aux alentours de Cambrai, où il apparaît nettement une population diabétique plus importante que la moyenne régionale, qui n'est déjà pas très bonne par rapport au niveau national. Elle a été ravie de trouver une action sur le thème de l'alimentation, mais aussi une action dédiée à une meilleure prise en charge interprofessionnelle des malades du diabète.

Peuvent aussi être évoquées les CPTS, dans le cadre d'une coopération interprofessionnelle, au-delà des maisons de santé pluriprofessionnelles. Il s'agit par exemple d'aller chercher les établissements hospitaliers, pour créer davantage de liens entre la ville et l'hôpital dans la prise en charge des patients. À Valenciennes, est ainsi mené un travail commun sur la détection des cancers cutanés, entre la ville et les spécialistes qui se trouvent à l'hôpital et qui ne se trouvent plus en ville, tels les dermatologues. C'est une nouvelle forme d'organisation des soins qui est en train de se mettre en place.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe qu'il reste assez de temps pour une ou deux interventions dans la salle.

**Mme Agnès PETIT** indique qu'elle écourtera ses propos : elle souhaitait aborder le sujet des personnes vieillissantes et de leur bien-être mais préfère le faire dans une autre table ronde. Elle tient toutefois à parler dès à présent du mot « prévention » et du numérique. Cette intervention sera l'occasion, pour ses interlocuteurs, de faire de la vraie prévention pour que ne soit pas refaite la même réunion dans vingt ans ou même plus tôt, sur la vue, que l'on n'aura plus, sur le numérique, par rapport à des coupures qui seront forcément intempestives et longues, sur le fait que l'on ne saura plus écrire.

Pour cette intervenante, le numérique ne peut être qu'un outil parmi d'autres. Elle rejoint les propos des intervenants précédents et explique qu'elle est en train de faire un dossier pour chaque membre du

gouvernement, ministre, sénateur, député. Il y a une différence nette entre l'avant et l'après covid : le numérique a pris une importance très forte. Mais c'est aussi parce que cela permet de diminuer du personnel. Il n'y a désormais plus que du personnel pour le numérique, et pas forcément pour recevoir les personnes qui n'y ont pas accès. L'on assiste à une fracture numérique indéniable. Pour faire de la véritable prévention pour dans quinze ans, pour éviter que nos successeurs n'aient à préconiser le retour à autre chose que le numérique, il convient de ne pas tomber, pieds joints, dans le tout-numérique, qui arrange bien du monde parce que cela permet de réduire les emplois mais abrutit aussi des personnes, qui se retrouvent assommées lorsqu'elles rentrent chez elles. Il faut absolument garder les deux et que le numérique ne soit qu'un outil. Il s'agit de faire de la prévention par rapport à une fracture numérique qui aura forcément lieu.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie l'intervenante précédente et passe la parole à un autre membre du public.

**Mme Élisabeth KORAL**, représentante des usagers au conseil de surveillance de l'hôpital de Fourmies, est aussi présidente de la CDU de cet hôpital, ainsi qu'au GHT et au DAC (dispositif d'appui à la coordination). Il est toutefois à noter que le DAC est un peu en retard dans le grand Hainaut.

Mme Élisabeth KORAL sera brève dans ses propos, qu'elle ancrera dans une dimension concrète. Elle rebondit sur la problématique des soins dentaires dans l'Avesnois, abordée par Mme Ghislaine LIEKENS. Grand-mère de deux fillettes, scolarisées en CP et en maternelle, elle s'aperçoit que, tous les jours, il y a un anniversaire à fêter, et que les enfants sortent de l'école avec un paquet de bonbons. Peut-être le médecin scolaire et plus largement l'Éducation nationale pourraient-ils intervenir sur ces situations, qui n'arrangent pas les problèmes dentaires des enfants.

En tant que présidente de la CDU et RU, Mme Élisabeth KORAL travaille souvent, avec les trois autres RU de Fourmies, avec la direction de l'hôpital et les représentants qualité. Cela se passe très bien et elle pense qu'ils sont écoutés. Elle reconnaît qu'ils ont la chance d'être connus, dans leur région, et ne peut que demander aux instances d'aider les représentants d'usagers à se faire connaître lorsqu'ils ne le sont pas, pour qu'ils puissent porter une parole plus respectée et prise en compte. Avec l'hôpital de Fourmies, il a été fortement travaillé à l'organisation de journées de prévention. Récemment, a été proposée une journée de dépistage des troubles auditifs, qui a permis de toucher une centaine de personnes. Les RU sont intervenus sur la radio locale pour parler de cette journée et des journées à venir, pour inciter les personnes du territoire, qui n'ont pas beaucoup de moyens de locomotion et restent encore très attachées à leur sud-avesnois, à se faire dépister près de chez elles.

Les RU interviennent aussi sur la pair-aidance. Avec la direction, il est particulièrement travaillé à la mise en place de patients pairs-aidants en psychiatrie. Ce serait une très bonne chose car la psychiatrie est en grande difficulté. De nombreux patients restent hospitalisés alors qu'ils pourraient sortir, en étant aidés à l'extérieur, notamment grâce à des repères. Les pairs-aidants seraient d'un grand secours sur le plan de l'hôpital. Il a aussi été fait remarquer au directeur qu'il y aurait un résultat économique puisque cela éviterait de garder des patients en hospitalisation et permettrait l'accueil d'autres patients. Il s'agit de jouer avec les arguments à disposition pour essayer d'y parvenir, par tous les moyens. L'important reste la prise en charge du patient.

Mme Élisabeth KORAL tient aussi à aborder la problématique des personnes très âgées qui sont dans des services d'USLD (unités de soins de longue durée), à l'hôpital. Ce sont des personnes malades qui ne peuvent pas être en EHPAD ou en institution. Bien souvent, elles sont abandonnées car il n'y a pas de

médecins en nombre suffisant pour s'occuper d'elles. Par provocation, Mme Élisabeth KORAL affirme que leur grand âge et leur mort prochaine justifient l'absence de médecin. Elle-même a 77 ans et, étant médecin retraitée, elle a été sollicitée pour s'occuper des personnes d'USLD. À son sens, c'est la preuve qu'il y a beaucoup de questions à se poser.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie Mme Élisabeth KORAL pour ce témoignage puis invite une dernière personne à prendre la parole, avant de conclure la matinée.

**M. le Dr Franck ROUSSEL**, médecin, représente le Conseil régional de l'ordre des médecins. Sur la demande faite aux médecins de travailler plus, il est d'avis que c'est aller droit dans le mur. Les médecins travaillent, en moyenne, 55 heures par semaine. Ils sont en réelle souffrance. Si l'on veut qu'il y ait plus de médecins, il faut donner de l'attractivité au métier. Sur une population de cent étudiants de première année, il apparaît qu'après dix ans, environ 15 % ont abandonné durant le cursus. Ce taux est en train d'exploser. M. le Dr Franck ROUSSEL fait part de sa forte inquiétude car, dans la réforme des études de médecine, notamment sur le premier cycle, l'on fait revenir par des licences accès santé (mineure santé) des étudiants qui, malheureusement, n'ont pas le niveau. Il a été constaté, cette année, des redoublements qui n'avaient jamais été relevés. Comme le triplement n'est pas autorisé, ce sont des étudiants qui ont intégré le quota mais n'iront pas jusqu'au bout. M. le Dr Franck ROUSSEL ignore s'il en va de même à l'université d'Amiens, mais il ne croit pas du tout à l'idée qu'en 2030, la situation se sera améliorée.

Il faut donner de l'attractivité car il y a des médecins qui pourraient s'installer mais qui sont rebutés par tout ce qui se passe actuellement et, surtout, par la charge de travail. M. le Dr Franck ROUSSEL fait partie de l'entraide, à l'ordre des médecins, et il n'y a jamais eu autant de médecins en souffrance. C'est un réel problème. Certes, c'est un problème de société, mais si l'on veut que les usagers soient bien soignés, il faut que leurs médecins aillent bien aussi et qu'ils soient en nombre suffisant.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. le Dr Franck ROUSSEL pour sa prise de parole. Elle invite M. le Pr Maxime GIGNON à synthétiser cette première table ronde, avant la pause déjeuner et le forum des initiatives.

**M. le Pr Maxime GIGNON** observe que cette première table ronde a été extrêmement riche ; de nombreux sujets ont été abordés, avec des expériences variées. Il en retient la collaboration et le partenariat : c'est le fil rouge entre toutes les actions qui sont actuellement développées. En termes de réponse en matière de prévention, c'est indispensable. La prévention ne peut pas se faire tout seul, ni contre la population : elle ne peut être faite qu'avec. Après avoir entendu les expériences vécues dans l'Éducation nationale, à la CPAM, au Département, avec l'ARS, il peut être constaté que les dynamiques sont de plus en plus partenariales, mais M. le Pr Maxime GIGNON est d'avis qu'il est possible d'aller plus loin. En écoutant Mme le Dr Maryse BURGER, il pense au fait d'associer les parents d'élèves : certes, ils le sont déjà, par certains aspects, mais il y a peut-être des choses encore plus importantes à mener. M. le Pr Maxime GIGNON a déjà évoqué un sujet auquel il tient, qui est celui des inégalités de santé. Il est tout à fait bienvenu que les enfants aient un milieu favorable à l'école mais, à un moment, ils rentrent chez eux, où ils ont des modèles. Dans le département de la Somme, se trouve la proportion la plus importante, dans la région, d'enfants qui vivent avec un fumeur. C'est un modèle qui les marquera profondément, dans leur comportement personnel, à l'avenir, dans leurs représentations. Il s'agit donc aussi de trouver comment faire le lien par rapport à ces environnements créés à l'école, et qu'il faudrait d'ailleurs aussi créer au travail. En cela, M. le Pr Maxime GIGNON rejoint d'ailleurs son confrère sur la qualité de vie des médecins, que ce soit à l'hôpital ou en libéral, et la qualité de vie au travail qu'il peut y avoir dans les

institutions. Il s'agit de trouver comment rapporter cette qualité de vie chez soi et, finalement, créer une société favorable à la santé.

La démarche partenariale qui ressort des différentes actions exposées est fondamentale mais doit être approfondie. Les élus locaux s'emparent de plus en plus de ces sujets et c'est tout à fait bienvenu car il est nécessaire, à tous les niveaux, collectivités locales, Départements, Région, d'avoir une implication forte.

M. le Pr Maxime GIGNON évoquait, en introduction, la santé dans toutes les politiques. C'est en ayant conscience de la possibilité d'aller tous mieux, au sens physique, psychique et social, que l'on peut vraiment avancer. Formulé ainsi, cela peut paraître un peu utopiste et hors-sol mais, sur le terrain, les acteurs parviennent à rendre cela très concret. C'est une bonne piste et cette première table ronde ouvre de belles perspectives pour la suite, qu'il a hâte de découvrir.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. le Pr Maxime GIGNON pour cette synthèse de première table ronde.

Elle invite l'ensemble des participants à se rendre dans l'espace Lafleur pour le forum des initiatives. Dans le sac qui a été remis à chacun, se trouvent de nombreux documents très utiles, comprenant notamment des coordonnées et le programme de la journée. Y figure aussi l'ensemble des partenaires et associations qui les attendent au forum. Mme Kaltoume DOUROURI en cite quelques-uns, à titre d'exemples : la MSA, le Conseil départemental de la Somme, France Alzheimer, le Planning familial, la Croix-Rouge, Aid'Aisne. Elle tient à remercier infiniment toutes ces associations et initiatives qui seront présentées. Ce sera également le moment de déjeuner, avec le traiteur Carte blanche, qui est également remercié.

Mme Kaltoume DOUROURI invite les participants à se retrouver à 13 h 30 pour les deux autres tables rondes.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite les participants à prendre place et les remercie de les avoir rejoints dans cet amphithéâtre à Mégacité, pour la septième journée régionale des droits des usagers de la santé. Pour un résumé de la matinée, elle se rapproche de M. Philippe TASTET, dessinateur, pour une rétrospective en images.

Sur la première image, il est mentionné que « La prévention, c'est crier gare avant de crier ouille ».

La troisième évoque l'école et la santé ; y est notamment relevée la présence de Mme le Dr Maryse BURGER. L'objectif est de repérer très tôt les problèmes à l'école.

Au cours des images, sont évoqués le burn-out (y compris celui des médecins) ou encore la spécificité des territoires. Peut aussi y être reconnu M. le Pr Maxime GIGNON.

Mme Kaltoume DOUROURI interroge M. Philippe TASTET sur les idées-forces qui l'ont inspiré, au cours de la matinée.

**M. Philippe TASTET** confirme qu'il s'appuie sur les interventions pour la réalisation de ses dessins. Il compte donc sur les prochains intervenants pour lui donner d'autres idées.

Mme Kaltoume DOUROURI invite les participants à l'applaudir chaleureusement puis note qu'il s'agit désormais de poursuivre avec la deuxième table ronde.

## **DEUXIÈME TABLE RONDE : La prévention, une force en action**

- **Frédéric BRZOWSKI**, Président de la Commission spécialisée Prévention de la CRSA Hauts-de-France
- **Dr Jennifer COBERT**, Médecin coordinateur du Centre régional de coordination de dépistage des cancers (CRCDC), antenne territoriale de la Somme
- **Pr Guillaume VAIVA**, Responsable de la Mission nationale d'appui au déploiement de Vigilans, coresponsable scientifique du Centre national de ressources & résilience pour les psychotraumas (Cn2r)
- **Dr Harmony BOUCHEZ**, Médecin coordinateur et addictologue, et **Alexandre MASION**, Coordinateur administratif et psychologue, Association Le Mail

Après avoir accueilli les différents intervenants, **Mme Kaltoume DOUROURI** invite M. le Pr Maxime GIGNON à s'installer à leurs côtés, en sa qualité de Grand Témoin.

La table ronde s'ouvre avec l'intervention de M. Frédéric BRZOWSKI, Président de la Commission spécialisée Prévention de la CRSA des Hauts-de-France. Mme Kaltoume DOUROURI observe que la prévention nécessite peut-être une définition.

**M. Frédéric BRZOWSKI** explique que la prévention, de manière assez simple, est une force en action. Il n'est toutefois pas possible de rester sur cette première approche et il est nécessaire de croiser d'autres éléments, avec l'idée de se rapporter à ce qui s'est dit, pensé, écrit. L'OMS, en 1948, a défini ce qu'était la prévention : c'est l'ensemble des actions qui viennent à réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps. Il s'agit de s'inscrire dans cette définition mais il est aussi important de rappeler qu'elle peut aussi être assez anxiogène. Sans prétendre qu'il faut la « glamouriser », il convient de la présenter sous un jour positif et évoquer qu'elle signifie l'amélioration de la santé et le bien-être. Il est important de garder cette idée à l'esprit.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** demande des précisions sur les bénéfices attendus concrètement, au-delà du bien-être.

**M. Frédéric BRZOWSKI** souligne la complexité inhérente à la question du bénéfice. Il a évité de prendre la parole au cours de la matinée mais il y avait en tout cas beaucoup d'envie d'y répondre. Le sujet a déjà été évoqué et M. le Pr Maxime GIGNON l'a dit avec justesse en prenant l'exemple de la période covid : l'équation consiste à trouver un équilibre entre bénéfices et risques, entre avantages et inconvénients. M. Frédéric BRZOWSKI aime utiliser l'image du verre à moitié plein ou à moitié vide. De nombreux exemples ont été cités au cours des présentations et des échanges : certes, d'un côté, l'on ne peut pas s'en satisfaire, car ce n'est pas suffisant, mais d'un autre côté, il y a déjà ça, même s'il faut le renforcer.

Les bénéfices sont extrêmement larges et, en écho à la question des bénéfices, se trouve aussi le nom qui a été donné à cette table ronde : c'est une force en action. Bien évidemment, la prévention est une force ; chacun en sera d'accord. Mais à la lecture des définitions de la force, surgit le risque que cette force ne vienne écraser, désorienter. Dans ce système de force en mouvement, il faut trouver le juste milieu, le bon équilibre, qui permet à la prévention d'avoir un bénéfice pour le plus grand nombre. Cela soulève aussi la question des 20 % restants ; l'on peut se demander si l'on entre dans le système de calcul de la loi de Pareto, par exemple. Il s'agit de mesurer, d'évaluer et de remettre régulièrement en question une action, une idée, un objectif, pour savoir si le plus grand nombre est touché et identifier les franges qui ne le sont pas. Au cours de la matinée, l'exemple a été donné du tabac. Cette question reste un peu en suspens et les actions autour de la prévention doivent porter sur le plus grand nombre, sans pour autant omettre la fraction qui peut parfois être oubliée.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** interroge M. Frédéric BRZOWSKI sur sa vision de l'action. Définir la prévention comme une force en action nécessite de préciser qui sont les acteurs, collectivement et individuellement.

**M. Frédéric BRZOWSKI** observe qu'il a été affirmé à plusieurs reprises que la prévention était l'affaire de tous : derrière ce « tous », se trouve le « nous », en priorité. Lors de la pause déjeuner, dans les échanges autour des stands, il a été fait part d'une forme de satisfaction. M. Frédéric BRZOWSKI lui-même, en tant que Président de la Commission spécialisée Prévention, est très heureux d'être co-organisateur de cette journée. C'est aujourd'hui la septième journée des droits des usagers mais tous sont des usagers. Aujourd'hui, dans cet amphithéâtre, sont réunis des usagers, des représentants des usagers, des professionnels. Ces derniers sont aussi des usagers, tout aussi concernés par les questions que chacun se pose, sur l'accessibilité à un médecin, sur une campagne de prévention, sur un dossier, sur ses droits. Les professionnels de santé, en tant que tels, ont une compétence et peuvent être un peu meilleurs dans la petite niche qui est la leur, mais en tant qu'usagers, citoyens, il s'agit d'être les premiers acteurs.

M. Frédéric BRZOZOWSKI évoque ensuite le milieu professionnel, sanitaire, médico-social, puis ajoute les décideurs politiques, qui définissent des axes, et le législateur, qui inscrit divers éléments. Il précise qu'il intervient en tant que Président de la Commission spécialisée mais aussi au titre de la Fédération Addiction : professionnel du champ des addictions, il invite à la vigilance. Il cite l'exemple de la Loi Évin, qui encadre notamment le sujet de l'alcool : malgré une loi forte, avec des principes posés clairement par le législateur, régulièrement, les lobbys alcooliers donnent des coups de butoir dans cette loi, qui se trouve abîmée. Il faut rester attentif, en termes de prévention, car, au moins dans le champ des addictions, se dégage l'impression que, cycliquement, après quelques pas en avant, se produit une forme de recul. Il existe une volonté politique mais parfois, le sentiment se fait jour qu'elle ne se retrouve pas, sur le terrain, de manière aussi fluide, notamment pour les usagers et les professionnels.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite à revenir sur la notion d'individu, de citoyen. M. le Pr Maxime GIGNON l'a rappelé en ouverture de la journée : cela fait partie du droit constitutionnel et, lors des échanges avec le public, une participante a rappelé que l'individu, dans son corps, a aussi cette responsabilité. Cela conduit à s'interroger sur les leviers d'action qui pourraient être mis en place, à l'instar de l'appel qui a été lancé par Mme Amandine DEJANCOURT, pour que l'individu, au sens de citoyen, prenne fait et cause pour cette prévention. Elle sollicite en particulier M. Frédéric BRZOZOWSKI pour qu'il partage ses idées à ce sujet.

**M. Frédéric BRZOZOWSKI** répond qu'à titre personnel, il n'en a aucune. La réflexion doit être collective. Une journée telle que celle organisée ce jour permet, d'abord, de se rencontrer, de se connaître. Les stands proposés dans le cadre du forum des initiatives l'ont montré : certains viennent de la Somme, d'autres du Valenciennois, et une personne qui exercerait plutôt dans la métropole lilloise peut imaginer copier ou du moins modéliser une action en s'inspirant de ce que font les collègues de tel ou tel territoire. C'est une vraie richesse. Il ne s'agit pas de constituer une forme de millefeuille : c'est aussi un point de vigilance à garder à l'esprit. Cette idée de meilleure connaissance fait écho à des propos qui ont déjà été tenus au cours de la matinée : il est nécessaire de se connaître, de se rencontrer, pour être capable d'informer, d'orienter. L'on en revient au « tous » : le professionnel n'est pas le seul à pouvoir orienter ; tous sont usagers et certains ont pu découvrir, à travers les stands, des spécificités, qui conduisent à se demander si elles existent aussi sur son territoire et, éventuellement, à les déployer demain. Il s'agit de se nourrir des expériences des autres, de partager, de se connaître. L'importance de la coordination est aussi à souligner.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. Frédéric BRZOZOWSKI et se tourne vers Mme le Dr Jennifer COBERT, pour une intervention sur le dépistage. La première étape consiste déjà à savoir ce qu'est un dépistage.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** explique qu'elle est médecin au CRCDC, qui est le Centre régional de coordination des dépistages des cancers, dont les missions étaient auparavant plutôt organisées par département (ADEMA, Opaline, Aisne Préventis...). Elle a été invitée pour accomplir la lourde tâche de parler de prévention avec un thème assez peu vendeur, puisqu'il s'agit de dépistage des cancers. Le mot inspire toujours un peu de crainte mais, comme ses collègues, Mme le Dr Jennifer COBERT a envie d'être optimiste. Il est apparu, au fil de la journée, qu'une place de plus en plus large est accordée à la prévention, quel que soit le niveau (professionnels de santé, usagers), ce qui rend plutôt optimiste, pour les générations actuelles et futures. Des interventions se déploient de plus en plus, dès l'échelon de base, qui reste l'école. Chacun sait que l'on peut être acteur de sa santé, par l'activité physique, l'alimentation,

qui sont des éléments importants y compris dans le cadre de la lutte contre le cancer. Tout cela permet de rester optimiste, même sur un thème comme le cancer.

Le dépistage sert à rechercher une maladie à un stade précoce chez une personne qui paraît en bonne santé, c'est-à-dire une personne qui se sent bien et ne sait pas qu'elle en est porteuse.

Le dépistage organisé, dont s'occupe la structure dont Mme le Dr Jennifer COBERT fait partie, est un dépistage organisé par les pouvoirs publics. Globalement, c'est l'État qui invite une personne à participer, si elle est dans la tranche d'âge concernée, par exemple à un dépistage du cancer du sein.

En France, il existe trois dépistages organisés, pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas d'autre dépistage.

Les problématiques rencontrées sont assez similaires à celles qui ont déjà été évoquées : l'on parle de prévention mais, sur le terrain, ce n'est facile pour personne. Les usagers ont des problématiques, les professionnels ont des problématiques et chaque programme de dépistage a ses propres problématiques, qui rendent la situation complexe et constituent des freins à la participation.

Le dépistage sert à diagnostiquer une maladie le plus tôt possible, dans le but de la traiter le plus rapidement, de freiner ou de stopper la progression.

L'objectif de l'organisation de ces trois dépistages de cancer, au niveau de l'État, est d'essayer de garder la population en meilleure santé, d'avoir un impact sur la santé publique. Le but est aussi de toucher les plus vulnérables, qui sont parfois éloignés du système de santé, ce qui n'est pas toujours très simple, comme l'ont relevé les intervenants précédents. L'aller vers n'est pas une démarche facile à mener. Comme l'observait M. Frédéric BRZOZOWSKI, il faut rappeler la nécessité d'évaluer : en matière de dépistage, il faut examiner ce qui fonctionne, ce qui peut être fait pour l'améliorer. Mme le Dr Jennifer COBERT propose de partager quelques exemples concrets, dont elle espère qu'ils permettront d'être encore plus optimistes pour la suite.

Le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme, avec 59 000 cas par an, en France. Ce nombre explique aussi qu'il s'agisse d'un problème de santé publique. Le dépistage organisé consiste à être invitée, dans la tranche de 50 à 74 ans, à faire une mammographie, tous les deux ans. Sa mise en place date de 2004 mais, depuis environ 2012, est constatée une baisse de participation qui s'accroît d'année en année, étant observé que la période covid n'a pas du tout aidé. Un nombre croissant de femmes ne se fait pas dépister, pour des causes multiples, de sorte qu'il n'y a pas de solution unique.

Le dépistage du cancer colorectal est le cheval de bataille de Mme le Dr Jennifer COBERT. Ce cancer concerne le côlon et le rectum, c'est-à-dire le gros intestin. Souvent, dans les stands, les dames viennent à leur rencontre et leur disent qu'elles ont bien reçu leur papier pour la mammographie et, leurs maris, pour le test colorectal. Il convient alors de rappeler que les femmes ont aussi un côlon : elles sont donc aussi concernées par le dépistage organisé du cancer du côlon, entre 50 et 74 ans. Il s'agit de faire un petit test, chez soi, dans ses toilettes. Mme le Dr Jennifer COBERT montre à tous le matériel de test, qui n'apparaît clairement pas comme un objet de torture. L'un des biais importants, auparavant, était que le matériel était forcément remis par le médecin généraliste, ce qui rendait la démarche parfois compliquée ; déjà, certains patients n'ont pas de médecin généraliste ; d'autres ne souhaitent pas se rendre chez leur médecin pour ce seul motif, ou invoquaient un manque de temps. Depuis un peu moins d'une année, les tests peuvent être remis par les pharmaciens : la démarche étant en cours de

déploiement, certaines pharmacies y participent déjà et d'autres sont encore en train de se former. Il existe aussi une possibilité de le commander en ligne. Certes, c'est encore une solution numérique, mais cela permet de toucher d'autres populations, notamment celles qui peuvent ne pas avoir de médecin traitant. Il est encore un peu tôt pour évaluer ce dispositif, qui n'a été mis en place que récemment. Il ne peut donc pas en être tiré de conclusion, à ce jour, par rapport au taux de participation, qui est quand même catastrophique pour le dépistage du cancer colorectal. Seuls 34 % de la population participent, ce qui n'est pas beaucoup ; ce sont des milliers de vies que l'on perd, pour un simple test à faire dans ses toilettes.

Ce qui permet de rester optimiste malgré tout, lorsqu'il est question de cancer, et ce qui est aussi le but de ces dépistages organisés, c'est que le cancer colorectal détecté tôt peut être guéri neuf fois sur dix. C'est aussi pour cela que ce dépistage est mis en place : il est possible d'en guérir s'il est pris en charge tôt. C'est un message d'espoir que Mme le Dr Jennifer COBERT tenait à partager.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus s'adresse aux femmes, qui sont donc concernées par les trois dépistages organisés. Plus précisément, il intéresse les femmes de 25 à 65 ans. C'est le fameux frottis, qui peut être réalisé chez un gynécologue, un médecin généraliste ou une sage-femme : de plus en plus de sages-femmes qui s'installent dans des cabinets, dans des maisons de santé pluriprofessionnelles, proposent de réaliser cette consultation. Il est vrai qu'il reste compliqué d'obtenir un rendez-vous chez le gynécologue.

En termes de prévention, s'agissant du cancer du col de l'utérus, doit aussi être mentionnée la possibilité d'agir en amont, grâce à la vaccination. Le sujet a été abordé dans la matinée, avec Mme le Dr Maryse BURGER. Des campagnes de vaccination ont été annoncées par le Président, à proposer aux collégiens puisque, désormais, même les garçons sont éligibles à la vaccination, le cancer du col de l'utérus étant lié, plus de neuf fois sur dix, à un virus sexuellement transmissible contre lequel il existe un vaccin.

Le thème n'a beau pas être très vendeur, puisqu'il est question de cancer, il y a beaucoup d'espoir puisqu'il est possible d'agir en amont, en prévention, et en se faisant dépister. Mme le Dr Jennifer COBERT invite tous les participants à en parler autour d'eux : c'est important car l'on est acteur de sa santé et de celle de ses proches.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** constate qu'il est de plus en plus nécessaire de faire œuvre de pédagogie. Mme le Dr Jennifer COBERT a ainsi apporté un kit, pour montrer à tous qu'il ne faut pas s'en faire un monde, ce qui semble prouver un besoin de dédramatisation.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** le confirme. C'est important car, souvent, dans les stands, au contact des patients et usagers, il apparaît qu'ils s'en font souvent un drame et qu'il y a un amalgame avec une obligation de faire des coloscopies de dépistage. Certes, certaines populations doivent faire des coloscopies, lorsqu'elles sont plus à risque. C'est notamment le cas lorsqu'il existe des antécédents familiaux de cancer colorectal. Mais la grande majorité des gens est éligible au test plus simple, qui se fait dans les toilettes. La plupart du temps, il n'y aura rien et il suffira de refaire le test en temps voulu. Si le test est positif, cela signifie qu'il y a du sang dans les selles et qu'il faut faire une coloscopie. Cela ne veut pas dire que c'est un cancer : c'est simplement qu'il faut vérifier les raisons de la présence de sang dans les selles. Il peut s'agir d'un petit polype, d'une hémorroïde interne passée inaperçue. Mais ce n'est que dans ce cas qu'est réalisée une coloscopie.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** s'intéresse aux autres actions de communication menées par Mme le Dr Jennifer COBERT, en tant que médecin coordonnateur. Elle se demande en particulier s'il y a d'autres moments de communication comme celui-ci.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** évoque quelques temps forts, tels qu'Octobre rose, qui est bien connu, ou encore Mars bleu, qui permettent de parler à la population mais qui restent des points à temps t. C'est déjà positif, mais il faudrait que l'on puisse en parler davantage tout au long de l'année. Le dépistage par mammographie ne se fait pas qu'en octobre.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe qu'il y a trois dépistages organisés par l'État mais que Mme le Dr Jennifer COBERT a indiqué qu'il était possible de se faire dépister dans d'autres hypothèses.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** indique que, pour les cancers, c'est plus spécifique. Cela dépendra des problèmes de santé. Par exemple, des gens peuvent travailler dans l'amiante et la prévention est alors plus axée sur le risque individuel.

Après avoir remercié Mme le Dr Jennifer COBERT, **Mme Kaltoume DOUROUTI** se tourne vers un duo d'intervenants, Mme le Dr Harmony BOUCHEZ et M. Alexandre MASON, pour parler du dispositif Équip'addict. Elle souhaite notamment en savoir plus sur l'origine de ce projet, développé en Hauts-de-France.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** propose de préciser en premier lieu ce qu'est l'Équip'addict et notamment ce qu'est une microstructure. L'Équip'addict part du dispositif Microstructures médicales Addictions, qui correspond à l'intervention d'une équipe spécialisée en addictologie, composée d'un psychologue addictologue et d'un travailleur social, au sein de cabinets et maisons de santé pluriprofessionnelles. Sur le territoire, la spécialité est essentiellement la ruralité. Douze microstructures ont ainsi été déployées dans le cadre de ce dispositif, né dans le Grand Est dans les années 1990, face à la problématique de l'épidémie de SIDA chez des patients consommateurs d'opiacés, principalement. Des gens de terrain, notamment médecins, travailleurs sociaux ou issus du secteur médico-social, se sont mobilisés et ont réfléchi à l'élaboration d'un dispositif accessible au plus grand nombre d'usagers et de patients possible, et pas uniquement à ceux qui iraient dans un centre spécialisé. Le dispositif est né et s'est développé sous le nom de Microstructures médicales Addictions, pendant plusieurs années, jusqu'au plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022. La MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) a mis l'accent sur les microstructures en rappelant que le chef d'orchestre du soin est le médecin généraliste et en mettant en avant les bénéfices apportés par le dispositif. Est ainsi né le dispositif Équip'addict, via l'article 51 de la Loi de financement de la Sécurité sociale, à travers une expérimentation. L'idée était de lancer ces microstructures au niveau national, sur cinq grandes régions (Hauts-de-France, Île-de-France, PACA, Grand Est, Bourgogne-Franche Comté). Cela a commencé en 2020, pour trois ans. La fin de l'expérimentation approche et il est souhaité que ce soit pérennisé.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** indique que le but d'Équip'addict est de mettre à disposition du médecin, qui peut être isolé dans sa pratique, dans sa ruralité, des experts de l'addiction.

**M. Alexandre MASON** reprend les propos de Mme le Dr Harmony BOUCHEZ : il s'agissait de remettre le médecin au cœur de la prise en charge dans le cadre des addictions, en lien avec la prévention, en s'adressant à des patients qui n'ont pas forcément accès aux soins en addictologie ou la possibilité de se rendre dans les grandes villes. Il peut être constaté, dans la file active, que 50 % des prises en charge

correspondent à des premières prises en charge, pour des gens qui n'avaient pas forcément eu accès aux soins avant. C'est un premier atout.

Lorsqu'il est question de prévention, a déjà été identifié le risque de vite basculer dans un discours moralisateur, en pointant les conduites des gens. C'est encore plus vrai dans le champ des addictions, où sont vite pointés des comportements. Ces consultations sont certes l'occasion de parler des conséquences, car il ne s'agit pas d'éviter ce sujet. Mais c'est aussi l'occasion de donner un espace de parole aux patients, pour qu'ils puissent parler de leurs vrais besoins et de ce qui se cache derrière leurs addictions. L'ensemble se fait en dynamique avec le médecin généraliste. L'idée est que ce dernier ait accès à une équipe spécialisée, vers laquelle il puisse adresser ses patients, et qu'il ne soit pas seul face à eux, avec un discours médical.

M. Alexandre MASON met en avant un autre élément intéressant dans ce dispositif, et dès qu'il est question d'addictions : l'intérêt est que l'on parle aussi très vite d'autre chose, par exemple d'alimentation, de sommeil. Souvent, l'une des premières fonctions des addictions est de pouvoir dormir le soir. Il peut aussi être discuté d'activité physique, de loisirs, de passions. Cela permet de donner enfin la parole à des patients et de les sortir de leur isolement. L'un des premiers intérêts du dispositif est d'offrir, à proximité, un espace qu'ils connaissent, puisqu'ils connaissent le médecin et les lieux. C'est souvent ce qui les incite à franchir la porte.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** souhaite savoir s'il est question de certaines addictions en particulier ou si toutes sont concernées.

**M. Alexandre MASON**, reprenant l'historique retracé par Mme le Dr Harmony BOUCHEZ, explique qu'au départ, l'action était orientée vers un certain profil de patients. Mais il est constaté que les addictions se retrouvent dans de nombreux domaines : l'on peut être addict à tout.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** évoque le tabac, le jeu ou l'alcool.

**M. Alexandre MASON** confirme ces exemples.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** renvoie à toute substance psychoactive, qui intervient sur la conscience, et comportementale. Il apparaît que les addictions comportementales, qui sont très larges (jeux pathologiques, jeux d'argent, jeux vidéo ; alimentaires ; achats compulsifs ; travail ; sport...) peuvent avoir des conséquences actives et empruntent exactement les mêmes voies, d'un point de vue neurologique, que les substances psychoactives, quel que soit leur mode de consommation.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** relève que la force d'Équip'addict réside aussi dans le terme d'équipe : c'est une force pluridisciplinaire, ce qui invite à détailler les disciplines présentes.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** expose qu'initialement, ce sont le psychologue clinicien et le travailleur social qui sont mis à la disposition du cabinet du médecin généraliste, après déclenchement par ce dernier. Cela peut se faire à la demande du patient, qui peut avoir vu que des personnels de l'addiction intervenaient au sein du cabinet médical ; l'entrée peut aussi se faire par le médecin généraliste. C'est d'ailleurs tout le rôle de Mme le Dr Harmony BOUCHEZ, en tant que médecin coordonnateur du dispositif, de le vanter auprès des médecins généralistes, en leur indiquant les bénéfices qui peuvent en être retirés, afin qu'ils soient à l'aise avec la question des addictions. C'est un rôle de montée en compétences des médecins, à travers des échanges. Une réunion de concertation pluridisciplinaire,

organisée tous les trois mois, permet de se rencontrer, pour aborder les situations souvent les plus complexes, mais pas uniquement, et pour faire un point sur les patients et les usagers. Il est aussi proposé de la formation au sein des différentes MSP. Mme le Dr Harmony BOUCHEZ explique que son téléphone portable professionnel est accessible, ce qui permet un travail de collaboration avec les médecins généralistes, qui peuvent l'appeler au cours d'une consultation, en présence du patient, pour exposer leurs interrogations, par exemple sur l'initialisation d'un traitement de substitution. C'est une aide qu'elle apporte ainsi à ses confrères et consœurs.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe que Mme le Dr Harmony BOUCHEZ assure également un rôle de formation.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** le confirme : ce rôle de formation s'exerce par le biais des RCP mais aussi à travers l'organisation régulière, au sein du CSAPA Le Mail, des temps de formation des médecins, à leur demande. Les thématiques sont très larges, toujours à la demande des médecins généralistes.

Un réel impact peut être constaté. Il est à noter qu'initialement, il n'y avait pas, historiquement, de médecin coordonnateur : sa mise en place date du déploiement d'Équip'addict. M. Alexandre MASON pourrait certainement en attester : il y a vraiment eu une accroche d'autant plus importante des médecins, avec un nombre croissant d'orientations et, surtout, à des niveaux d'atteinte et de gravité de la conduite addictive et de la pathologie addictive bien moindres. Par exemple, dans le cas de l'alcool, au départ, les patients étaient souvent reçus avec des complications ; ils avaient déjà fait des séjours en cure, avec des sevrages complexes, en SSR addictologie, à plusieurs reprises, avec des rechutes, même si cela fait aussi partie de la pathologie. Ces patients connaissaient souvent des complications somatiques. Grâce à ce dispositif, les médecins généralistes sont plus à l'aise et dépistent de façon beaucoup plus précoce. L'intervention se fait donc beaucoup plus précocement dans la prise en charge. Il faut reconnaître que, sur la durée d'une consultation, qui est d'environ quinze minutes, parfois moins, le médecin qui est peu à l'aise avec les questions addictologiques ne va pas poser la question. Tant qu'il n'est pas formé, il ne va pas le faire. En l'occurrence, grâce à ce dispositif, les médecins sont davantage formés.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** souligne que ce dispositif participe vraiment à la montée en compétences des médecins, sur le terrain, dans les campagnes.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** ajoute que les médecins savent qu'ils ne sont pas tout seuls : c'est aussi ce qui est intéressant.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** revient également sur l'idée d'une prévention secondaire, pour un repérage précoce.

**M. Alexandre MASON** répète que l'un des principaux intérêts réside dans le fait que les médecins peuvent proposer un dispositif au sein de leurs locaux, ce qui permet parfois aux patients de se dire qu'il suffit de pousser la porte pour simplement évaluer, sans forcément penser à des aspects curatifs, liés à des atteintes somatiques. Il est possible de ne faire qu'en parler, sans jugement ; ce ne sera même pas forcément le médecin qui recevra cette première écoute. Cela permet aux patients de ne pas se sentir jugés et d'aborder leurs addictions, qui peuvent n'être que légères. De plus, il est possible de travailler sur des conséquences intrafamiliales, par exemple : le conjoint peut pousser la porte, sans être forcément lui-même aux prises avec des addictions. L'entourage, qui est souvent oublié dans les addictions, peut ainsi se voir proposer un dispositif.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** constate que sont menées des formations collectives, à la demande de plusieurs médecins. Évoquant en particulier l'expérience de Crécy-en-Ponthieu, elle invite ses interlocuteurs à la partager.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** explique qu'un médecin faisant partie du dispositif Équip'addict, après avoir participé à l'une des soirées de formation proposées, les a sollicités pour intervenir dans un EPU, plus large. C'est intéressant car l'expérience fait des petits. À cette soirée de formation, il lui a été redemandé une date, des médecins sont venus à sa rencontre pour lui faire part de leur intérêt pour le dispositif. Pour l'instant, il s'agit d'attendre la fin de l'expérimentation et la pérennisation espérée avant d'en ouvrir d'autres ; c'est un point qui doit encore être discuté avec la directrice de l'association, Mme Caroline LE GALES. Mais l'idée est de poursuivre le développement sur le territoire. Mme le Dr Harmony BOUCHEZ insiste sur la dimension régionale : il a été question de l'association Le Mail et de la Somme car ce sont eux qui s'expriment aujourd'hui, mais il existe d'autres microstructures au sein des Hauts-de-France, en particulier dans le Nord, l'Aisne et l'Oise. C'est un dispositif qui est appelé à se développer ; c'est en tout cas tout ce qu'ils souhaitent.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie les intervenants et les invite à rester à leurs côtés pour les échanges avec la salle, puis elle confie le micro à M. le Pr Guillaume VAIVA, pour parler de Vigilans et du 3114, deux outils complémentaires dans la prévention du suicide. Elle l'invite tout d'abord à préciser la façon dont est né le dispositif Vigilans.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** rapporte avoir été contacté par téléphone, un soir, par Darty, en lui demandant s'il était content de son récent achat d'un radioreveil. Il reconnaît n'être pas une personne commode dans la vie, *a fortiori* le soir, lorsqu'il est fatigué. Mais lors de cet appel, il a été surpris par cette voix agréable, qui lui demandait son avis. Il lui a répondu gentiment, poliment, et cette expérience lui a inspiré la réflexion suivante : pourquoi, dans le monde de la santé, ne se préoccupe-t-on jamais de la qualité de ce que l'on propose ? C'est ainsi qu'est née l'idée du maintien du contact et du lien. Il faut désormais transposer à la question du suicide.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** indique qu'il s'agit de garder ce lien pour les personnes qui ont connu une tentative de suicide, par un appel téléphonique, l'envoi d'une carte postale.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** le confirme. La prise en charge d'une tentative de suicide, en France, est hospitalière, dans un premier temps, dans 80 % des cas. C'est surtout vrai dans la région des Hauts-de-France, car il y a des hôpitaux dans beaucoup d'endroits. Le taux est moindre dans d'autres régions.

Sur le temps de la prise en charge hospitalière des sujets qui survivent à une tentative de suicide, appelés suicidants, il faut savoir que, dans 90 % des cas, les gens sortent en quelques heures, voire en deux ou trois jours. L'on a beau avoir l'un des meilleurs systèmes de santé du monde – ce dont M. le Pr Guillaume VAIVA est absolument convaincu – le temps d'interaction entre le sujet et son groupe, son environnement, sa famille, d'une part, et ce merveilleux système de santé, d'autre part, est tellement court que ce qui est tissé dans cet intervalle n'est pas un contrat de soins, mais plutôt une forme de compromis de soins et de compromis de sortie. Dans ces situations très tendues, un peu honteuses pour nombre de sujets, dès que les choses repartent à peu près, on ne veut plus en entendre parler. Les gens sont ainsi réinjectés, assez rapidement, dans le milieu d'où ils viennent et où ça ne s'est pas très bien passé, puisqu'ils ont fait une tentative de suicide. Certes, cela ne se fait pas sans rien : c'est bien fait. D'abord, si les gens doivent être hospitalisés, ils le sont, en santé mentale ou ailleurs ; des liens sont faits avec les médecins de famille, avec les partenaires associatifs quand il y en a. Mais personne ne vérifie

jamais ; personne ne maintient le lien. L'on peut pourtant se demander, trois semaines ou deux mois plus tard, si le compromis qui s'est tissé dans un service d'urgence ou dans un centre de crise, tient toujours, s'il était le bon, s'il doit être modifié, enrichi. Il peut aussi être témoigné du fait que les gens ont repris le cours de leur existence. Dans l'algorithme du maintien du lien proposé par Vigilans, il s'agit d'être assez proactif : c'est une forme d'aller vers, en particulier en passant un appel téléphonique. Il est même difficile d'imaginer le nombre de gens, à six semaines, qui vont bien, sans suivre les conseils des docteurs. M. le Pr Guillaume VAIVA ajoute, plaisamment, que l'outrecuidance des gens n'a pas de limite. L'idée est de s'assurer, à ce moment-là, que les personnes concernées sauront trouver de l'aide, ou de le leur rappeler, s'ils en ont besoin. Mais si elles ont trouvé leur façon d'aller mieux, il n'y a qu'à valider, à les en féliciter et à leur souhaiter bonne chance.

L'essentiel des échanges se fait par téléphone, mais pas exclusivement. Il est parfois procédé à l'envoi de cartes postales. Cela peut paraître « vintage », mais il faut reconnaître qu'à l'heure actuelle, le contenu des boîtes aux lettres se limite généralement aux factures et aux publicités. L'arrivée d'une carte, de temps en temps, demandant à son destinataire comment il va et lui glissant quelques numéros à contacter en cas de besoin, ne fait pas de mal.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** cite, en parallèle, le numéro court, accessible gratuitement, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, qu'est le 3114, mis en place il y a dix-huit mois.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** souligne l'importance de ce numéro. Il a précédemment présenté Vigilans, qui est un dispositif de veille après une tentative de suicide, ce qui ne concerne qu'une partie de la population, et dont le numéro fonctionne en semaine, aux heures ouvrables.

Il était absolument essentiel de compléter la prévention du suicide d'un numéro accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 : c'est le 3114. Il présente des points communs avec le précédent dispositif, en ce sens que les personnes qui décrochent sont des professionnels de santé, psychologues ou infirmiers formés, initialement et tout au long de leur pratique professionnelle. La différence concerne le cœur de cible du public concerné. M. le Pr Guillaume VAIVA rappelle que la prévention peut être évoquée comme primaire, secondaire, tertiaire, mais aussi comme universelle, spécifique ou sélective. Le 3114 touche tout le monde. Les gens qui sont en crise, qui ne vont pas bien, représentent la majorité des appels, en France. Mais il peut aussi être composé par des gens qui s'inquiètent : camarades de classe, famille proche, etc. Les répondants sont bien formés car les gens en crise qui appellent disent tous que c'est pour un proche, au début, puis au fil de la discussion, il apparaît qu'ils appellent pour eux.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** suppose que l'appel peut aussi être passé par un professionnel médical.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** confirme que les professionnels de santé composent le troisième groupe d'appelants : médecin généraliste, infirmière scolaire, psychologue scolaire ou d'entreprise, par exemple.

Le 3114 est paramétré comme le 15, en ce sens que le numéro est unique mais que le décroché est régionalisé. À l'autre bout du fil, se trouvent des gens qui connaissent le territoire sur lequel se trouvent les appelants. C'est essentiel pour pouvoir articuler une intervention de crise : il faut pouvoir connaître les lieux, les réalités du terrain, l'état du réseau, les médecins de famille, notamment.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** évoque, depuis la mise en place de ce numéro il y a dix-huit mois, des données permettant déjà d'apprécier des résultats, dans le cadre d'une évaluation.

**M. Guillaume VAIVA** explique qu'une évaluation a été réalisée pour Vigilans. Les données de Santé publique France ont montré, sur six régions, une diminution du risque de 38 %, ce qui est vraiment élevé, à l'échelle populationnelle. Il est difficile de mettre en évidence de tels effets. Cela revient à diminuer de près de moitié le nombre de récurrences suicidaires après une tentative de suicide, grâce à Vigilans.

Sur le 3114, il est beaucoup plus difficile d'évaluer son impact. Mais il peut être indiqué que 300 000 appels ont déjà été reçus depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021. Il est également difficile de donner le nombre de ces appels qui proviennent des Hauts-de-France. Ce numéro a dû être déployé en neuf mois, entre le lancement de l'appel d'offres et le lancement du numéro, prévu pour la journée internationale de prévention du suicide du 10 septembre. M. le Pr Guillaume VAIVA explique que le lancement s'est fait avec des premiers sites et que le déploiement est encore en cours de finalisation. Ainsi, la région des Hauts-de-France décroche aussi pour l'Île-de-France. Les chiffres du centre des Hauts-de-France n'ont donc pas encore de sens pour la région. Le centre de Paris est ouvert depuis deux mois ; l'année prochaine, des chiffres plus précis seront donc disponibles en ce qui concerne les Hauts-de-France.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. le Pr Guillaume VAIVA et, avant de passer la parole au public, elle invite à regarder l'inspiration du dessinateur. La régie diffuse les images réalisées par M. Philippe TASTET. Les intervenants sont d'ailleurs encouragés à commenter les dessins.

À l'issue de la diffusion des dessins, M. Philippe TASTET est félicité et applaudi pour sa capacité à traduire les messages passés.

### Questions de la salle

**Mme Blandine BÉCUE**, représentant la direction du centre hospitalier d'Abbeville, souhaite adresser une question à M. le Pr Guillaume VAIVA. Elle imagine que le 3114, avec la crise covid, a explosé.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** ne peut pas répondre directement à cette question, dans la mesure où le numéro a été lancé après le 1<sup>er</sup> octobre 2021. En revanche, le dispositif Vigilans a été très sollicité.

Les constats dressés à l'occasion de la crise covid, par rapport à Vigilans, sont d'ailleurs très intéressants. Le dispositif a commencé, dans la région, début 2015. Ont déjà été évoqués les appels téléphoniques et les envois de cartes postales, mais il est à noter qu'est aussi remise une carte plastifiée aux gens, à la sortie des urgences, afin qu'ils puissent d'eux-mêmes les contacter par téléphone. Dans le cadre de Vigilans, il s'agit de mettre en place une veille assez active pendant six mois. Il est d'ailleurs à noter que les gens acceptent beaucoup de choses qui pourraient paraître intrusives si elles sont limitées dans le temps et s'il y a un contrat clair, explicite, passé avec eux. Au bout de six mois, Vigilans cesse d'être pro-actif, mais la carte ne s'autodétruit pas ; en outre, elle circule. Il est apparu, à l'occasion de la crise covid, qu'un grand nombre de gens ont rappelé Vigilans, alors même qu'ils n'avaient pas d'idées suicidaires : ils rappelaient un réseau qui les avait soutenus dans un autre moment difficile rencontré au cours de leur vie, ce qui est assez formidable.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie les précédents intervenants et s'enquiert d'autres demandes de prise de parole.

**Une participante** souhaite savoir s'il est possible de récupérer des tests de dépistage ou s'il faut attendre leur envoi.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** explique qu'il est désormais possible de les commander en ligne, en se munissant de l'invitation reçue par la poste. Si la personne n'est plus en possession du document, il suffit qu'elle contacte le CRCDC pour qu'il le lui renvoie. L'envoi ne se fait pas directement.

**Mme Kaltoume DOUROURI** comprend qu'il faut une invitation.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** précise qu'en se rendant chez le pharmacien ou le médecin généraliste, l'invitation n'est pas nécessaire.

**Mme Kaltoume DOUROURI** la remercie pour cette précision.

**Mme Agnès PETIT**, éducatrice spécialisée de formation, représentante des usagers dans le secteur médical à Beauvais, tient à féliciter M. le Pr Guillaume VAIVA car elle trouve génial, en 2023, que son association permette cette prévention. C'est ce qu'il faut actuellement. Dans des émissions de radio diffusées en soirée (Europe 1, RTL), des personnes éprouvent le besoin de parler, de demander des renseignements sur ce qu'ils peuvent faire. Des personnes de toute la France leur répondent. Il y a une entraide mutuelle, que Mme Agnès PETIT qualifie également de géniale car elle revient à placer l'humain avant tout.

Mme Agnès PETIT indique qu'elle a déjà appelé pour d'autres personnes, car elle se trouvait complètement démunie. Cherchant à contacter des numéros nationaux, à Paris, elle a été étonnée : certains étaient injoignables ; d'autres cherchaient à savoir pourquoi elle s'inquiétait autant, comme si c'était elle qui rencontrait un problème.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie Mme Agnès PETIT pour son intervention et passe la parole à une autre participante.

**Mme Marielle DEVOS**, représentante des usagers à l'hôpital d'Armentières, tient à préciser qu'en tant que salariée et bénévole, elle a un droit de représentation : son employeur peut la libérer pour assister à des actions de prévention ou à des réunions.

En tant que représentante des usagers, Mme Marielle DEVOS indique qu'elle dépend d'une association (Épilepsie France). Elle souhaite revenir sur le lien qui peut être gardé avec les patients. Souvent, les patients sortent de l'hôpital très rapidement et ce qui vaut pour la prévention du suicide peut aussi valoir pour le suivi de la maladie chronique. Souvent, le patient sort de l'hôpital complètement désarmé : il se retrouve dans la société, dans son quotidien, à devoir s'insérer, à l'école, dans la vie professionnelle, dans le milieu sportif, et il n'y a pas d'outil à sa disposition. Il sort de l'hôpital avec un carton de rendez-vous, avec un traitement, mais personne ne lui dit comment faire, dans son milieu scolaire ou professionnel. L'on peut aussi malheureusement subir des ruptures de parcours de soins par manque d'information. L'information ne descend pas jusqu'au citoyen. Mme Marielle DEVOS est d'avis que ce numéro d'appel devrait être étendu pour les maladies chroniques, voire d'autres maladies.

**Mme Kaltoume DOUROURI** interroge M. le Pr Maxime GIGNON sur cette suggestion concrète d'un usager.

**M. le Pr Maxime GIGNON** trouve cela intéressant, même s'il sait que c'est un sujet qui peut faire débat au sein de la communauté. L'intérêt réside dans la possibilité d'avoir des relais. L'on a besoin de relais ; c'est d'ailleurs ce qui lui semble constituer une forme de fil rouge entre les interventions des tables rondes. Il peut être constaté que l'on est allé vers les endroits où se trouvent les gens, et c'est un véritable enjeu. En écoutant les représentants du Mail, M. le Pr Maxime GIGNON pensait à une discussion récente qu'il a eue avec un collègue généraliste, qui lui expliquait qu'il était débordé et n'avait pas le temps de prendre plus de patients. Ce médecin lui disait également que l'addictologie était un sujet compliqué et se réjouissait de la venue, une demi-journée par mois, dans sa structure, d'une addictologue, avec qui il a créé du lien et à qui il adresse des personnes. M. le Pr Maxime GIGNON a bien noté que le dispositif était en attente d'évaluation et ne peut qu'espérer sa pérennisation car, manifestement, il répond à un besoin, tant des professionnels que des patients. Ce sont des patients qui n'avaient pas accès aux soins précédemment. Le besoin de ces relais est donc indéniable.

En matière de dépistage aussi, l'on peut souligner la place des relais, des ambassadeurs, des médiateurs, dans l'accès aux soins. Des expériences américaines, menées sur des pages de navigateurs, sont connues dans le milieu du dépistage. Le besoin est clairement identifié de pouvoir diffuser l'information. Comme l'a indiqué M. le Pr Guillaume VAIVA, le temps de contact entre un usager et un patient, même atteint de pathologie chronique, avec le système de santé, est de deux à trois heures, au plus, sur une année. C'est peu, car le reste du temps, il est dans sa communauté, dans sa vie, avec ses proches, dans les services de la mairie, dans son club de personnes âgées. C'est là qu'il faut être et où doivent se trouver des relais, des ambassadeurs, pour pouvoir relayer les questions de santé qui appartiennent à tous. L'enjeu est peut-être aussi d'avoir de nouveaux métiers, avec des ambassadeurs qui fassent le lien, dans les territoires, qui soient des personnes qui connaissent le tissu local, les médecins généralistes, qui proposent souvent une offre d'addictologie dans leurs maisons de santé pluriprofessionnelles. Il faut qu'il y ait de la cohérence au sein des territoires.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. le Pr Maxime GIGNON et se tourne à nouveau vers la salle.

**Mme Élisabeth KORAL**, RU au centre hospitalier de Fourmies, dans l'Avesnois, souhaite rebondir sur les propos précédents. Elle indique qu'il est possible d'intervenir, localement, grâce aux radios locales, pour faire des relais. À l'hôpital de Fourmies, le directeur a envisagé une action, qui est à l'étude avec une radio locale, visant à proposer des moments d'échanges avec les auditeurs, du type allô docteur Fourmies, ou allô docteur hôpital Fourmies. C'est une idée qui a été lancée, pour essayer de trouver comment contacter les personnes et être joignables par elles.

Mme Élisabeth KORAL revient également sur l'idée de la pair-aidance. Lors de son intervention, au cours de la matinée, elle a déjà signalé qu'une démarche en ce sens avait été lancée en psychiatrie. Des patients peuvent être pairs-aidants. Ce n'est pas facile car il est souhaité avoir un pair-aidant salarié, ce qui serait aussi une aide pour la personne concernée. Un niveau bac+3 est requis, ce qui est le cas, en l'occurrence. Des démarches vont donc être engagées pour que cette personne devienne pair-aidant, ce qui est plus facile qu'un patient expert.

Mme Élisabeth KORAL souhaite savoir si M. le Pr Guillaume VAIVA est en lien avec les GEM (groupements d'entraide mutuelle). Elle précise que localement, sur son territoire, cela fonctionne assez bien.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** observe que, dans le cadre des dispositifs qu'il a présentés, ce sont surtout les répondants qui œuvrent et sont utiles sur le territoire, mais il imagine qu'ils sont en contact avec tous ceux qui peuvent faire le lien ou assurer des interventions de crise. Il espère que c'est le cas pour les GEM.

M. le Pr Guillaume VAIVA entend également revenir sur les propos de l'intervenante précédente. Il confirme qu'un numéro recours comme le 3114 change vraiment la donne. Une autre voie de la prévention est celle qui travaille avec les journalistes et tous ceux qui, en termes de communication, diffusent de l'information autour des conduites suicidaires. Il y a, dans la médiatisation des conduites suicidaires, à la fois de grands risques et de formidables occasions de prévention. Le risque est l'effet Werther, la contagion suicidaire par une médiatisation sensationnelle : il n'est pas très difficile d'attirer l'identification des sujets sur le malheur, que ce soit une personne que l'on a admirée, une célébrité (approche verticale, comme dans le cas du suicide de Kurt Cobain) ou, plus quotidiennement, une personne dont l'histoire est présentée par les informations régionales (approche horizontale, comme dans le cas du suicide d'un couple de personnes âgées sur un parking). Ce sont des pièges terribles et il faut s'en prémunir. Mais il y a une autre voie, qui s'appelle l'effet Papageno, nommé d'après le personnage de *La Flûte enchantée* de Mozart, et qui prône les effets positifs, dans la communication, en lien avec des actions de prévention du suicide. C'est notamment, toujours parler de ceux qui restent, de la douleur, du fait que le sujet qui a mis fin à ses jours est passé par un parcours de peine, a essayé de passer par les soins, qu'il existe des recours. Jusque très récemment, les seuls recours possibles que l'on pouvait donner aux journalistes étaient d'aller voir son médecin de famille. Or, dans les Hauts-de-France, il n'y en a pas, ainsi que cela a déjà été rapporté. Inciter tout le monde à faire le 15 n'était pas non plus une solution. Depuis la mise en place du 3114, s'ouvre une référence nouvelle.

Il faut mieux communiquer, en général, sur la prévention. Il est à noter que lorsqu'un dispositif de prévention fonctionne bien, que ce soit dans les addictions ou dans le dépistage des cancers, cela sert à tous ceux qui font de la prévention, quel que soit le sujet.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** rejoint tout à fait les propos de M. le Pr Guillaume VAIVA : pour les questions de conduites addictives, cela permet un repérage plus précoce et les patients qui se mettent au travail autour de ces problématiques vont ensuite plus facilement décider de se prendre en charge plus globalement et ainsi entendre l'intérêt du dépistage du cancer du col, par exemple. L'avantage des microstructures est aussi qu'elles permettent de toucher beaucoup les femmes. Pour une femme, au vu du poids de la stigmatisation des conduites addictives, encore aujourd'hui, malheureusement, pousser la porte d'un CSAPA, qui est un centre spécialisé en ville, est très compliqué. Cette voie d'entrée, via le médecin généraliste, peut déjà être compliquée : Mme le Dr Harmony BOUCHEZ rapporte un nombre élevé de patientes qui viennent à sa rencontre en lui précisant qu'elles ne veulent pas que leur médecin généraliste soit informé, du moins au départ, parce qu'il est aussi le médecin de famille, qui suit les enfants, le conjoint. Ce sont des éléments qui sont travaillés par la suite. Mais comme l'a souligné M. le Pr Guillaume VAIVA, le travail réalisé sur une voie permet de susciter un intérêt pour tous les champs de la prévention.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe qu'il est possible d'entendre le mot « voie », synonyme de chemin, mais aussi le mot « voix », évoqué par deux intervenantes dans la salle, par le biais de la radio. Elle demande en particulier à M. le Pr Guillaume VAIVA si, à son sens, la radio et le téléphone sont des médias qui permettent de se livrer plus facilement.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** répond qu'il n'est que professeur de psychiatrie et qu'il n'en sait rien. (*Rires.*)

Il revient sur le choix qui a été opéré d'avoir des répondants qui sont des professionnels de santé. Ces personnes – souvent des femmes – ne sont pas nées avec le téléphone à l'oreille et ont généralement exercé un métier d'infirmière en santé mentale, en cancérologie, en neurochirurgie, ou de psychologue, dans différents types d'intervention. Elles affirment que le rapport au téléphone est assez différent, qu'il

y a une certaine pudeur. Il y a aussi un paraverbal qui existe au téléphone, à travers les silences, les respirations ; l'on peut ressentir la gêne ou le sanglot qui n'est pas loin. C'est un sens qui se trouve exacerbé au téléphone. Le téléphone facilite la parole du sujet mais l'écoute est aussi très différente, en ce sens qu'elle est enrichie.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** se réjouit que ce soit souligné, car c'est un point très intéressant. Elle confie à nouveau la parole au public.

**M. Roland BOUVARD**, représentant d'usagers dans différents hôpitaux ruraux (Avesnes, Denain), insiste sur le fait qu'il est un ancien de la Caisse primaire d'assurance maladie. Il y tient beaucoup car c'est là, à son sens, que se trouve une partie de la solution au niveau de la communication. Il affirme qu'il y a des fonds, dans les caisses d'assurance maladie. Certes, ils ne sont pas inépuisables et il convient de les contrôler, mais une bonne communication devrait pouvoir se faire par ce biais.

Puisqu'il est question de conduites addictives, M. Roland BOUVARD ne peut que reconnaître que lui-même est addict d'associations. Parmi les addictions, figurent le tabac ou l'alimentation : or il peut être constaté que les marques de tabac, les chaînes de restauration rapide – qui ne sont pas étrangères à l'apparition de nombre de maladies – savent très bien communiquer. La question est de savoir pourquoi, de l'autre côté, on ne saurait pas le faire.

Mme Marielle DEVOS a évoqué le cas des RU plus jeunes : cela pose aussi la question de la façon de les inciter à venir. Peu de gens le savent mais ceux qui ont la chance d'avoir un travail peuvent aujourd'hui être mis à disposition, de la Caisse primaire d'assurance maladie, de la CAF, dans les hôpitaux. C'est une information qui ne circule pas suffisamment.

En matière de conduites addictives, M. Roland BOUVARD évoque le téléphone : c'est un outil qui peut être très utile, mais nombre d'utilisateurs ont le téléphone greffé à la main et à l'oreille. Il n'est pas à douter que cela conduira à des maladies professionnelles et psychiatriques et c'est un fait dont on ne se rend pas compte.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie M. Roland BOUVARD d'avoir souligné tous ces points.

**Mme le Dr Harmony BOUCHEZ** confirme que c'est un véritable problème. Lorsqu'elle a évoqué les addictions comportementales, elle ne l'a pas cité expressément mais les écrans, au sens large, incluent le téléphone, qui est un très bon outil, mais à utiliser avec modération. C'est toujours un peu la question.

**M. Roland BOUVARD** ajoute que le progrès n'est pas forcément au service de l'individu.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** relève d'autres demandes d'intervention.

**M. Vincent DEMASSIET**, président du groupe d'entraide mutuelle Les Ch'tits Bonheurs, espace convivial citoyen Advocacy France, et RU, observe qu'il apprend qu'à 53 ans, il est un jeune RU, ce dont il remercie M. Roland BOUVARD. Il tient toutefois à faire part d'une inquiétude. Il entend toutes les actions de prévention proposées mais il constate que certaines personnes, qui y participent, ne se font pas soigner par la suite. Il aimerait que des actions de prévention soient aussi dédiées aux professionnels puis partage certaines expériences au soutien de son propos.

Il est judicieux d'encourager au dépistage du cancer – M. Vincent DEMASSIET a découvert son propre cancer grâce au dépistage. Mais lors de l'arrivée dans le secteur médical, la déconvenue peut être grande. Souvent, les patients sont pris pour des cas sociaux et sont mal reçus, ce qui ne les encourage pas à y retourner. Il arrive qu'ils soient pris pour des fous ou des handicapés, notamment lorsqu'ils sont atteints de handicap psy. La situation est encore dégradée lorsqu'ils sont vieillissants et qu'ils rencontrent par exemple des difficultés à se déshabiller. M. Vincent DEMASSIET a ainsi été récemment sollicité par une amie pour qu'il l'accompagne à une mammographie, car elle se faisait réprimander à chaque fois parce qu'elle mettait trop de temps à se rhabiller et ne voulait plus y aller à cause de cela. Il serait donc bienvenu de proposer des formations à l'attention des professionnels pour l'accueil des personnes. Une grande part de la prévention se trouve peut-être là. Lorsque lui-même s'est rendu à l'hôpital pour traiter son cancer, la première chose qui lui a été dite était qu'il était schizophrène. C'est à se demander si la schizophrénie empêche d'être soigné pour un cancer comme les autres. Alors même qu'il n'a plus de traitement ou de suivi pour schizophrénie, tous ses mots étaient mis en doute.

L'on peut faire toutes les actions de prévention, accompagner tout le monde ; les CCAS sollicitent des fonds auprès de l'ARS pour mener des actions de prévention sur le bien-être, l'alimentation, l'activité physique, les cancers. Des usagers y participent mais pour la suite, il faut travailler sur l'accueil et le regard porté sur les patients. Si les médecins, les infirmiers, les secrétaires médicales, du privé comme du public, ne changent pas, les usagers en auront assez de faire toutes ces actions. Il arrive que M. Vincent DEMASSIET propose à des gens de participer à une action, en groupe, car c'est plus sympathique d'y aller ensemble, mais que ceux-ci déclinent en évoquant la manière dont ils risquent d'être reçus. La situation est encore aggravée lorsqu'ils sont sous curatelle ou tutelle : les patients n'obtiennent même plus de rendez-vous ou, s'ils font des analyses, les résultats ne leur sont pas envoyés à eux, alors que c'est leur droit, mais à leur curateur ou à leur tuteur.

Il est vrai que certains patients souffrent de comorbidités (obésité, risques cardiaques, prise de médicaments...) mais leur plus grande comorbidité est le regard des professionnels de santé, pour l'accès aux soins.

Depuis le début de la journée, M. Vincent DEMASSIET entend de belles initiatives, qu'il ne peut que saluer, mais quand il s'agit d'aller vers l'étape du soin, il est fréquent que le patient y renonce, parce qu'il a déjà rencontré des écueils ou qu'il a été mal reçu et mis à la marge. Les patients en fauteuil dérangent. L'un des inconvénients du dossier médical partagé est aussi que, lorsque le soignant voit que le patient a fait tous les services de santé mentale, aussitôt, la voix de ce dernier ne compte plus.

Au-delà de l'éducation thérapeutique du patient, M. Vincent DEMASSIET se demande quand seront mis en place des ateliers thérapeutiques du professionnel de santé, tout en s'excusant pour ce « coup de gueule ».

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie M. Vincent DEMASSIET pour son témoignage, estimant que ce sont des propos qui devaient être dits, puis se tourne vers Mme le Dr Jennifer COBERT.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** observe que cela rejoint ses propos antérieurs : les problématiques et les leviers à actionner sont multiples et, s'il est vrai qu'il ne faut pas stigmatiser, ni dans un sens, ni dans l'autre, il est important d'apporter de l'aide aux professionnels, en termes de formation. Cela a déjà été évoqué en matière d'addictions, avec des professionnels qui ne se sentent pas à l'aise. Il est indéniable qu'il existe un besoin de formation des professionnels de santé et des personnels paramédicaux.

**M. Frédéric BRZOZOWSKI** partage tout à fait cette lecture. Il évoque l'évaluation externe des établissements, dans le secteur du médico-social, pour laquelle la HAS a donné de nouveaux critères, dont il espère qu'ils constitueront au moins un garde-fou. Mais c'est une volonté : il faut avoir du temps, pour la formation ; cela représente un coût pour l'employeur. L'on en revient à la question de la communication : les autres savent faire de la bonne communication, ce qui conduit à se demander pourquoi ils n'y parviendraient pas eux-mêmes.

Il a pu être entendu que des actions présentées étaient géniales, notamment Equip'addict ou le 3114. Mais, en particulier lorsque ces dispositifs passent par des expérimentations, leurs porteurs n'ont pas les moyens de la bonne communication ou de recourir aux agences qui savent trouver les mots justes. L'on peut avoir de bonnes idées en matière de prévention, mais faire de la communication est un métier.

Un précédent intervenant évoquait, à juste titre, la question de l'accueil. Accueillir s'apprend aussi. Il a également été question de l'accueil téléphonique, qui est encore un autre métier. En matière d'accueil physique, il convient encore d'adapter les locaux, en particulier pour les PMR.

L'on en revient ainsi, en somme, à un aspect économique. C'est un triste constat mais la prévention a toujours été le vilain petit canard. Du côté du législateur et des politiques, il est compliqué d'avoir un peu de budget en disant que c'est pour éviter quelque chose. M. Frédéric BRZOZOWSKI attend de voir ce que cela donnera dans les années à venir mais il relève qu'aujourd'hui, au gouvernement, il existe un ministre de la Santé et de la Prévention ; peut-être cela permettra-t-il d'avoir les moyens de ses ambitions. Il existe de multiples projets, de nombreuses orientations politiques qui se dessinent mais il ne faut pas se voiler la face : le nerf de la guerre est aussi le budget.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. Frédéric BRZOZOWSKI et relève une demande d'intervention de Mme Mathilde ROY.

**Mme Mathilde ROY** se présente en tant que Directeur adjoint de la CPAM de la Somme. Elle a notamment la responsabilité du service prévention et du centre de prévention et d'examens de santé et souhaite réagir à différents propos.

Rappelant que le système de santé brasse plus de 200 milliards d'euros, au niveau de l'Assurance maladie, elle confirme qu'une grande partie est surtout dédiée au curatif. La part de la prévention est encore mineure. Néanmoins, il existe des fonds dédiés. Mme Mathilde ROY cite, à titre d'exemples, le fonds national de prévention et d'examens de santé, le fonds de lutte contre les addictions, qui finance certains dispositifs, mais aussi d'autres mécanismes, avec l'article 51, sur des innovations en santé. Il apparaît que la difficulté est aussi liée à la lisibilité des dispositifs, qui sont multiples. Mme le Dr Jennifer COBERT, du CRCDC, l'a aussi évoqué. Il y a beaucoup d'actions de prévention de dépistage, de sensibilisation ; il y a beaucoup d'opérateurs, essentiellement l'État via les ARS, mais aussi l'Assurance maladie, les collectivités, les associations. Tout cela rend le système assez peu lisible et pose la question de l'accessibilité. Ce sujet a aussi été évoqué lors de la réunion du CNR qui s'est tenue au mois de novembre à Mégacité, et à laquelle M. le Pr Maxime GIGNON était d'ailleurs présent. Quasiment tous ont conclu, dans les tables rondes, en fonction des ateliers, qu'il y avait une difficulté qui était surtout liée à une méconnaissance des dispositifs et qu'il conviendrait peut-être d'élaborer des supports qui recensent l'ensemble de ce qui peut exister et des interlocuteurs existant sur les différents sujets.

Après l'accès à l'information, se pose aussi la question de l'accès aux professionnels de santé, qui a déjà été soulevée. Aujourd'hui, dans les Hauts-de-France, sont relevés des déficits, à la fois en médecins

généralistes, même si c'est un peu moins grave dans la Somme que dans les départements limitrophes, et dans certaines spécialités, où il y a six ou huit mois de délais de rendez-vous. C'est encore une autre difficulté.

Enfin, est aussi identifiée la problématique de l'accessibilité liée à la mobilité. Les territoires ruraux sont nombreux. Si l'on se trouve dans un territoire urbain assez développé, on a la chance d'avoir des voies de communication qui permettent d'aller relativement rapidement, mais si l'on est en milieu rural, que l'on est une personne âgée et que l'on doit avoir un rendez-vous dans un établissement universitaire, si l'on n'a pas de bonnes volontés qui se mobilisent, c'est un peu compliqué. Cela a déjà été souligné au cours de la matinée et lors de précédents échanges, mais cela rejoint tout le travail de proximité, qui se retrouve dans les nouvelles orientations, avec des approches territoriales. Avec l'Agence régionale de santé, notamment Mme Amandine DEJANCOURT, il est beaucoup travaillé sur ces questions pour mettre en place des actions territoriales notamment sur les dépistages, mais pas uniquement. Avec les collectivités, il est travaillé sur tout ce qui concerne les contrats locaux de santé. En fonction des diagnostics établis en proximité, il s'agit d'identifier les problématiques du territoire et les sujets sur lesquels il est souhaité, collectivement, apporter des réponses. Derrière le terme « collectivement », Mme Mathilde ROY précise que peuvent se trouver l'État, le Conseil départemental, la Caisse d'allocations familiales ou encore l'Éducation nationale, en fonction des contrats, variables selon les territoires. Elle donne l'exemple d'un territoire samarien sur lequel se sont unies trois communautés de communes (PETR), comprenant notamment Péronne. Est en cours l'identification de la problématique de la santé mentale. Il s'agit de la façon de travailler ensemble pour rendre accessibles des offres existantes, notamment le dispositif MonPsy, et de la manière de se mobiliser pour agir et essayer d'apporter des réponses.

Les organisations de journées comme celles-ci ont le mérite d'améliorer la lisibilité de l'existant, en l'occurrence à vocation régionale. Ensuite, le travail se fait un peu en entonnoir, par territoire, jusqu'à un EPCI, une commune : il peut être constaté que, d'un EPCI à un autre, les problématiques de santé, la typologie de la population diffèrent. L'objectif commun, entre comités de quartier, professionnels de santé exerçant sur le territoire, comités d'usagers, associations, citoyens, est de trouver comment répondre à ces sujets.

Mme Mathilde ROY est d'avis que le temps est révolu où l'on agissait seul en étant content de voir son logo apparaître dans une manifestation comme étant opérateur : il faut décroquer les moyens et les volontés, car les défis sont immenses. La région des Hauts-de-France est assez marquée par des facteurs sociaux, environnementaux, ainsi que l'a relevé M. le Pr Maxime GIGNON lors de sa conférence inaugurale. Face à ces problématiques de santé publique, il faut avoir une volonté commune pour espérer que la situation s'améliore. Mme Mathilde ROY insiste sur cette nécessaire volonté et rejoint en cela les précédents intervenants. L'on peut créer tous les dispositifs possibles : s'ils ne s'accompagnent pas de cette réelle volonté, il n'y aura pas de progrès.

**Mme Kaltoume DOUROURI** relève d'autres demandes d'intervention.

**Mme Marie-Jo FROIDEVAL**, usagère de la santé, précise qu'elle est picarde et RU âgée de Lille. Elle a particulièrement apprécié le « coup de gueule » de M. Vincent DEMASSIET. Elle souhaite ajouter que c'est une belle journée car il y est question d'échanges : les participants se sont rencontrés, ont appris à se connaître, même s'il reste encore à découvrir. Mais il est encore temps d'apprendre. Mme Marie-Jo FROIDEVAL est aussi vice-présidente du GEM Les Ch'tits Bonheurs, dont elle est fière. Il y a 400 groupes d'entraide mutuelle en France et ils participent de la prévention, en permettant aux personnes en souffrance psychologique de se retrouver, de parler de leurs angoisses et d'éviter d'encombrer les

hôpitaux. Si quelqu'un souhaite en savoir davantage sur les groupes d'entraide mutuelle, les représentants du GEM Les Ch'tits Bonheurs pourront lui répondre. Mme Marie-Jo FROIDEVAL a retenu, parmi les interventions, le terme de relais, qui lui semble convenir tout à fait à la situation.

Après avoir remercié la précédente intervenante, **Mme Kaltoume DOUROUTI** donne la parole à un autre membre du public.

**M. Gérard DESSEAUX**, Président de France Rein Picardie, représentant d'usagers, relève qu'il a été question de communication. Il souhaite souligner qu'il existe une communication gratuite et il le répète souvent dans les congrès : il faudrait mettre dans la boucle les présidents de Communautés de communes, qui éditent de petits journaux gratuits, et surtout les maires. Il ne faut pas oublier que dans les campagnes, Facebook, Twitter et autres ne sont pas utilisés. En revanche, le journal du maire y est lu et il est le média idéal pour faire passer un message, d'autant que les maires sont les seules personnes en qui les Français ont encore confiance. Il ne vaut mieux pas parler des politiques ; la confiance n'est pas très forte envers les journalistes et beaucoup ne veulent plus entendre ce qui est dit à la télévision. Mais le maire est encore écouté. Pour faire passer des messages forts, M. Gérard DESSEAUX ne peut qu'encourager à passer par les mairies, soulignant à nouveau que c'est gratuit et que les gens les lisent.

**M. Olivier DAUPTAIN** souhaite faire la synthèse des propos de l'intervenante de l'Oise et de M. Gérard DESSEAUX. Au cours des deux réunions de Comité national de refondation auxquelles il a participé, des ateliers ont eu lieu sur la manière dont les usagers peuvent se saisir de la prévention. À l'issue du débat, en particulier à Lille, même si la conclusion était un peu la même à Douai-Artois, quels que soient les gens qui se trouvaient autour de la table, quelles que soient leurs positions, il est apparu un élément très net. Comme l'a souligné M. Gérard DESSEAUX, les actions de prévention relèvent du domaine du politique, au sens noble du terme. La proposition qui a été écrite a mis en exergue l'intérêt de recourir aux Communautés de communes, plus encore qu'à un maire, qui peut avoir une étiquette politique. M. Olivier DAUPTAIN espère voir un jour les Communautés de communes avoir un vrai pouvoir politique pour coordonner, sur leur territoire, quels que soient les partenaires, y compris les écoles, tout ce qui concerne la prévention. Les précédents intervenants ont déjà dit qu'il y avait un vrai engagement politique, sur le curatif, dont tout le monde s'occupe depuis assez longtemps. Sur la prévention, il faut qu'il y ait un acteur politique connu et M. Olivier DAUPTAIN pense que ce doit être la Communauté de communes. Comme l'a indiqué M. Gérard DESSEAUX, les journaux locaux sont souvent lus, et pas seulement par les personnes âgées, notamment parce qu'ils sont le vecteur d'informations sur les agendas des rencontres sportives et culturelles.

M. Olivier DAUPTAIN aimerait que M. le Pr Guillaume VAIVA, qui a présenté les dispositifs Vigilans et 3114, détaille le travail qu'il a mené avec les médias sur la manière de communiquer, par rapport aux jeunes, après un suicide, en lien avec l'effet Papageno.

M. Olivier DAUPTAIN souhaite également revenir sur un autre point important. Aujourd'hui, il est question de l'aller vers, ce qui est une très bonne chose. Les journaux communaux représentent une possibilité, pour les gens isolés, d'avoir accès à une information, car si les personnes âgées ne sortent pas de chez elles, le journal, lui, rentre dans la maison.

Enfin, M. Olivier DAUPTAIN indique qu'il a différentes pathologies et participe à l'ETP, sur la réhabilitation cardiaque et la réhabilitation respiratoire. Cela se fait dans des centres, à l'hôpital, et consiste à réapprendre aux patients à faire des choses. L'on s'aperçoit, depuis plusieurs années, que lorsque c'est fait à domicile, et pas dans un établissement de santé, cela permet de travailler avec le patient et sa

famille, de toucher à son environnement, à la qualité de l'air ; lors de la préparation des repas, l'on peut constater que ce n'est pas toujours très diététique, par exemple. L'on a accès à toutes les composantes de ce que l'on cherche à mettre en place, au niveau de la prévention, quand on est chez les gens.

Après avoir remercié M. Olivier DAUPTAIN, **Mme Kaltoume DOUROURI** invite M. le Pr Guillaume VAIVA à répondre à la question qui lui a été posée au sujet du travail mené avec les médias pour mieux communiquer, qui l'intéresse aussi particulièrement.

**M. le Pr Guillaume VAIVA** expose qu'en termes de communication, ils ont commencé par se tromper. Il a été travaillé avec l'OMS, qui a édicté onze recommandations, qui ont ensuite été présentées aux journalistes, mais sans grand succès.

Lors de rencontres avec des jeunes en formation dans les écoles de médecine, l'un d'eux, M. Charles-Édouard NOTREDAME, a affirmé qu'il était impossible d'y parvenir, en restant chacun du haut de sa spécialité, et des journalistes, et des docteurs, et a avancé qu'il fallait qu'ils se rencontrent dès le départ, en allant dans les écoles de journalisme. L'idée est que les praticiens emmènent leurs internes en psychiatrie (les « bébés psychiatres ») à la rencontre des futurs journalistes (les « bébés journalistes »). Pendant une journée, ils ont à traiter quatre sujets, qui sont les mêmes, et doivent s'écouter. Deux ans plus tard, à la sortie de leurs écoles respectives, tous ont gardé contact et se connaissent, ce qui est un élément essentiel, ainsi que cela a été répété à plusieurs occasions au cours de la journée. Papageno est, entre autres, cela.

**Mme Kaltoume DOUROURI** suggère une dernière intervention avant d'ouvrir la troisième table ronde, en privilégiant de laisser la parole aux personnes qui ne sont pas encore intervenues.

**Mme Élisabeth KORAL** observe qu'elle s'est déjà exprimée mais il n'est pas relevé d'autre demande d'intervention. Elle souhaite évoquer le sujet de la démocratie sanitaire, qui est mise en place depuis 2016, alors que la certification date de l'an 2000. La démocratie sanitaire met en valeur l'action des représentants des représentants des usagers. Mme Élisabeth KORAL tient à saluer le « coup de gueule » de M. Vincent DEMASSIET, dont elle partage tout à fait les propos : s'ils rencontrent des problèmes, il faut que les patients puissent se signaler aux représentants des usagers de l'établissement dans lequel ils sont en consultation ou traités. Les représentants d'usagers prendront leurs réclamations. Mme Élisabeth KORAL s'est aperçue que, parmi les réclamations reçues, la majorité porte sur un manque d'information, un accueil désagréable du médecin ; le patient ne se rend pas compte que le médecin peut avoir été très embêté par autre chose, avant, quand il le reçoit de façon abrupte. Lorsque ces difficultés remontent aux représentants des usagers, cela permet aussi de les analyser avec les praticiens ou le personnel, la qualité, la direction de l'établissement, et de mettre en place des actions d'amélioration, ce qui contribue aussi à la prévention puisqu'il est ainsi espéré éviter que le problème se reproduise, même s'il faut remettre les sujets sur le métier très souvent, jusqu'à un aboutissement positif. Il est possible d'y arriver mais il faut y croire et être là, en tant que représentant d'usagers, pour le patient. Cela implique que les représentants d'usagers soient mieux connus et qu'ils se fassent connaître. C'est un élément très important. Dans la certification médico-sociale à venir, Mme Élisabeth KORAL considère que seront rencontrés les mêmes soucis que dans la certification sanitaire : c'est pris comme un contrôle, alors qu'il faut le prendre comme un audit extérieur, mettant en évidence les problèmes qui n'étaient pas perçus, dans une démarche d'amélioration.

**Mme Agnès PETIT**, représentante d'usagers, souhaite aborder le problème des limites d'âge pour la prévention. Elle trouve que la prévention n'a pas d'âge et qu'il est dommage que les dispositifs de

dépistage des cancers qui ont été évoqués s'arrêtent à 65 ou 75 ans. Actuellement, des discussions portent sur la souffrance, la mort, l'euthanasie et un éventuel suicide assisté. Pour ne pas souffrir autant, Mme Agnès PETIT estime qu'il faut continuer à faire de la prévention.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie Mme Agnès PETIT d'avoir partagé cette idée et donne la parole à Mme le Dr Jennifer COBERT pour une rapide réponse.

**Mme le Dr Jennifer COBERT** souligne l'intérêt de la question, qui met notamment en évidence un problème de communication. Elle assure que tout ne s'arrête pas après l'arrêt du dépistage organisé : suit le dépistage individuel, réalisé avec son médecin, son professionnel de santé. Par exemple, pour le cancer du sein, à 74 ans, tout le monde n'est pas dans le même état de santé. Certaines femmes, atteintes de maladies très invalidantes et en maison de retraite, ne peuvent plus passer de mammographie. C'est pour cela qu'en termes de santé publique, la démarche s'arrête, pour l'instant, à 74 ans. Cette limite évoluera peut-être : les recherches se poursuivent en matière de recommandations, pour apprécier l'éventualité d'un élargissement des tranches d'âge. Si le dépistage organisé s'arrête à cet âge, cela ne veut pas dire que l'on arrête les mammographies, au contraire. C'est simplement que la personne ne reçoit plus l'invitation. C'est un sujet dont Mme le Dr Jennifer COBERT reconnaît qu'il est mal connu. Évoquant à nouveau les rencontres qu'elle peut faire dans les stands, elle entend régulièrement des dames lui dire que, « après 74 ans, on peut crever ». Elle leur répond alors par la négative : ce n'est vraiment pas le but et il existe ensuite la possibilité d'un dépistage avec le médecin. Certes, il faut une ordonnance, car l'on ne reçoit plus l'invitation, mais une fois encore, ces éléments sont basés sur des recommandations scientifiques, en termes de santé publique, qui évolueront probablement dans les années à venir. L'élargissement se fera peut-être avant 50 ans et/ou après 74 ans, mais il faut retenir qu'il existe des choses après et avant.

Avant de remercier l'ensemble des intervenants, **Mme Kaltoume DOUROURI** invite M. le Pr Maxime GIGNON à partager quelques mots de synthèse de cette deuxième table ronde.

**M. le Pr Maxime GIGNON** observe que ce qui ressort des échanges, tant avec les intervenants de la table ronde qu'avec la salle, fait écho aux discussions qu'il a eues au moment du déjeuner : il s'agit de leur capacité à communiquer en matière de prévention. Il apparaît clairement que cela concerne tout le monde, ce qui est d'ailleurs le titre de la journée, mais qu'il est compliqué de passer un message clair, précis et pertinent à l'ensemble de la population.

M. le Pr Maxime GIGNON relève plusieurs points. D'abord, il est question de la possibilité de se connaître, ce qui est d'ailleurs l'objet de ce type de rencontres. Ensuite, au-delà de se connaître, il s'agit de s'écouter et de se respecter, chacun avec son rôle d'expertise, tant liée au rôle du médecin que relevant de l'expertise dite profane, de la part des usagers. C'est un aspect fondamental. C'est un autre point de vue et c'est ensemble qu'il est possible d'avancer.

Sur l'information, M. le Pr Maxime GIGNON rappelle que les échanges de la matinée ont commencé par l'évocation de la crise sanitaire et de la pandémie liée à la covid-19, qui laisse encore des marques profondes. L'OMS a observé, au moment de la pandémie, qu'elle se doublait d'une « infodémie ». Cela conduit à se demander si les informations ne sont pas trop nombreuses. A été identifié un problème de lisibilité des dispositifs, mais tous croulent sous l'information. Un intervenant précédent a évoqué le fait que Facebook n'était pas dans les campagnes, mais M. le Pr Maxime GIGNON n'en est pas si sûr : tous sont saturés d'informations, parfois contradictoires, ce qui crée une forme de brouillard informationnel à travers lequel il est compliqué d'avoir les vraies informations pertinentes. Cela pose la question de savoir

qui est le bon relais. Après avoir évoqué la communication institutionnelle – Assurance maladie, État – il cite les professionnels de santé, qui ont évidemment un rôle à jouer ; il convient aussi de s’interroger sur le rôle de relais d’ambassadeurs, sur les approches communautaires, c’est-à-dire au sein de la communauté. M. le Pr Maxime GIGNON a ainsi beaucoup aimé l’idée du journal local. Lui-même parle souvent des écoles du troisième âge ou des CCAS, qui sont à son sens de très bons relais, au contact des endroits où se trouvent les gens, pour relayer des messages d’information.

M. le Pr Maxime GIGNON tient à terminer son intervention sur un moment, dans l’année, qu’a évoqué Mme le Dr Jennifer COBERT : il s’agit d’Octobre rose. Tout le monde en a entendu parler ; il est impossible d’y échapper. Pour autant, la région des Hauts-de-France connaît des taux de participation au dépistage du cancer du sein qui restent nettement insuffisants. Cela signifie qu’entre l’information et le passage à l’acte de l’acte de prévention, il reste un fossé important et des freins sur lesquels il faut travailler. Le risque est d’arriver à une saturation de l’information. Ainsi, M. le Pr Maxime GIGNON a un regard assez critique d’universitaire sur Octobre rose, parce que c’est devenu assommant, en termes de communication, et très peu efficace. Certes, ce serait certainement pire si ça n’existait pas, mais cela reste peu efficace en termes de rentabilité. L’on se retrouve aussi avec des messages paradoxaux. Au moment d’Octobre rose, il peut toujours être constaté un bel élan, qui transcende la société et il est difficile d’avoir un regard critique par rapport à cela. Mais des bars vont parfois organiser des soirées avec des cocktails Octobre rose, avec de l’alcool, qui est l’un des principaux facteurs de risque du cancer du sein. L’on en arrive à des non-sens en termes de prévention et de santé publique, qui sont sources d’interrogation pour M. le Pr Maxime GIGNON, en tant que spécialiste. C’est en tout cas une réflexion qu’il souhaitait partager.

**Mme Kaltoume DOUROURI** adresse des remerciements à M. le Pr Maxime GIGNON pour cette très intéressante intervention, puis à l’ensemble des participants.

Après avoir libéré les intervenants de la deuxième table ronde, elle propose d’ouvrir la troisième ronde, intitulée « Quand les usagers s’emparent de la prévention » et invite trois élèves du lycée Robert de Luzarches d’Amiens, Camille, Alex et Eulalie, à les rejoindre, ainsi que Mme Peggy WARGNIER, Mme Anne PAVIOT, Mme Sylvie ANSART et Mme le Dr Nathalie REY.

## TROISIÈME TABLE RONDE : Quand les usagers s'emparent de la prévention

- **Alex, Camille, Eulalie**, élèves représentants du Conseil de vie lycéen du lycée Robert de Luzarches (Amiens)
- **Peggy WARGNIER**, Cadre socioéducative de Sénéos Les Résidences du Centre Somme
- **Anne PAVIOT**, Infirmière - coordonnatrice de programme d'éducation thérapeutique du patient au Centre hospitalier de Beauvais
- **Sylvie ANSART**, Directrice de l'association APRIS (62)
- **Intervention d'un représentant des Maisons des Adolescents de la Somme : Mme le Dr Nathalie REY**, Pédopsychiatre

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie les élèves du lycée Robert de Luzarches de leur présence, en ces temps d'épreuves du baccalauréat.

**Eulalie** explique qu'ils ont passé une épreuve de bac blanc de philosophie le matin même.

Interrogée sur les sujets proposés, **Camille** évoque l'une des questions posées (« Sommes-nous prisonniers du passé ? »).

**Mme Kaltoume DOUROURI** se demande s'il était proposé un sujet autour de la santé.

**Alex** répond par la négative, même si le texte proposé au commentaire, écrit par Simone Weil, abordait une question de société.

**Mme Kaltoume DOUROURI** observe que ce sont eux qui vont mettre la santé en action dans leur établissement. Elle les invite à raconter leur expérience, notamment à travers le tutorat.

**Eulalie** explique que le tutorat est un projet déployé au lycée Robert de Luzarches depuis 2016. Après une pause liée à la crise sanitaire, il a été remis en place cette année. Les élèves de première et de terminale, qui ont plus d'expérience du lycée, viennent en aide aux élèves des classes de seconde, récemment arrivés, en vue de leur intégration au sein de l'établissement, en leur fournissant des repères. L'entrée en classe de seconde peut être un moment assez stressant ; elle est synonyme de nombreux changements et le baccalauréat se profile. C'est aussi la dernière année pour opérer des choix pour leur future orientation.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite ses interlocuteurs à préciser la manière dont cette aide est concrètement mise en œuvre et dont les élèves de seconde réagissent à cette idée.

**Camille** reconnaît qu'ils ont été assez surpris car, lors de la mise en place en début d'année, ils ne s'attendaient pas à un tel succès. Le principe est que les élèves sont divisés par groupes de quatre ou cinq référents ; chaque groupe est référent pour une classe de seconde. Cet accompagnement prend la forme d'une médiation. Il apparaît plus facile de parler avec ses pairs, car tous ont les mêmes codes, les mêmes réactions, mais les tuteurs ont un peu plus d'expérience et sont en mesure d'épauler leurs interlocuteurs.

Au-delà de la médiation, il leur est possible de les accompagner en termes d'orientation, dans le choix des spécialités, mais aussi dans l'espace.

**Mme Kaltoume DOUROUTI**, évoquant des réunions, des rendez-vous, s'interroge sur la façon dont les élèves viennent vers leurs référents.

**Alex** indique que c'est au choix des tuteurs. Les trois lycéens présents ce jour ont fait le choix de rencontrer les classes auxquelles ils sont affectés, à plusieurs reprises. Certains élèves s'adressent à eux directement, pour leur poser des questions et c'est aux tuteurs de les guider, de les aider sur certaines thématiques, parmi lesquelles figure aussi le bien-être. Des fiches ont circulé dans les classes pour savoir comment les élèves de seconde se sentaient, ce qu'ils souhaiteraient améliorer au lycée, s'ils rencontraient des difficultés. Si les problèmes sont trop graves, les tuteurs en réfèrent au CPE ; sinon, ils apportent leur aide directement afin qu'ils aillent mieux, se repèrent mieux ou en répondant aux thématiques soulevées.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe que ces thématiques ne sont peut-être pas nécessairement des problèmes de santé concrets, même si ce n'est pas exclu. Elle évoque des problématiques de santé mentale, éventuellement en lien avec des situations de harcèlement ou une grande anxiété par rapport à l'orientation. L'anxiété face à l'avenir semble être le sujet du moment.

**Camille** le confirme : eux-mêmes ont pu constater, avec la crise sanitaire, une dégradation de la santé mentale, qu'ils remarquent au quotidien. Cela fait aussi partie de leur rôle de pouvoir aider les élèves de seconde, grâce à leur expérience et à leur volonté de prendre part à la démarche mise en place par le lycée. Il s'agit, à ses yeux, de donner ce qu'ils reçoivent par ailleurs.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** souhaite savoir comment les élèves concernés font part de leurs questions, et avec quelle spontanéité.

**Eulalie** précise qu'ils sont en contact avec eux de façon assez fréquente. Les rencontres peuvent se faire dans les couloirs. À titre personnel, Eulalie va souvent à la rencontre de la classe à laquelle elle est assignée, pour échanger avec les élèves. À ces occasions, les référents finissent par rencontrer beaucoup de gens et, au fil des discussions, il apparaît souvent que leur principal propos est qu'ils ne savent pas ce qu'ils vont faire, vis-à-vis des spécialités, des choix à opérer, des hésitations que cela entraîne. En tant que tuteurs, il est possible de faire quelque chose pour eux. Au titre des moyens d'action, Eulalie évoque la mise en place d'un projet de présentation des spécialités, élaboré avec une camarade assignée à la même classe. Cette présentation a été ouverte à l'ensemble des élèves libres à cette plage horaire. Il s'est agi de rassembler des élèves de terminale, qui font toutes les options et spécialités proposées par le lycée, et de rendre possible un échange avec les élèves de seconde, qui ont ainsi pu bénéficier du retour d'expérience de leurs aînés.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** s'intéresse aux résultats de cette action.

**Alex** explique qu'il a mené un projet similaire, en parallèle, avec sa cotutrice, en allant au contact de leur classe. Étant lui-même dépendant des transports, il rencontre fréquemment les élèves à la gare et ce sont eux qui ont soulevé la thématique de l'orientation. En réponse, a été organisé un cours, avec le professeur principal, au deuxième trimestre, concernant leurs choix de spécialités. Cela a été l'occasion de partager leur expérience et leur vécu. Malheureusement, les deux seuls tuteurs présents n'ont pu que présenter trois spécialités parmi toutes celles proposées par le lycée ou ailleurs. Cette action a toutefois eu un

impact et a pu rassurer certains élèves et en aider d'autres. Les spécialités ne dépendent pas uniquement de ce qu'ils souhaitent faire plus tard, mais aussi de leurs résultats. Il est possible de percevoir une baisse du stress, mais cela ne suffit probablement pas. Alex aimerait réitérer l'expérience car ce sont des sujets très importants pour eux, qui concernent leur avenir.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** se demande quel impact exerce ce genre de stress sur leur santé, à la fois physique et mentale, citant l'exemple de l'absentéisme.

**Eulalie** indique que les conséquences sont perceptibles au quotidien. L'absentéisme est en effet un élément assez fréquent mais il peut aussi être observé de nombreuses crises d'angoisse chez les jeunes. Il arrive assez fréquemment que des élèves sortent de cours parce qu'ils se sentent dépassés par la situation, simplement rattrapés par les événements. Eulalie a été témoin des pleurs d'une élève de seconde dans les couloirs du lycée, simplement à cause de la pression du choix des spécialités et du lycée. Elle a pu l'aider à reprendre ses esprits mais ce sont des événements assez fréquents. La pression ressentie est réelle.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** invite les autres lycées à témoigner d'expériences d'aide qu'ils ont pu apporter.

**Camille** explique qu'à chaque rencontre, les tuteurs essaient de conforter et de rassurer les élèves de seconde car ils ressentent toujours leur stress, à travers les questions qu'ils leur posent, que ce soit par rapport à leur orientation ou sur la méthodologie. Ainsi, Camille fait partie d'une section OIB (option internationale du baccalauréat), avec une méthodologie particulière, que les nouveaux arrivés ne connaissent pas. Les anciens assument un rôle de grand frère ou de grande sœur. C'est important et c'est efficace pour les rassurer.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe qu'elle n'a pas précisé que ses interlocuteurs font partie du conseil de vie lycéen et les interroge sur leurs motivations.

**Alex** fait part de sa volonté de s'engager pour les autres ; délégué depuis le collège, il a voulu tenter le CVL cette année pour répondre aux questions et aux besoins exprimés par certains élèves et les porter. Certains n'ont pas le courage ou l'envie de se présenter aux élections mais ils ont tout de même des besoins qu'il convient de porter et de représenter. Le CVL est une instance qui permet d'en discuter et de mettre en avant des projets pour eux, pour le lycée et pour la communauté lycéenne. C'est ce qui a motivé Alex à aller vers les autres, pour les autres, pour défendre leur voix. C'est aussi pour cela qu'il s'est engagé au niveau académique, grâce à ses référents CPE qui lui en ont parlé et lui ont donné la chance de se présenter. Alex reconnaît que cela lui procure un peu de plaisir de savoir qu'il est capable de représenter une grande partie des lycéens et de transmettre leurs besoins à une plus grande échelle. C'est une démarche qu'il trouve importante ; ce sont de belles instances qui permettent de porter de beaux projets.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** propose de discuter avec leurs CPE au moment des échanges avec la salle pour recueillir leur regard et constate que les tuteurs sont un vrai levier, un relais avec le « monde des adultes », en quelque sorte. Elle revient sur les propos d'Alex, qui lui indiquait qu'ils n'étaient pas là pour donner des heures de colle en prévention mais pour passer le message et faire le relais avec les référents.

**Alex** confirme que si sont soulevées des questions trop graves ou des situations de type harcèlement, les référents lycéens ne peuvent pas se permettre d'agir : ce n'est pas leur rôle et, de toute façon, ils n'auront

pas d'impact. Leur rôle est d'aider, d'accompagner et, s'ils se sentent dépassés et ne sont pas en mesure d'agir, il sera de transmettre ces situations graves aux référents qui peuvent agir et s'emparer du sujet. Ils peuvent aussi les aider en leur donnant plus de détails car il sera plus facile pour certains élèves de se confier à eux.

**Camille** rejoint son camarade sur l'importance de ce premier rôle et sur le constat qu'il est plus facile, pour les élèves, de s'adresser à eux car ils deviennent amis et créent des liens.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** ajoute que les élèves de première et terminale sont aussi passés par là, puisqu'ils étaient aussi récemment en classe de seconde.

**Camille** approuve : ils ont vécu les mêmes angoisses, au même moment. Ils sont aussi le premier relais de la transmission de l'information à des personnes plus compétentes.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie les intervenants lycéens et se tourne vers Mme Peggy WARGNIER pour discuter du Café des aidants du Val de Somme, observant que ces trois élèves sont un peu des aidants, à leur façon.

**Mme Peggy WARGNIER** confirme qu'ils sont des aidants et reconnaît qu'elle est à la fois surprise et ravie d'apprendre tout ce qui se fait désormais au lycée, d'autant que son fils y entrera prochainement. Elle tient d'ailleurs à les en féliciter.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** la rejoint dans ses félicitations puis indique que le Café des aidants du Val de Somme est une merveilleuse initiative de Sénéos, dont elle demande à Mme Peggy WARGNIER de leur raconter l'aventure.

**Mme Peggy WARGNIER** expose que Sénéos regroupe six EHPAD publics du Centre Somme, qui ont fusionné en 2019. Depuis quelques années, Sénéos œuvre, avec plusieurs partenaires du territoire, notamment sur la Semaine bleue, qui est la semaine en faveur des seniors. En 2019, a été organisé un débat théâtral sur la maladie d'Alzheimer, qui a réuni de nombreuses personnes, à Corbie. À l'issue de ce débat théâtral, avait été proposé un questionnaire de satisfaction, où certaines personnes ont évoqué le besoin d'avoir un lieu en tant qu'aidants d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, mais pas uniquement, pour pouvoir échanger, discuter, partager. À la lecture de ces questionnaires, il leur est apparu impossible de rester inactifs et neuf partenaires ont décidé de travailler, pendant environ deux années, sur ce projet.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** relève que cette action n'est pas uniquement dirigée vers les aidants de personnes atteintes de maladie : il peut aussi s'agir d'aidants de personnes en situation de handicap ou âgées.

**Mme Peggy WARGNIER** confirme que le Café des aidants s'adresse à tout aidant, quel que soit son âge et quelle que soit la pathologie de la personne aidée. Il peut aussi s'agir de parents d'enfants handicapés, de proches, de membres de la famille ou de la fratrie. Cela concerne tout type d'aidant qui se retrouve confronté à la pathologie ou à la vulnérabilité.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** invite Mme Peggy WARGNIER à partager des informations sur le fonctionnement du café et notamment ses horaires d'ouverture.

**Mme Peggy WARGNIER** indique que le Café des aidants fonctionne environ dix fois dans l'année, entre septembre et juin, à Corbie, en général le lundi. Il est animé par deux professionnels, respectivement psychologue et travailleur social, qui ont une expertise particulière sur la question des aidants, notamment sur des plateformes de répit. Les personnes s'inscrivent au préalable et se retrouvent dans un lieu convivial et proche de la cité. Il peut s'agir d'un café, d'une salle de bibliothèque. En l'occurrence, le Café des aidants se déroule à Corbie dans des chambres d'hôtes.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** observe que c'est un très bel endroit, qui est aussi un lieu idéal pour décompresser et faire une pause.

**Mme Peggy WARGNIER** précise que ce n'était pas le premier lieu qu'ils avaient choisi, privilégiant initialement un café, mais celui-ci ne permettait pas aux aidants de se sentir à l'aise, parce qu'il y avait beaucoup de bruit et de passage. En outre, ce premier lieu envisagé ne permettait pas aux personnes de garder un élément qui est important pour eux, qui est leur anonymat.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** note qu'il y a aussi une limitation du nombre de participants à une dizaine.

**Mme Peggy WARGNIER** informe qu'il est régulièrement fait des bilans de ces cafés des aidants, depuis leur mise en place en 2021. Les professionnels qui les animent estiment à huit le nombre maximal de personnes idéal car, au-delà, il est difficile de distribuer la parole de façon équitable.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** relève que la durée est d'une heure trente environ.

**Mme Peggy WARGNIER** indique qu'il s'agit de la durée maximale. Chaque mois, une thématique différente est abordée. Parfois, c'est aussi l'occasion de présenter différents dispositifs de répit aux aidants, avec la participation d'intervenants extérieurs.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** suppose que les aidants y parlent de leurs problèmes, de leur usure, et se demande s'il est aussi question, malgré tout, d'éléments positifs.

**Mme Peggy WARGNIER** assure qu'il y a du positif parce que le Café des aidants est l'occasion d'échanger de petites astuces. Au départ, cela part d'un problème, d'une grande souffrance et, finalement, un autre aidant va faire part de son expérience et des pratiques qu'il a pu mettre en place avec succès. Tout cela leur permet de souffler.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** note qu'il a été question du Café des aidants du Val de Somme, à Corbie, et s'interroge sur les autres initiatives de ce genre.

**Mme Peggy WARGNIER** informe qu'il existe aussi un Café des aidants à Albert, à Péronne et à Amiens. Leur choix de s'orienter vers le Val de Somme est lié à l'identification de besoins sur ce territoire.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** évoque l'ouverture prochaine d'un Café des aidants à Doullens.

**Mme Peggy WARGNIER** confirme qu'un groupe de partenaires travaille actuellement à la création d'un Café des aidants à Doullens.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** sollicite de Mme Peggy WARGNIER qu'elle partage le regard porté par Sénéos sur l'utilité d'un tel endroit.

**Mme Peggy WARGNIER** identifie, d'abord, la neutralité et l'objectivité qui se retrouvent pendant les discussions, qui se font en dehors du contexte institutionnel. Elle sait que, chez Sénéos, certaines personnes vont au Café des aidants pour avoir un avis objectif sur la situation d'aidant familial.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie Mme Peggy WARGNIER pour ces nombreuses informations. La prochaine intervention sera l'occasion de parler de l'éducation thérapeutique du patient, avec Mme Anne PAVIOT, qui est invitée à présenter le pôle de prévention situé à Beauvais, où se déroule une action très importante, qui s'inscrit dans un temps long.

**Mme Anne PAVIOT** explique que le pôle de prévention et d'éducation du patient de Beauvais se trouve dans l'enceinte du centre hospitalier. Cette structure existe depuis une vingtaine d'années. Il existe huit pôles de prévention sur le territoire de l'ex-Picardie. Leur mise en place vise à répondre à une problématique de santé liée à la surmortalité par maladies cardiovasculaires.

Le pôle de prévention de Beauvais, né en 2003, est animé par une petite équipe, formée d'une secrétaire à mi-temps, d'une psychologue à 80 %, d'une diététicienne à temps plein, d'une infirmière à temps plein et d'un médecin à mi-temps. Il a plusieurs missions, exercées auprès des patients, qui sont accompagnés pour vivre avec leur maladie chronique, mais aussi à l'extérieur. Bien que le pôle soit basé au centre hospitalier, ses missions ne s'arrêtent pas aux frontières de l'hôpital et intéressent un territoire de santé très vaste, qui s'étend du nord-ouest (Grandvilliers, Formerie) jusqu'à Méru, au sud.

**Mme Kaltoume DOUROURI** observe que leur mission est de soutenir et d'apporter une aide au quotidien pour plus d'autonomie, sur un temps long, puisqu'il s'agit de suivre les personnes pendant des mois.

**Mme Anne PAVIOT** le confirme : vivre avec une maladie chronique est un chamboulement. Après l'annonce de la maladie, vient l'acceptation. La personne passe par différentes phases. Cette nouvelle donne chamboule non seulement la personne qui est atteinte mais aussi ses rapports familiaux, ses proches. C'est extrêmement important. Dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie chronique, le pôle de prévention accompagne également les aidants et les proches, qui sont sources de motivation pour les premières.

**Mme Kaltoume DOUROURI** demande des précisions sur les maladies chroniques concernées.

**Mme Anne PAVIOT** explique que le pôle de Beauvais accompagne des personnes qui sont atteintes de maladies chroniques et qui présentent des facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension, cholestérol, diabète, surpoids/obésité, tabac, alcool) et/ou qui ont fait un infarctus ou un accident vasculaire cérébral. Sont aussi accompagnées des personnes qui sont sur le parcours de la chirurgie bariatrique, à travers un programme préopératoire et un programme postopératoire. Est aussi évoqué un programme d'accompagnement d'enfants en surpoids, mais aussi de leurs parents, car la tranche d'âge, qui va de 9 à 16 ans, concerne des enfants sur le chemin de l'autonomie mais qui ne sont pas encore autonomes. Le changement de comportement n'aboutira que si les parents sont motivés pour également modifier leurs habitudes.

Le dernier programme mis en place est l'accompagnement des personnes atteintes de covid long. Le pôle de prévention a été sollicité par un médecin du centre hospitalier qui recevait un certain nombre de personnes atteintes de covid long et a souligné qu'il serait intéressant de les accompagner pour éviter la chronicisation de cette pathologie. Ce programme, créé en 2021, est le premier programme d'accompagnement, en ETP, mis en place en France en la matière.

**Mme Kaltoume DOUROURI** constate qu'il s'agit de construire avec ces personnes un programme, sans donner de solutions toutes faites : c'est à elles de le construire.

**Mme Anne PAVIOT** ajoute que c'est un travail d'accompagnement. Cela ne peut se faire que si la personne l'accepte ; cela dépendra donc aussi de son niveau d'acceptation de la maladie, de ses croyances, de sa connaissance du traitement, de la maladie, parmi de nombreux autres éléments. Le pôle intervient en tant qu'appui, en toute humilité. L'idée est d'évoluer avec eux, en fonction de leur rythme. C'est aussi cela qui prend du temps, car le changement de comportement ne se fait pas en un temps record. Des patients sont ainsi accompagnés depuis plusieurs années, reviennent, rechutent, en fonction de complications de la maladie ou d'accidents. Ils sont, en tout cas, accueillis à n'importe quel moment de la maladie.

**Mme Kaltoume DOUROURI** note qu'il leur est possible de revenir vers le pôle.

**Mme Anne PAVIOT** précise qu'ils peuvent venir d'eux-mêmes mais aussi être adressés par des médecins traitants, des médecins spécialistes ou d'autres professionnels de santé (psychologues, infirmiers libéraux...). Il peut aussi arriver qu'ils soient adressés par des associations de patients ou des associations d'activité physique qui pratiquent l'activité physique adaptée. Le pôle travaille également avec la santé scolaire : des jeunes leur sont ainsi adressés par des infirmiers scolaires.

Outre cet adressage multiple, nombre de personnes viennent d'elles-mêmes.

**Mme Kaltoume DOUROURI** indique que les personnes se fixent des objectifs, avec le soutien des professionnels, de manière individuelle mais aussi lors d'ateliers collectifs. Elle invite Mme Anne PAVIOT à préciser l'intérêt de ces derniers.

**Mme Anne PAVIOT** indique que ces ateliers, qui durent une heure et demie à deux heures, s'adressent à un nombre de personnes compris entre six et huit. Elle rejoint d'ailleurs les propos de Mme Peggy WARGNIER sur ce nombre maximal de huit personnes, au-delà duquel il n'est plus possible de donner la parole à chacun. L'idée est que les soignants ne sont pas là pour délivrer des informations et leur dire ce qu'il faut faire : ils sont, en quelque sorte, des chefs d'orchestre. Il s'agit que les personnes autour de la table puissent s'enrichir de l'expérience de chacun, car ce sont ces éléments concrets qu'elles retiendront et chercheront à appliquer pour elles-mêmes, par exemple dans la gestion de leur pilulier ou leurs modes de déplacement. C'est la finalité de l'ETP, qui consiste à les accompagner pour qu'elles vivent mieux avec leur maladie, qu'elles améliorent ou maintiennent leur qualité de vie, à travers des considérations très pratiques.

**Mme Kaltoume DOUROURI** interroge Mme Anne PAVIOT sur les constats qu'elle a pu dresser à l'issue de la crise sanitaire, en termes de fréquentation.

**Mme Anne PAVIOT** indique que, immédiatement après une période de fermeture qui a duré plus de deux mois, a été constaté un afflux de personnes, notamment des plus âgées, qui se sentaient très isolées. Les ateliers ont accueilli de très nombreux participants, au point de devoir en décaler, car il s'agissait de respecter les règles sanitaires. Cet afflux a étonné les membres du pôle car il est situé dans la structure hospitalière, qui faisait peur au point que les gens ne voulaient pas y revenir. Pour le pôle, cela a plutôt été le contraire.

Actuellement, est remarquée une baisse de fréquentation. Pour l'expliquer, peuvent être avancées plusieurs autres problématiques, notamment liées au coût des déplacements.

**Mme Kaltoume DOUROURI** évoque en particulier la baisse de fréquentation relevée chez les enfants.

**Mme Anne PAVIOT** explique que, dans le cadre de ce programme, initié il y a quelques années, les enfants ne peuvent pas se déplacer seuls et doivent être accompagnés de leurs parents. En premier lieu, ce sont d'ailleurs les parents qui sont reçus pour connaître leur motivation à accompagner leurs enfants. Il apparaît que ce sont des parents qui travaillent, alors que le pôle est ouvert entre 8 h 30 et 17 h 00, même s'il est possible d'arranger les horaires en cas de besoin. Ce programme a aussi été proposé le soir et le samedi matin mais cela ne règle pas nécessairement les problématiques des parents qui travaillent, des parents séparés, de garde alternée. C'est l'ensemble de ces facteurs qu'il faut prendre en considération pour modifier la façon dont sont pris en charge ces enfants.

**Mme Kaltoume DOUROURI** souligne que ce travail est très gratifiant au sein de l'équipe.

**Mme Anne PAVIOT** met en avant la chance qu'ils ont de travailler avec des professionnels qui ont des compétences différentes. En ETP, la prise en charge de la personne est globale : il s'agit de ne pas s'intéresser uniquement à la maladie. Vivre avec une maladie implique des changements d'ordre médical ou médicamenteux, mais les aspects psychosociaux sont à ne pas négliger. C'est cette prise en charge qui est très valorisante, à la fois pour la personne et pour l'équipe. Face à une problématique liée à un comportement psychosocial, il est possible d'en parler à la psychologue, à la diététicienne, au médecin. L'avantage est aussi que tous les membres de l'équipe se trouvent sous le même toit, ce qui favorise les réunions d'équipe. Les patients font également part de la chance de bénéficier d'un tel temps d'écoute.

**Mme Kaltoume DOUROURI**, après avoir remercié Mme Anne PAVIOT, passe la parole à Mme Sylvie ANSART, directrice de l'association APRIS. En matière de prévention, il est ici question du dépistage langagier, ce qui appelle quelques précisions.

**Mme Sylvie ANSART** explique qu'APRIS est une association de prévention de santé, à destination de la petite enfance, plus particulièrement des 0-6 ans. Sa spécialité est le repérage précoce des troubles sensoriels (vue, audition) mais aussi des troubles langagiers.

Ce dépistage a lieu à l'école maternelle. En grande partie grâce à l'ARS, aux Département du Pas-de-Calais et de la Somme et à l'Éducation nationale, il a été possible de créer un parcours de prévention de santé à l'école maternelle, où l'association intervient, à des moments précis, seule ou accompagnée de la PMI, pour des dépistages précoces. À l'entrée à l'école, vers l'âge de 3 ans ou 3 ans et demi, un dépistage, réalisé au sein de l'école par les enseignants, porte sur les troubles du langage. Il s'agit du DPL 3, qui est un outil reconnu par la HAS. À l'issue de ce dépistage, les enfants sont classés en trois catégories (fragile, en difficulté, normal) et des actions sont menées, en classe, à l'attention des enfants classés fragiles ou en difficulté, telles que des aménagements scolaires, des temps de soutien après l'école, par exemple. Depuis une rentrée scolaire et demie, ont aussi été mis en place des ateliers supplémentaires de stimulation, en dehors du temps scolaire, pour les enfants repérés fragiles et en difficulté, sur les territoires. La raison en est la suivante : il est apparu, avec la PMI, l'ARS et l'Éducation nationale, que la situation de l'enfant repéré avec un trouble du langage, dans la plupart des cas, n'est pas vraiment liée à un trouble, mais à un manque de stimulation langagière à la maison. D'ailleurs, dans le rapport des 1 000 premiers jours, c'est le premier chapitre concerné par ce volet : c'est la stimulation du langage, dès la conception.

Mme Sylvie ANSART trouve d'ailleurs que prétendre qu'à 3 ans ou 3 ans et demi, l'on fait un dépistage précoce, valait peut-être il y a vingt ans, mais pour elle, c'est un peu tard, d'autant plus que s'ajoutent ensuite les délais de prise en charge. Lorsque la situation est liée à un manque de stimulation, au départ, ce n'est pas pathologique. Cependant, moins la stimulation a lieu et plus l'enfant entre dans les apprentissages, plus l'écart se creuse, faisant naître un besoin en orthophonie, par exemple.

Mme Sylvie ANSART précise que, au-delà du dépistage, l'association accompagne les familles vers l'effectivité des soins. Il est facile de faire un dépistage mais la question est de savoir ce qui est fait par la suite : c'est pour cela que les familles sont accompagnées dans la prise de rendez-vous et le suivi. Les délais d'obtention de rendez-vous chez les orthophonistes sont actuellement très longs. Cet engorgement vient aussi du fait que la première intention, en orientation, est l'orthophonie, alors que, dans la plupart des cas, la situation ne relève pas de l'orthophonie.

**Mme Kaltoume DOUROURI** se demande de quelle profession médicale cela relève.

**Mme Sylvie ANSART** estime que cela ne relève pas toujours d'une profession. Lorsque l'enfant n'a pas été stimulé, depuis sa naissance, un retard de langage s'est mis en place. La réponse est la stimulation, à la maison. Le premier professionnel, c'est le parent, quand ce n'est pas lié à une pathologie. Ensuite, cela peut devenir pathologique, mais de nombreux orthophonistes proposent désormais des séances de stimulation du langage. Mais, à raison de deux séances par semaine, de trente ou quarante minutes, ils ne sont pas magiciens.

**Mme Kaltoume DOUROURI** en conclut que le rôle important doit être joué à la maison, par la famille, dans cette prévention.

**Mme Sylvie ANSART** le confirme. Cela rejoint d'ailleurs les propos de M. le Pr Guillaume VAIVA, qui observait que l'on apprend de ses échecs. Les ateliers de stimulation ont le mérite d'exister, auprès des enfants, à destination des familles. Cela fait aussi écho à l'intervention de Mme Anne PAVIOT : si le parent n'est pas présent, ça n'a aucun impact. Certes, l'enfant sera content d'avoir participé à un atelier, qui se sera bien passé, mais la question est de savoir, concrètement, ce qu'il advient ensuite. L'idée est aussi d'outiller les familles.

Depuis un an et demi, il est apparu que les familles visées ont d'autres priorités de vie que la stimulation du langage à la maison, préoccupées par la nécessité de manger, jusqu'à la fin du mois, de faire ses courses, de payer son loyer. Les ateliers ont donc trouvé un public, mais pas nécessairement tout le public souhaité. L'année scolaire va donc s'achever avec ce modèle mais ce n'est pas de cette manière que sera continuée l'action.

Mme Sylvie ANSART dresse donc un constat d'échec partiel, puisqu'ils ont pensé une action qui n'a pas trouvé tout le public qu'ils souhaitaient toucher.

**Mme Kaltoume DOUROURI** suggère, parmi les actions de prévention à la maison, l'éloignement des écrans pour les enfants, voire les bébés.

**Mme Sylvie ANSART** reconnaît que c'est un fléau, même si, consciente de la nécessité de vivre avec son temps, elle n'est pas non plus favorable au « zéro écran ». Le raisonnement est le même que pour l'alimentation : tout est toujours question de dosage et, en l'occurrence, de durée et d'accompagnement. Pour avoir fait quelques consultations avec la PMI, dans la perspective d'une meilleure compréhension,

Mme Sylvie ANSART a pu noter que des parents, de bonne foi, installent des enfants de trois ou six mois dans leur transat, et que les seuls sons qu'entendent ces derniers sont les bruits de la télévision, sans avoir de répondant en face. Dans cette attitude complètement passive, le langage n'est pas stimulé. Mais les parents sont de bonne foi et considèrent que l'enfant ne regarde pas, ne comprend pas, puisqu'il est petit. Il reste que l'enfant est surstimulé par les lumières, des images et des sons mais sans répondant. En consultation, l'on voit aussi de très nombreux enfants qui, pour patienter, ont un téléphone ou une tablette. Le livre a nettement moins sa place aujourd'hui qu'il y a quelques années.

**Mme Kaltoume DOUROURI** s'interroge sur les alertes qui sont faites, à ce niveau, et sur la manière dont l'association agit, sur le terrain, face à ces constats.

**Mme Sylvie ANSART** indique que l'association, spécialisée dans les troubles sensoriels et du langage, a développé des actions de prévention autour des écrans et des émotions. Les deux sont fortement liés. L'enfant qui n'a pas de répondant face à lui, qui n'a que des écrans (de tout type, y compris téléphone, tablette, ordinateur...) et sera stimulé voire surstimulé par des images, éprouvera une frustration lors de l'arrêt de l'écran, qui se manifestera par un débordement ou un renfermement d'émotions, sur lesquelles il ne sera pas mis de mot : cela ne peut pas être extériorisé puisque le langage n'est pas mis en place. Cela se ressent dans le quotidien de l'enfant. Ce sont aussi les échos qui parviennent des enseignants, qui sollicitent très souvent l'association pour mettre en lien avec eux, notamment dans des cafés des parents, des actions de prévention autour des écrans. C'est toujours très ludique, jamais moralisateur, et il n'y est pas prôné le « zéro écran ».

**Mme Kaltoume DOUROURI** sollicite une réaction de la part de M. le Pr Maxime GIGNON, sur la nécessité de la prévention, dès la petite enfance, sur cet aspect.

**M. le Pr Maxime GIGNON** affirme que c'est fondamental. C'est d'ailleurs pour cela que le programme des 1 000 premiers jours reprend ces aspects. De très nombreux éléments se construisent, en termes d'indicateurs de santé futurs, à cette période de la vie. C'est un véritable enjeu, sur lequel il apparaît nettement que le champ sanitaire, au sens classique du terme, a très peu de prise. Cela relève d'une dimension éducative, d'une prise en charge en crèche, au niveau de la famille. C'est pour cela que sont concernés tous les secteurs de la société et que M. le Pr Maxime GIGNON évoquait la notion d'alliance intersectorielle : c'est là que se trouve l'enjeu.

**Mme Kaltoume DOUROURI** se tourne vers les intervenants lycéens pour recueillir leur sentiment sur ces propos, eux qui sont les *digital natives*.

**Alex** partage totalement le discours : il a lui-même des petites sœurs scolarisées en école maternelle et en école primaire. Il est d'accord avec l'idée de limites à poser en matière d'écrans, car l'enfant s'y emprisonne. Mais il faut aussi admettre qu'il existe un côté positif en termes d'apprentissage. Alex prend l'exemple de sa sœur, en classe de CP/CE1, qui a de très bons résultats en anglais, notamment aux vidéos qu'elle écoute dans cette langue. Entre ces deux aspects, il s'agit de trouver le juste milieu.

**Mme Sylvie ANSART** renvoie à une campagne très bien faite en Belgique, sur les 3, 6, 9, 12. Sur l'absence d'écran avant 3 ans, elle n'est toutefois pas aussi définitive. Il faut simplement un accompagnement : l'on peut regarder un dessin animé ou une émission avec son tout-petit mais il s'agira de lui expliquer s'il a peur ou s'inquiète. Tant que l'enfant n'est pas seul avec ses émotions, il n'y a pas de souci en soi pour regarder un écran, du moment que ce n'est pas toute la journée. Le parallèle est fait avec le chocolat : c'est bon, mais il ne faut pas manger la plaque entière.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** revient sur l'engorgement constaté au sujet des orthophonistes. Elle se demande vers quelle autre profession il est possible de s'orienter.

**Mme Sylvie ANSART** indique que l'orthophoniste est le premier accès car c'est un acte coté et remboursé par la Sécurité sociale. Il existe d'autres professionnels, mais qui connaissent le même engorgement. Mme Sylvie ANSART évoque les pédopsychiatres, qui sont peu nombreux et qui pourraient aussi être une solution. Lorsqu'il y a un trouble du langage, ce n'est pas seulement le langage qui est mis en cause. Il faut aussi vérifier l'audition, par exemple : avant d'orienter vers un orthophoniste, l'on peut aussi orienter vers un ORL. Un enfant qui entend mal ne va pas développer correctement son langage. C'est ce que fait très souvent l'association, en première intention.

Parmi les professionnels dont les actes ne sont pas cotés et pas remboursés par la Sécurité sociale, Mme Sylvie ANSART cite les psychomotriciens, qui interviennent dans une sphère plus globale. Le médecin traitant reste au cœur de l'orientation mais, tout en assurant que son discours n'est pas du tout péjoratif, Mme Sylvie ANSART observe qu'il est demandé à ces médecins de tout faire et de tout savoir faire mais que leur premier réflexe, en matière de langage, est généralement d'orienter vers un orthophoniste. Ce n'est pas incongru mais c'est un biais qui existe.

Mme Sylvie ANSART mentionne également le monde enseignant. Un travail est mené à ce sujet : il est rappelé l'intervention de Mme le Dr Maryse BURGER, en matinée ; est aussi mentionnée Mme le Dr Nathalie BLONDEL dans le Pas-de-Calais. Chez les enseignants, elle constate la même tendance à orienter vers l'orthophoniste, en première intention. C'est même parfois harcelant par rapport aux familles, à qui l'on réclame sans cesse des bilans. C'est très prenant pour les parents, qui sont aussi confrontés à la difficulté de trouver un orthophoniste. Dans le Pas-de-Calais, il faut attendre entre neuf et dix-huit mois ; c'est à peu près équivalent dans la Somme, outre le fait qu'il n'y a pas d'orthophonistes dans certains secteurs.

Mme Sylvie ANSART mise beaucoup sur les 1 000 premiers jours. Un travail est actuellement mené avec la CPAM de l'Artois en vue d'expérimentations, avec un projet en maternité. Quand l'enfant n'est pas encore né, il s'agit de faire passer des messages, aussi en lien avec la PMI, qui mène de nombreuses actions sur le sujet. Il faut trouver des actions ludiques à mener, au niveau des futurs parents, et souligner l'importance et l'intérêt de parler à son enfant *in utero*.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** se réjouit de voir que la prévention s'opère déjà *in utero* et remercie Mme Sylvie ANSART. Il s'agit désormais de s'intéresser aux adolescents, avec Mme le Dr Nathalie REY, et la Maison des adolescents, créée à Amiens en 2010. En particulier, des précisions sont demandées sur les modalités d'accès à la Maison des adolescents (gratuité, anonymat...).

**Mme le Dr Nathalie REY** explique qu'il suffit de pousser la porte pour être accueilli, avec un large sourire. Cela fait d'ailleurs écho aux propos précédents sur l'importance de l'accueil. Elle confirme que c'est gratuit, cofinancé, anonyme : l'adolescent n'est pas obligé de donner son nom, ni même son prénom ou son âge. Il est aussi possible de venir avec ou sans l'accord des parents. C'est une porte d'entrée royale à cet âge. L'accueil se fait aussi au cœur de la cité, la Maison des adolescents d'Amiens étant située à proximité de la gare.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** retient que la Maison des adolescents est très facile d'accès et demande aux intervenants lycéens s'ils la connaissent.

**Alex** indique qu'il en a entendu parler au lycée mais que lui-même ne l'a jamais fréquentée. Il ne connaît personne qui l'aurait fait, faisant le lien avec l'anonymat précédemment évoqué. Ce n'est pas nécessairement un tabou mais l'on n'a pas forcément envie de partager tous ses petits secrets. Par ailleurs, il sait que l'infirmière scolaire redirige régulièrement vers ce lieu, qui représente une aide supplémentaire pour les lycéens.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** s'interroge sur la tranche d'âge concernée.

**Mme le Dr Nathalie REY** précise que la Maison des adolescents s'adresse aux jeunes âgés de 11 à 21 ans. Sur l'anonymat, elle observe que, souvent, les adolescents accueillis le lèvent très rapidement, d'eux-mêmes, et déclament leurs nom et prénom avant même qu'on ne les leur demande.

Mme le Dr Nathalie REY souhaite également apporter une nuance. Elle relève que les lycées présents n'ont pas forcément dans leur entourage d'adolescents liés à la Maison des adolescents mais tient à préciser que, ces dernières années, les premiers adresseurs à la Maison des adolescents sont les adolescents eux-mêmes. Le bouche-à-oreille fonctionne très bien. Ainsi que cela a déjà été souligné, le partage entre les pairs est très important et l'expérience que peut faire un adolescent en ce lieu, rapportée à ses camarades, peut en inciter d'autres à pousser la porte. Certains adolescents ayant fréquenté cet espace reviennent parfois un an après avec un ami, un cousin, un petit frère, qu'ils accompagnent à la Maison des adolescents.

Le deuxième adresseur est l'Éducation nationale.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** demande des précisions sur ce que les adolescents viennent y dire. Elle suppose que ce ne sont pas forcément des petits secrets ou des petits bobos d'ados et que c'est plus intense.

**Mme le Dr Nathalie REY** reconnaît qu'en général, lorsque les adolescents ont de petits secrets et ont un bon environnement social, familial et amical, c'est plutôt vers leurs pairs ou leurs familles qu'ils se dirigent. Sont observées, à la Maison des adolescents, des situations relativement dégradées, avec des adolescents très seuls sur le plan familial et social. Ce qu'ils viennent y dire est assez varié.

Mme le Dr Nathalie REY explique que lorsqu'un adolescent pousse la porte, il est accueilli, à l'espace accueil, par une équipe d'accueillants qui leur propose de participer à un entretien. Un temps conséquent est ainsi passé avec les adolescents car les entretiens durent entre quarante-cinq minutes et une heure et ce temps de parole qui leur est dédié n'est pas négligeable. En comparaison, les collègues médecins ont des temps de consultation très courts.

Les adolescents peuvent évoquer les problématiques qu'ils rencontrent à l'école, les absences, le stress. Est en particulier pointé Parcoursup, qui est source de nombreuses angoisses, chez les adolescents comme chez leurs parents, dès la seconde. Cela donne l'impression qu'ils ont à déterminer, très en amont, leur parcours professionnel.

Il est aussi question de leurs familles ; leurs parents sont parfois eux-mêmes très isolés et vont mal et les adolescents témoignent de ces situations. Nombre d'entre eux présentent des tableaux dépressifs, même sans aller jusqu'à parler de maladie dépressive. Ce sont des situations dans lesquelles les adolescents ne vont pas très bien.

**Mme Kaltoume DOUROURI** avance que beaucoup d'entre eux sont vierges de tout parcours de soin.

**Mme le Dr Nathalie REY** estime que c'est une affirmation à nuancer.

Certaines situations sont si dégradées qu'il en devient surprenant qu'il n'y ait pas eu d'autre intervenant par ailleurs : il arrive que la Maison des adolescents soit le premier interlocuteur de l'adolescent qui confie que cela fait plusieurs années que les choses ont commencé à apparaître ; l'intervention vient un peu tard, finalement.

Ces derniers temps, Mme le Dr Nathalie REY a toutefois observé davantage de tableaux assez marqués, en termes de symptomatologie, mais d'apparition brutale. Ainsi, elle a rencontré récemment plusieurs adolescents qui ne vont plus du tout à l'école. Dans certaines situations, l'on peut avoir des prémices sur les dernières semaines ou les derniers mois, avec des adolescents allant de moins en moins à l'école. Mais en l'espèce, cela vient un peu du jour au lendemain. Il en va de même pour les idées suicidaires : ce sont des idées très violentes, très brutales, avec idées de passages à l'acte assez violents.

L'on assiste aussi à une forme de glissement, en lien avec le débordement des services de soins : les parents, parfois sur le conseil de professionnels, frappent à toutes les portes en espérant que l'une d'elles s'ouvre. Des parents ou des adolescents contactent la Maison des adolescents en expliquant que l'attente est trop longue au CMP.

Mais il arrive également que des enfants aient déjà été pris en charge dans des systèmes de soins ou par les services sociaux auparavant.

**Mme Kaltoume DOUROURI** suppose que la Maison des adolescents est aussi un lieu de prévention, où les parents et les adolescents cherchent à se prémunir de problèmes futurs.

**Mme le Dr Nathalie REY** confirme que c'est l'idée : il s'agit que la Maison des adolescents vienne en amont, pour éviter des trajectoires développementales plus inquiétantes et préoccupantes pour les adolescents (épisode dépressif majeur, passage à l'acte, absentéisme scolaire, violences intrafamiliales). L'objectif n'est pas non plus de remplacer les services de soins ou les services sociaux, qui sont déjà effectifs même s'ils sont aussi en difficulté.

**Mme Kaltoume DOUROURI** signale une autre Maison des adolescents à Abbeville. Elle s'interroge sur l'existence de données statistiques sur la fréquentation annuelle à Amiens, par exemple.

**Mme le Dr Nathalie REY** est en effet en mesure de partager quelques chiffres.

En 2022, ce sont 663 adolescents différents qui ont été rencontrés à la Maison des adolescents. Cela a représenté, à l'accueil, 1 775 entretiens. Au total, se sont tenus 2 497 entretiens.

L'équipe d'accueil est composée d'éducateurs et d'infirmiers issus d'institutions diverses (Conseil départemental, PJJ, CHU, EPSM...). La Maison des adolescents a aussi un pôle santé, qui comprend pédopsychiatre et psychologue. Il est à noter qu'est aussi prévu un temps de pédiatre qui n'est malheureusement pas pourvu actuellement.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie Mme le Dr Nathalie REY, dont elle précise qu'elle est pédopsychiatre à la Maison des adolescents et exerce également dans d'autres établissements.

**Mme le Dr Nathalie REY** ajoute qu'elle travaille aussi au CRA.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** ne doute pas qu'il y aura des questions et des réactions dans la salle mais se tourne d'abord vers M. le Pr Maxime GIGNON pour un premier retour.

**M. le Pr Maxime GIGNON** explique que son attention a été retenue par un élément qui est apparu un peu en pointillé tout au long de la journée, qui est l'implication des personnes qui sont les premières concernées dans la prévention. À travers les exemples des lycéens et des aidants, en particulier, il apparaît que les premiers acteurs sont ceux qui ont gagné cette expérience, cette expertise : le fait d'avoir vécu une situation a permis de développer des compétences, qu'il s'agit de partager pour en faire profiter les autres. C'est très utile pour les plus jeunes et, au-delà, M. le Pr Maxime GIGNON souhaite interroger les intervenants lycéens sur ce qu'ils en retirent. Il note qu'un dispositif similaire existe dans l'enseignement supérieur, dans les études de santé, avec un tutorat qui repose sur le même principe. Depuis quelques années, a aussi été développée une partie bien-être, à travers un accompagnement de leurs plus jeunes camarades sur le plan de la santé mentale. Ce partage d'expériences est très intéressant pour ceux qui sont tutorés et, souvent, pour les tuteurs eux-mêmes.

**Eulalie** a trouvé que le tutorat était une expérience incroyable à titre personnel parce que cela lui a permis non seulement d'aider les personnes mais de ne plus être simplement une élève passive au lycée, mais aussi un acteur dans la vie du lycée. Cela lui a aussi appris quelque chose sur elle-même : elle n'a pas envie de rester inactive face à la détresse de personnes. Elle sait que c'est un aspect qu'elle veut retrouver dans son métier.

Interrogée sur ses souhaits d'avenir, Eulalie précise qu'elle aimerait travailler dans une ONG humanitaire.

En réponse à la même question, **Camille** indique n'avoir pas d'idée précise. Mais le tutorat lui a appris qu'elle voulait être investie dans son quotidien, dans la société. L'expérience a été très enrichissante pour elle, car si Camille a apporté au projet, le projet lui a aussi beaucoup apporté en retour.

**Alex** aimerait ajouter qu'il s'agit d'une expérience humaine. D'eux-mêmes, les tuteurs vont au contact des autres et apportent leur aide, ce qui procure un sentiment positif. Alex rejoint les propos d'Eulalie : cela permet de devenir acteur et de se sentir plus ou moins important mais surtout actif au sein de la vie lycéenne, en faisant bouger les choses dans un sens commun. Cela se traduit probablement dans les métiers qu'ils souhaiteraient exercer. À titre personnel, Alex aimerait exercer dans le domaine médical ou juridique. Cela s'inscrit dans la continuité de ses choix actuels.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** invite à découvrir les dessins proposés par M. Philippe TASTET.

Après la diffusion des images, Mme Kaltoume DOUROUTI relève de nombreuses demandes d'intervention, ce dont elle se réjouit.

### Questions de la salle

**Mme Charlotte BOUILLARD** est travailleuse sociale à l'APEI de Soissons, avec des personnes en situation de handicap, déficience intellectuelle ou maladie psychique. Est proposée, au sein de l'association, une plateforme de répit pour les aidants. L'intervenante ne peut qu'inciter ses interlocuteurs à ne pas hésiter

à les consulter car des plateformes des aidants se développent un peu partout. Le site [www.soutenirlesaidants.fr](http://www.soutenirlesaidants.fr) peut les orienter vers la plateforme de leur secteur. Par le biais de la mairie ou des espaces France Service, peuvent être proposées des permanences sur le terrain. Un certain nombre de flyers est aussi déposé dans ces endroits.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme Charlotte BOUILLARD et invite un autre membre du public à s'exprimer.

**Mme Audrey THOMAS** précise qu'elle est chargée de prévention dans le secteur Roubaix-Tourcoing, pour l'ARS. Sa question concerne plus particulièrement la Maison des adolescents de la Somme. Elle se demande s'il existe des actions qui s'inscrivent dans une démarche d'aller vers, en direction des jeunes. Ont été évoquées les MDA d'Abbeville et d'Amiens mais cela fait naître une interrogation sur ce qu'il en est des autres jeunes. Mme Audrey THOMAS évoque d'éventuels outils déployés en ce sens, par exemple des systèmes de permanences, assurées par des équipes plus mobiles, ou des téléconsultations.

**Mme le Dr Nathalie REY** observe qu'elle aurait eu encore beaucoup à dire à propos de la Maison des adolescents ; cette question lui permet d'y revenir. Les adolescents sont accueillis à la Maison des adolescents mais l'équipe va aussi à leur rencontre, avec un travail de prévention. Il peut s'agir de présenter la Maison des adolescents ou d'échanger avec eux au sein de leurs établissements scolaires. C'était beaucoup le cas aux débuts de la structure, afin de la faire connaître. Les outils sont assez larges et basés sur la relation affective, par exemple, et sont notamment mis en œuvre par l'équipe d'accueil.

Sur la téléconsultation, à titre personnel, Mme le Dr Nathalie REY trouve que c'est compliqué. Ce n'est, en tout cas, pas pratiqué à la Maison des adolescents.

Il est toutefois possible de communiquer par téléphone. Dans l'idée que l'on apprend tous ses erreurs, Mme Nathalie REY fait part d'une expérience : au début, il arrivait que l'équipe laisse des messages sur les téléphones portables des adolescents mais il est apparu que ceux-ci ne les écoutaient pas. Les accueillants utilisent donc beaucoup les SMS pour communiquer avec les adolescents.

**M. Didier VANQUELEF**, de l'UFC-Que choisir, voudrait remercier les intervenants de cette fin d'après-midi, en particulier les plus jeunes, sans doute futurs bénévoles voire futurs RU. Tout cela vient contrebalancer l'actualité récente. Depuis le début de la semaine, M. Didier VANQUELEF s'est plongé dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, sur le fonctionnement des crèches. Il voudrait inviter les trois cents acteurs présents ce jour à se l'approprier car, s'il faut résumer la situation en quelques mots, il y a du travail.

Ce rapport présente des constats, des témoignages absolument consternants de maltraitance, liée à des difficultés structurelles : taux d'encadrement, niveau de qualification, désengagement de collectivités publiques, en particulier des communes pour ce qui concerne les crèches. Le lien peut également être fait avec un déficit de contrôle. Il y a plusieurs autorités de tutelle – Départements, PMI, CAF, etc.

On ne peut qu'être étonné de constater que ces trois points sont quasiment les mêmes que ceux qu'avait pointés M. Victor CASTANET dans son étude intitulée *Les Fossoyeurs*, sur les EHPAD. L'on se retrouve aux deux extrémités de la vie avec un travail énorme à faire.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie M. Didier VANQUELEF pour ce rappel.

**M. Olivier DAUPTAIN**, de France Assos Santé, souhaite partager deux éléments, l'un grave, l'autre léger.

Pour la première réflexion, qui est la plus grave, M. Olivier DAUPTAIN s'adresse en particulier à Mme le Dr Nathalie REY et à sa voisine, pour partager un drame vécu par les familles. Lors de la précédente mandature de la CRSA, il faisait partie de la Commission spécialisée Prévention, qui a travaillé sur les CAMSP, qui sont l'équivalent des CMP pour les enfants, et qui proposent notamment des dépistages des troubles dys. Ce qui est grave, c'est qu'une fois les enfants dépistés, une fois les parents alertés et sensibilisés, les délais de prise en charge peuvent atteindre un an, deux ans, voire plus encore. C'est catastrophique. Lorsque l'on apprend que son enfant a quelque chose, que l'école repère une problématique, puis qu'un diagnostic plus ou moins grave est posé, il est difficile d'entendre, ensuite, qu'il faudra un an, un an et demi ou deux ans pour avoir un rendez-vous. Il existe des inégalités sociales faramineuses dans les Hauts-de-France, avec une précarité et une pauvreté indéniables. Les gens qui ont les moyens peuvent se permettre d'aller dans le privé, de faire des consultations, pour enclencher un parcours, mais d'autres n'ont pas la possibilité d'avancer l'argent, d'autant qu'il n'y a pas de tiers payant. Dans ce système de soins, dans ces parcours de soins, des professionnels devraient intervenir pour ces enfants, qui représentent l'avenir mais n'ont pas toutes les chances car leurs parents seront contraints de faire d'autres choix et ne pourront pas, financièrement, aller voir l'orthophoniste ou le psychomotricien. Ce sont des lacunes qu'il faut pouvoir corriger et que M. Olivier DAUPTAIN espère voir corrigées dans le prochain PRS, sur lequel il est actuellement travaillé.

La réflexion plus légère fait écho à la remarque de M. Didier VANQUELEF et à l'intervention de M. le Pr Guillaume VAIVA, qui évoquait les « bébés internes » et les « bébés journalistes ». M. Olivier DAUPTAIN se réjouit d'avoir face à lui trois jeunes qu'il s'agirait d'intégrer dans une école des « bébés RU ».

**Mme Kaltoume DOUROURI** souhaiterait connaître le regard que portent leurs référents au lycée Robert de Luzarches sur le travail mené par les lycéens.

**M. Abdel-hamid MERAOUMIA** fait part de la fierté ressentie par l'équipe de voir les lycéens s'investir autant dans la vie lycéenne et la question du climat scolaire. C'est un sujet qui a été très important pour tous et ce projet était aussi l'occasion de valoriser les compétences psychosociales des élèves, tout en mettant en avant l'importance et le rôle des élèves dans les établissements scolaires. Il s'agit de leur faire prendre conscience qu'ils ne sont pas simplement présents en tant qu'élèves, en n'étant bons qu'à apprendre du français ou des mathématiques, mais qu'ils peuvent aussi prendre part, dans la société. L'école est une petite société dans laquelle les élèves trouvent leur place et c'est à travers ce genre de projet que s'est exprimée la volonté de les valoriser.

À nouveau, **M. Abdel-hamid MERAOUMIA** affirme que l'équipe est très fière d'eux et se réjouit de les voir s'exprimer de cette manière aujourd'hui.

**Mme Pauline RIBERO**, coordinatrice du Contrat local de santé du Douaisis, explique que, dans le cadre de la lutte contre les inégalités sociales et territoriales en santé, elle a pris le parti, dans l'exercice de son poste, de travailler largement avec les ambassadeurs santé et les relais population. Elle souhaite réagir à la réflexion collective qui a eu lieu, notamment en citant beaucoup les représentants d'usagers. Elle identifie les deux voies qui conduisent à devenir représentant d'usagers. Elle évoque d'abord le cas des personnes qui ont travaillé dans le domaine de la santé, parce qu'elles savent ce qu'est un représentant d'usagers ; il faut reconnaître qu'en dehors, l'on n'en entend pas parler. L'autre voie concerne les personnes concernées par la maladie, que ce soit à titre personnel ou en qualité d'aidant. C'est probablement ce qui explique qu'il n'y ait pas de jeunes RU, qui ne se sentent pas concernés par la santé,

ainsi que cela a déjà été observé au cours de la journée, à cause de l'amalgame entre jeunesse et bonne santé. De plus, le statut n'est pas connu. Mme Pauline RIBERO se faisait donc la réflexion, avec sa collègue coordinatrice du Conseil local de santé mentale, qu'il pourrait être opportun de se saisir du fait que les jeunes se sentent concernés par la santé mentale, en lien avec la crise sanitaire, pour s'emparer du sujet et en parler en créant des ambassadeurs en santé mentale, en premier lieu. Les jeunes se sentiront impliqués par cette thématique, qu'ils ont vécue : il s'agirait de favoriser l'entre-pairs, le sentiment d'être concernés et responsables, pour ensuite pouvoir parler d'ambassadeurs en santé.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme Pauline RIBERO pour cette très intéressante suggestion, qu'elle soumet aux intervenants lycéens.

**Alex** observe que cela lui parle, concernant la santé mentale, puisque la réforme fait que, dès la classe de seconde, comme l'a d'ailleurs relevé Mme le Dr Nathalie REY, s'exerce une forte pression sur les élèves. Il faut déjà savoir ce que l'on veut faire plus tard. Malgré le grand choix de spécialités, il est demandé de s'enfermer dans trois d'entre elles, qui seront décisives pour leur avenir. Même si des écoles ne réservent pas leur accès aux élèves ayant choisi strictement certaines spécialités, il reste que, par exemple, en médecine, si le choix ne s'est pas orienté vers mathématiques, physique et SVT, l'élève ne sera pas accepté. Malheureusement, en seconde, l'on ne sait pas forcément quelle orientation l'on souhaite privilégier et certains finissent par s'enfermer dans un parcours qu'ils ne veulent pas forcément. Cela crée une angoisse supplémentaire et peut conduire au décrochage s'ils ne parviennent plus à s'identifier dans le système scolaire.

Invitée à compléter, **Eulalie** est d'avis que, pour apporter la problématique de la santé aux jeunes, se raccrocher à la santé mentale peut être une très bonne idée car la période du lycée et même celle du collège sont des périodes assez éprouvantes pour les jeunes, avec l'adolescence et tous ses changements, avec l'idée d'avoir à faire des choix qui auront un impact sur le reste de leur vie. Il leur est demandé de choisir ce qu'ils veulent faire, pour le reste de leur vie, alors qu'ils ne sont même pas encore adultes. Cela représente une forte pression. La suggestion qui a été formulée paraît donc une très bonne idée.

**Camille** abonde en ce sens. Elle observe que la crise sanitaire les a affectés dans la manière d'interagir avec les autres et de tisser des liens. Elle évoque la difficulté à retisser ces liens qui ont été perdus pendant la crise et le confinement.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** rebondit sur les propos d'Alex pour aborder avec M. le Pr Maxime GIGNON le sujet des vocations de médecin. Il est question de prévention mais la prévention consiste aussi à avoir des médecins en bonne santé, comme cela a déjà été souligné. En particulier, elle s'interroge sur une éventuelle crise des vocations pour être médecin.

**M. le Pr Maxime GIGNON** a envie de répondre par la négative, car les candidats sont toujours aussi nombreux en première année des études de santé. En revanche, c'est la suite qui est compliquée, pour des raisons assez proches. D'abord, ce sont des filières qui sont intrinsèquement confrontées à la maladie, à la souffrance et à la mort, ce qui n'est pas forcément simple à gérer. Ensuite, elles restent toujours très sélectives. La pression rapportée par les lycéens, à travers leur vécu notamment de Parcoursup, s'exerce aussi chez les étudiants en santé, tout au long de leurs stages et de leur cursus. C'est un aspect qui a un poids conséquent. Les indicateurs sur la santé mentale des étudiants, des internes et des médecins sont d'ailleurs particulièrement préoccupants pour la pérennité de leur action en tant qu'acteurs de santé.

M. le Pr Maxime GIGNON rebondit sur l'idée d'impliquer les jeunes par la santé mentale, qu'il trouve bonne, d'autant qu'elle a été validée par les principaux concernés.

Un autre plan qui lui semble intéressant est l'approche par la thématique santé environnement. En général, les jeunes sont assez concernés, voire très concernés par la question de l'effondrement climatique, qui cause d'ailleurs une anxiété. Se dire que l'on peut devenir acteur en jouant sur l'environnement et améliorer le cadre de vie et, *in fine*, sa santé, c'est aussi reprendre du pouvoir, limiter cette anxiété par rapport à l'environnement et devenir vraiment acteur. M. le Pr Maxime GIGNON insiste sur l'idée de devenir acteur et de reprendre du pouvoir sur sa santé et son environnement. C'est un message important.

**Mme Kaltoume DOUROURI** approuve puis relève d'autres demandes d'intervention.

**M. le Dr Franck ROUSSEL** ne peut que confirmer ce qui est dit sur la santé mentale des étudiants : près de 40 % des internes montrent des symptômes dépressifs. C'est un élément important à prendre en compte.

M. le Dr Franck ROUSSEL tenait également à féliciter les intervenants lycéens pour leur participation au tutorat. Le tutorat a été choisi, dans l'une des facultés de Lille, à la Catho, pour l'encadrement des étudiants de première année par des étudiants de deuxième ou troisième année. Il est très important et positif d'être impliqués ainsi dans la vie de leur établissement. M. le Dr Franck ROUSSEL suggère à Alex la solution qui consiste à faire du droit médical.

**Alex** observe que cela correspond à un vœu qu'il a formulé, pour intégrer la licence droit médecine à Bordeaux.

**Mme Kaltoume DOUROURI** l'en félicite et passe la parole à une autre participante se trouvant dans la salle.

**Mme Marielle DEVOS** rappelle qu'elle est RU au CH d'Armentières. Elle aimerait revenir sur le rôle de l'aidant, qu'elle assure également car elle accompagne sa fille dans sa maladie chronique. Elle souhaite en particulier insister sur le fait que personne n'est formé à être aidant : l'aidant se retrouve investi d'un rôle, à l'égard d'un parent, d'un frère, d'une sœur, d'un enfant, et il doit prendre sa place d'aidant. Mme Marielle DEVOS a elle-même surinvesti ce rôle jusqu'au moment où elle s'y est perdue ; elle aurait alors pu basculer dans la dépression ou dans la maltraitance. Le rôle de l'aidant est important mais il a besoin d'être accompagné, ce qui n'est pas le cas. Certes, il y a des cafés des aidants, des plateformes de répit, mais dans la vie quotidienne, l'aidant a beaucoup de choses à gérer. Mme Marielle DEVOS explique que ce qui l'a personnellement aidée à sortir la tête de l'eau est le programme d'éducation thérapeutique. Elle aimerait revenir sur ces ateliers. Sa fille n'a pas eu besoin de l'ETP mais elle-même en a eu grandement besoin. Pouvoir partager avec des professionnels et des parents vivant la même chose qu'elle l'a vraiment aidée dans ce positionnement d'aidant. Mme Marielle DEVOS souhaite remercier sincèrement le travail qui est fait au niveau des programmes d'ETP.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie à son tour Mme Marielle DEVOS pour ces propos puis propose de passer le micro à une autre participante.

**Mme Valérie KOJALAVICIUS**, RU à la CPAM de l'Aisne et à l'hôpital privé Saint-Claude de Saint-Quentin, observe que, n'étant âgée que de 54 ans, elle est une jeune RU. Elle souhaite également revenir sur le sujet de l'ETP, sur lequel elle a une question à poser. Depuis le début de la journée, elle entend parler d'acteurs,

d'ETP. Elle-même est patiente experte et pense que, dans la prévention, ils ont un rôle à jouer et que, pour l'instant, ce rôle ne leur est pas accordé. Il serait bienvenu que le patient expert, sur les maladies chroniques, puisse pleinement aider. Mme Valérie KOJALAVICIUS a entendu, dans la matinée, une intervention concernant une personne diabétique et notamment le sujet du pied diabétique. Elle-même est diabétique depuis 46 ans ; c'est pour cela qu'elle est devenue patiente experte. À son sens, le patient expert peut intervenir dans la communication, les échanges. Mme Valérie KOJALAVICIUS fait part de son intention de monter un projet à Tergnier, dans un établissement qui s'occupe des personnes en difficultés sociales. Son objectif est de récupérer les gens qui sont en décrochage de soins. Il est connu que le diabète est une maladie sournoise et qu'en cas de décrochage, dix ans après, la maladie rattrapera la personne. C'est synonyme de surcoût en soins mais aussi de souffrances pour le patient. Mais Mme Valérie KOJALAVICIUS vient d'apprendre que, pour s'occuper de personnes en décrochage de soins, il faut une formation. De son point de vue, quand des gens sont motivés, comme elle l'est, il s'agit de leur donner les outils pour agir.

Mme Valérie KOJALAVICIUS tenait simplement à prendre la parole pour faire passer ce message.

Après avoir remercié Mme Valérie KOJALAVICIUS, **Mme Kaltoume DOUROUTI** soumet cette proposition liée au patient expert aux participants de la table ronde.

**Mme Anne PAVIOT** est sensible à cette idée de patient expert ; avant d'arriver au patient expert, elle évoque les patients témoins qui sont passés par les ateliers proposés par sa structure, et qui ont envie de parler de leur expérience de l'ETP à d'autres patients. L'équipe de Beauvais accueille et incite les patients pour qui les ateliers ont été très bénéfiques à venir témoigner et aider les autres. En cela, ils sont des parties prenantes au sein des ateliers.

Mme Anne PAVIOT tient également à informer qu'ils ont eu l'occasion de créer des outils éducatifs avec les patients, au cours de plusieurs mois. Cette expérience a été très enrichissante, et pour les patients, et pour les soignants, qui apprennent aussi beaucoup. Cela rejoint d'ailleurs ses propos précédents sur la nécessité de rester humble, en tant que soignant. C'est tout à fait vrai face aux maladies chroniques. C'est aussi de cette manière, en apprenant auprès des patients, que les ateliers et leurs thématiques évoluent, de manière à répondre aux besoins et aux attentes. Tout n'est évidemment pas parfait et tous ont encore besoin de se former mais les patients ont tout à fait leur place et la porte leur est grande ouverte dans les ateliers.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** demande à M. le Pr Maxime GIGNON si le patient expert, à l'instar du tuteur ou de l'aidant, est un maillon de la chaîne.

**M. le Pr Maxime GIGNON** répond par l'affirmative : c'est un formidable rôle d'ambassadeur. Il précise que ce n'est pas uniquement son point de vue, mais celui de la science. Ce sujet a été largement étudié, partout dans le monde, et c'est désormais validé : l'on a besoin de patients experts pour tout ce qui relève des programmes d'éducation thérapeutique. C'est une véritable plus-value, parce qu'ils ont une expertise qui est complémentaire de celle des professionnels de santé. Il est insisté sur ce caractère complémentaire, qui signifie qu'il ne s'agit pas de remplacer. Les patients ont une expertise appelée profane : ils ont l'expérience de la maladie, ils vivent avec, ce que ne font en général pas les professionnels de santé. Ces derniers pourront donner des aspects très théoriques sur le traitement, les causes du développement de la maladie, la manière de la gérer d'un point de vue médical, soignant. M. le Pr Maxime GIGNON fait part d'une expérience qu'il a vécue, jeune médecin, lorsqu'il participait à un atelier d'éducation thérapeutique pour les patients hémophiles. Les questions de ces patients étaient de savoir

comment conserver leur traitement alors qu'ils travaillaient dans le BTP et se rendaient sur des chantiers. Ce n'est pas lui qui allait répondre et, heureusement, il avait un patient expert à ses côtés, ce jour-là, qui a pu partager des conseils, y compris sur la sémiologie personnelle : le patient a des signes qu'il ressent et qu'il peut décrire, alors que le médecin ne connaît pas cet aspect. Cela permet vraiment un partage et c'est une plus-value indéniable.

M. le Pr Maxime GIGNON insiste sur le fait que cette affirmation est scientifiquement fondée et prouvée. Il n'y a donc pas de discussion à cet égard.

La question soulevée par Mme Valérie KOJALAVICIUS est autre : il s'agit de savoir comment l'on peut faciliter la participation des patients à ces programmes, en termes de formation, de reconnaissance. Sur ce sujet, il reste beaucoup de travail à faire. Quelques facultés de santé ont choisi d'intégrer des patients dans leur conseil de faculté, pour pouvoir participer à l'orientation des priorités de formation des étudiants en santé. C'est aussi une véritable plus-value et c'est à développer. Mme Olivia GROSS, patiente et chercheuse, travaille sur ces sujets et a beaucoup théorisé en la matière. C'est une évolution vers laquelle il convient qu'aillent tous les instituts de formation.

**Mme Kaltoume DOUROURI** invite aux dernières interventions dans la salle avant de passer à la clôture.

**Mme Élisabeth KORAL** souhaite apporter quelques précisions sur les patients experts et les formations. Ce sont des formations qui sont codifiées, comme les pairs-aidants. Il faut donc appeler l'ARS, qui est très au courant et suit ces formations, pour avoir des informations. Mme Élisabeth KORAL sait que c'est assez lourd ; c'est d'ailleurs pour cela que, dans sa structure, le choix s'est plutôt orienté vers le pair-aidant que vers le patient expert. Mais cela se fait et il y a aussi des facilités financières par l'ARS. Il lui semble qu'il existe des possibilités de prise en charge de formation.

**M. Olivier DAUPTAIN** informe que France Assos Santé a récemment publié une plaquette qui permet de clarifier ce que sont les représentants d'usagers, les patients partenaires – ce qu'il est également, et ce pour quoi il assure des heures d'ETP au sein d'un établissement – les patients experts et les pairs-aidants. Il a été constaté une certaine confusion dans de nombreux esprits, entre les nouveaux termes et les métiers émergents. La plaquette est téléchargeable sur le site, gratuitement, et permet une clarification utile. Il faut savoir que le monde évolue, notamment en termes d'accompagnements. M. Olivier DAUPTAIN espère que sera prochainement proposée une plaquette similaire sur les ambassadeurs santé, les médiateurs, par exemple. Ce sont encore d'autres terminologies et il convient de savoir qui fait quoi.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie M. Olivier DAUPTAIN pour ces informations très importantes.

**Mme Agnès PETIT** tenait à remercier les jeunes intervenants car cela lui donne beaucoup d'espoir par rapport à la prévention. En tant qu'éducatrice spécialisée, la prévention a été sa trame. Malheureusement, les effets de la prévention ne se voient pas aisément, alors que les financeurs demandent des statistiques ; par conséquent, ils ne financent plus. Mme Agnès PETIT a aussi été éducatrice dans une Maison des adolescents, qui a fermé du jour au lendemain, parce qu'il manquait des finances. Quand elle entend les réflexions des jeunes, cela lui donne de l'espoir. Il ne faut pas non plus oublier un élément dont il n'a pas été question : tous sont acculés, aussi bien les jeunes que les autres personnes présentes, parmi lesquelles les aidants ou les médecins, par tous les problèmes administratifs qui leur empoisonnent la tête, jusqu'au point de ne plus pouvoir être parents. Mme Agnès PETIT n'est pas contre les ordinateurs mais, au cours des nombreuses conférences auxquelles elle a assisté, et où étaient présents des neuropsychiatres, elle a appris qu'il fallait éviter l'ordinateur au moins jusqu'à l'âge de 9 ou 10 ans, pour que le cerveau du jeune

se construit. Les ordinateurs ne remplacent pas le temps qu'il faut pour faire de la prévention, le temps qu'il faut pour être parent, le temps qu'il faut pour faire une auscultation médicale.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie Mme Agnès PETIT pour ses prises de parole, tout au long de la journée, puis invite Mme Amandine DEJANCOURT à s'exprimer.

**Mme Amandine DEJANCOURT** souhaite revenir sur le sujet des financements et des formations. Elle informe que, dans le cadre de l'actualisation du projet régional de santé, il existe un objectif sur le développement de l'aller vers et de la médiation santé et que, à ce titre, sera inscrit un objectif de renforcement de la place des patients experts, consistant notamment à les accompagner dans le cadre de leur formation. La pair-aidance fait aussi partie des objectifs du PRS, tout comme la question des ambassadeurs santé mentale. Ces éléments sont sortis des réunions du Conseil national de refondation en santé et c'est pour cela qu'il en a été fait un objectif à part entière dans le PRS, avec l'idée de développer de manière beaucoup plus massive l'ensemble de ces dimensions d'aller vers et de médiation en santé, avec les moyens financiers qui iront avec.

**Mme Kaltoume DOUROURI** s'en réjouit et remercie l'ensemble des intervenants. Elle invite les participants à la dernière table ronde à regagner la salle puis se tourne vers M. le Pr Maxime GIGNON afin qu'il rejoigne le pupitre pour l'exposé de sa synthèse.

## SYNTHÈSE ET CLÔTURE

- **Pr Maxime GIGNON**, Médecin et Coordonnateur du pôle santé publique, préventions et épidémiologie au CHU d'Amiens-Picardie, Professeur des Universités à l'UPJV et Président de l'OR2S Hauts-de-France, en sa qualité de Grand Témoin à la journée
- **Christine TREPTE**, Présidente de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) de la CRSA Hauts-de-France
- **Frédéric BRZOZOWSKI**, Président de la Commission spécialisée Prévention de la CRSA Hauts-de-France
  
- **Synthèse, par M. le Pr Maxime GIGNON, Grand Témoin**

**M. le Pr Maxime GIGNON** reconnaît que la synthèse est un exercice compliqué face à des échanges qui ont été particulièrement riches et variés. Il a l'impression qu'au terme de cette journée d'échanges, a été brossé très largement le champ de la prévention et de la place des usagers dans cette thématique complexe.

Cette complexité est apparue à travers les différentes interventions : il s'agit de toucher à l'éducatif, au social. L'une des participantes a soulevé un point très important et qu'il faut rappeler, lorsqu'elle a affirmé que les familles avaient d'autres priorités, notamment parce que les fins de mois sont compliquées, parce qu'il y a des enjeux socio-économiques et que, dans un contexte d'inflation tel que celui vécu actuellement, parler de prévention et de santé est un acte de résistance.

Toutes les études de santé publique montrent que, quand les gens sont préoccupés par des besoins quasiment de survie – pouvoir boucler la fin du mois, nourrir sa famille et la mettre en sécurité dans un logement – la santé passe après. C'est toujours le cas. C'est aussi le fondement des inégalités de santé : l'on s'intéresse à sa santé et à la prévention, l'on prend soin de sa santé, à travers les dépistages, la vaccination, quand on est en sécurité sur le plan matériel. C'est un véritable enjeu et ce n'est malheureusement pas déconnecté des difficultés économiques vécues par nombre de concitoyens. C'est un aspect qu'il est important de garder à l'esprit. Si l'on veut améliorer la santé des populations et les intéresser à la prévention, il faut déjà régler ce problème d'accès à des ressources financières minimales et d'accès à l'éducation.

L'accès à l'éducation est un enjeu qui a aussi été évoqué au cours de cette journée, notamment à travers le repérage langagier, qui comprend un enjeu d'éducation à la parentalité, qui commence dès le tout jeune âge.

Il a aussi été question d'interface avec la prise en charge en soins. M. le Pr Maxime GIGNON suppose que tous partagent le constat que le système de santé actuel n'est pas au mieux de sa forme, même si certains ont rappelé qu'il était l'un des meilleurs au monde. Il l'a été mais sont actuellement connues des difficultés en matière d'accès aux soins dans différents secteurs ou spécialités, concernant divers professionnels. Il est compliqué de faire du repérage – puisqu'en prévention secondaire, il s'agit de repérer et de dépister – si les filières de soins censées intervenir par la suite sont saturées. Ce sujet a été évoqué pour les orthophonistes, mais c'est aussi le cas, par exemple, en santé mentale et parfois même dans les filières

cancer, qui ne sont pas aussi fluides qu'elles pourraient l'être dans les territoires des Hauts-de-France, notamment en termes d'accès aux examens dans un temps qui soit le plus court possible. C'est un système complexe, entre le curatif, qui doit pouvoir fonctionner correctement, et le préventif, qui doit être développé.

D'autres enjeux importants ont été abordés, sur la participation des usagers. Au cours de la pause déjeuner, M. le Pr Maxime GIGNON a échangé avec certains d'entre eux et, lors de ces discussions, il a été souligné qu'il était très intéressant de voir s'opérer des décloisonnements, avec des présentations de la CPAM ou de l'Éducation nationale. Il apparaît qu'un nombre croissant de projets se développe en direction du travailler ensemble. Pourtant, les représentants d'usagers ont exprimé leur sentiment d'être encore un peu en dehors de cela : ils sont impliqués dans des structures, principalement hospitalières mais, s'agissant de la possibilité de participer et de tenter d'orienter les actions, ils s'interrogent sur leur place. M. le Pr Maxime GIGNON est d'avis qu'il reste des pas à faire sur cette implication des usagers dans les actions de prévention sur les territoires, au plus près des acteurs de terrain. Ainsi que cela a pu être constaté, les usagers sont acteurs eux-mêmes et c'est un élément important.

M. le Pr Maxime GIGNON défend l'idée que tous sont acteurs, dans leurs compétences, dans leurs rôles. C'est clairement ensemble, en échangeant, en se respectant, qu'il devient possible de proposer, à partir d'un diagnostic partagé, des solutions qui peuvent être innovantes. C'est ce qui fait la richesse du champ de la prévention : ce qui peut être mis en place à Amiens part du diagnostic local établi par les acteurs locaux en présence, et de ce qu'ils pourront faire ensemble. Ce sera peut-être différent de ce qui sera fait dans le Douaisis, le Hainaut ou le Cambrésis.

C'est un aspect particulièrement important. M. le Pr Maxime GIGNON sait que l'ARS est en train de revoir son PRS. Dans cette démarche, il y a quelque chose à mettre en place. Il s'agit de voir comment réunir l'ensemble des acteurs, institutionnels, élus locaux, professionnels de santé, quels qu'ils soient. A été évoquée la place centrale du médecin généraliste ; il a aussi été question des pharmaciens, avec l'axe dépistage, ou de la santé des femmes, avec la place des sages-femmes, notamment libérales, qui ont un rôle à jouer en complémentarité de l'accès aux gynécologues. Il faut intégrer l'ensemble de ces acteurs, sans oublier les représentants d'usagers locaux, pour voir, ensemble, comment mobiliser le tissu associatif, les élus locaux, et trouver des solutions qui seront personnalisées selon les besoins du territoire.

Il semble à M. le Pr Maxime GIGNON que la piste se trouve là ; il reste à déterminer comment arriver à la mettre en place. C'est quelque chose qui les concerne tous et qui l'invite à poser à ses interlocuteurs la question suivante : « Après cette journée, comment allez-vous mettre cela en place ? »

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie M. le Pr Maxime GIGNON puis passe la parole à Mme Christine TREPTE, Présidente de la Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA des Hauts-de-France.

### ➤ [Mme Christine TREPTE, Présidente de la CSDU](#)

**Mme Christine TREPTE** tient à remercier ceux qui sont restés jusqu'à la fin de cette journée, qui a été longue, riche et pleine d'émotions. Elle tient toutefois à partager son point de vue, affirmant que l'on est quand même un peu hypocrite. On n'a pas assez de communication, on ne sait pas à qui s'adresser, on a le numérique. Mais il faut quand même dire que « la prévention, c'est d'abord notre affaire ». Certes, ce

n'est pas facile, mais Mme Christine TREPTE se demande si ce n'est pas parfois une excuse vite avancée pour ne pas faire son dépistage, parce qu'on a peut-être quelque chose mais qu'on préfère ne pas savoir. Il est vrai qu'il est plus agréable de se sentir en bonne santé, de se dire qu'on n'a pas de problème, que de se lancer dans un dépistage.

De nombreux points peuvent être améliorés ; M. le Pr Maxime GIGNON est d'ailleurs remercié de l'avoir dit. Il y a énormément de choses qui existent, y compris en dehors des dépistages nationaux programmés. Mme Christine TREPTE souligne que tous sont des usagers et reconnaît qu'elle est toujours un peu gênée quand on leur oppose parfois les professionnels, car ceux-ci sont aussi usagers et sont susceptibles de tomber malades, même s'ils sont médecins. Il faut commencer par soi-même. Mme Christine TREPTE ne parle même pas des représentants des usagers : il s'agit que chacun, dans sa famille, lui-même, se mette face à sa santé et reconnaisse qu'il n'est pas impossible qu'il ait un petit problème. L'on sait aujourd'hui qu'un très grand nombre de maladies, notamment de cancers, peut être soigné, si elles sont prises assez tôt. C'est aussi dans cette perspective qu'a été choisie la thématique de cette journée : « c'est d'abord notre affaire », avant de reprocher aux autres de ne pas faire leur travail pour que l'on reste en bonne santé. C'est aussi l'affaire de chacun de rester en bonne santé. Certes, il y a des choses qui ne peuvent pas être empêchées. Mme Christine TREPTE évoque sa situation personnelle : elle est en fauteuil et elle ne pouvait pas l'empêcher. Elle insiste sur le fait qu'elle est handicapée et pas malade. S'adressant en particulier à M. le Pr Maxime GIGNON, elle observe qu'elle ne peut pas savoir s'il est atteint d'une maladie chronique, s'il est en stade terminal – ce qu'elle ne lui souhaite évidemment pas. Par cet exemple, elle entend souligner un élément important. Lorsque c'est visible, l'on va dire à quelqu'un qu'il a quelque chose, parce qu'il est amputé ou en fauteuil, par exemple. Cela ne veut pas dire que la personne d'à côté n'a pas un cancer du sein, ou une maladie chronique, ou n'est pas dans l'attente d'une greffe de rein, sans savoir si elle sera encore là l'année prochaine. C'est toute l'importance de la prévention.

Mme Christine TREPTE constate qu'ont été créés de nombreux ambassadeurs. Elle aimerait ajouter des ambassadeurs de la prévention, dans les associations, dans les institutions, dans les organismes gestionnaires. Cela ne doit pas nécessairement venir de la CPAM. Cela peut aussi venir des citoyens, dans un comité de quartier, où une personne peut faire part de son expérience, expliquer qu'elle a vaincu une maladie et qu'elle se tient à disposition pour en discuter avec qui veut, pour souligner l'importance de la prévention, en précisant où elle a fait son dépistage et en mettant en avant le fait qu'on l'a guérie. Si tous partent avec cette idée, Mme Christine TREPTE estime que la journée aura été gagnée et le travail réalisé pour l'organiser n'aura pas été vain, par M. Frédéric BRZOZOWSKI, elle-même et leurs deux commissions, avec le soutien de l'Agence régionale de santé, en particulier la démocratie en santé et la direction de la Prévention. Elle tient d'ailleurs à les remercier, ainsi que Mme Kaltoume DOUROUTI, M. Philippe TASTET, leur dessinateur, mais aussi les professionnels qui ont assuré la vélotypie tout au long de la journée pour permettre aux personnes sourdes et malentendantes de suivre les échanges.

**Mme Kaltoume DOUROUTI** remercie Mme Christine TREPTE et invite M. Frédéric BRZOZOWSKI à prononcer le mot de la fin.

### ➤ [M. Frédéric BRZOZOWSKI, Président de la CSP](#)

**M. Frédéric BRZOZOWSKI** tient à remercier à son tour Mme Christine TREPTE et la Commission des usagers d'avoir invité la Commission spécialisée Prévention. Il rappelle que la prévention, ainsi que cela a

été entendu, c'est tout au long de la vie. Dans cette conclusion, il souhaite évoquer des axes, avec des repères, avec un axe tout au long de la vie, mais aussi un axe sur le territoire des Hauts-de-France, à la fois en milieu rural et en milieu urbain. C'est également un axe de métiers, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, pairs-aidants, patients experts, aidants – pour lesquels il est observé que, même s'il ne s'agit pas d'un métier, il y a une reconnaissance à avoir.

Les thématiques ont été très nombreuses, autour des addictions, de la santé mentale, du diabète, de l'alimentation, notamment. Aux yeux de M. Frédéric BRZOZOWSKI, la prévention prend un peu une forme de cube, avec des axes multiples, qu'il s'agit de mettre en musique.

Au regard de la qualité de cette journée, cela donne aussi l'envie à la Commission spécialisée Prévention d'imaginer d'autres journées, avec des thématiques spécifiques, où seront invités les collègues de la Commission des usagers.

M. Frédéric BRZOZOWSKI souhaite à nouveau adresser des remerciements à l'ensemble des participants et en particulier à l'ARS, pour son soutien. En tant que président, il observe que c'était assez facile : les mails sont faits automatiquement et l'organisation était superbe. Il convient donc de remercier l'ensemble de l'équipe de l'ARS.

**Mme Kaltoume DOUROURI** remercie à son tour tous les intervenants des trois tables rondes, ceux qui ont fait l'ouverture et la conclusion, ainsi que le Grand Témoin, dans tous les sens du terme, qu'a été M. le Pr Maxime GIGNON. Ces remerciements doivent être étendus aux équipes techniques de Mégacité et à ceux qui ont filmé. Certains participants l'ont interrogée sur la possibilité de revoir cet événement et Mme Kaltoume DOUROURI confirme qu'il a été filmé ; elle suppose que ce sera disponible sur le site internet de l'ARS. Elle invite Mme Magalie SCHRYVE à apporter quelques précisions sur ce point.

**Mme Magalie SCHRYVE** explique qu'un enregistrement de la journée sera mis sur le site internet de l'ARS. Il conviendra toutefois de leur laisser un peu de temps pour séquencer les différents temps forts de la journée.

Mme Magalie SCHRYVE tient également à informer les participants que, comme les années précédentes, un questionnaire de satisfaction leur sera transmis, dès le lundi suivant. L'équipe reste également à leur disposition pour toute question. Le programme détaillé reprend également les contacts et les coordonnées des intervenants et des participants des tables rondes.

L'objectif de la journée était de prendre des contacts et de véhiculer les bonnes initiatives mises en place dans les Hauts-de-France. Mme Magalie SCHRYVE espère que cette mission aura été accomplie puis donne à tous rendez-vous pour l'année prochaine.

**Mme Kaltoume DOUROURI** souhaite à tous une bonne soirée et un bon retour, les remerciant à nouveau pour leur présence.