**PROJET**

**CR du groupe parcours de soins (accès et continuité des soins)**

**Réunion 9 mars 2023**

Présents :

* Bernard Elghozi (MG Créteil – président CSSM 94)
* Claude Cottet (CLVC)
* Jean Amar (FSU Collège usagers retraités)
* André Tardieu (CPTS OCTAV)
* Aurélie Fournier (CPTS Autour du bois)
* Isabelle Baldisser (CPTS de la Bièvre)
* Emmanuelle Secleppe (Cheffe de projet e-parcours DAC 94 ouest)
* Dominique Bourgeois - Devaud (CDOMK)
* Camille Bernard (DAC 94 ouest)
* Stéphanie Mahieu (DAC 94 ouest)
* Eric Lecarpentier (AP-HP SAMU 94)
* Renaud Bray (ARS DD 94)
* Régis Gardin (ARS DD 94)
* Céline Gunther (CPAM 94)
* Ludmila Ruster (CPTS Champigny)
* Marianne Petit (CMS Ivry-sur-Seine)
* Nicolas Noel (AP-HP Médecine interne Bicêtre)
* Denis Ducasse (AP-HP Bicêtre)

Rappel du contexte :

Le Conseil territorial de Santé 94 (CTS 94) souhaite poursuivre la dynamique territoriale créée à l’occasion de la concertation « Conseil National Refondation Santé » lancée par le gouvernement à l’automne 2022 et s’appuyant sur les CTS, pour identifier des propositions d’amélioration du fonctionnent du système de santé du territoire.

Au-delà du CNR et de la préparation en cours du nouveau Projet régional de santé (PRS3) par l’ARSIF, le CTS souhaite aussi inscrire ses travaux dans la durée de son mandat (5 ans) et les structurer en ~~en~~ s’appuyant sur quatre groupes de travail thématiques et permanents.

* Santé mentale (animateur B. Elgozhi)
* Prévention et promotion de la santé (animateur Martine Antoine)
* Accès et continuité des soins par regroupement de 2 groupes de la phase CNR : accès au médecin traitant, permanence et continuité de soins : (animateur Marianne Petit, coanimation Nicolas Noel et Denis Ducasse)
* Mobilisation de toutes les politiques publiques pour la santé (animation Yves Talhouarn)

L’objet de la séance de ce jour du GT « Accès et continuité des soins » est d’extraire au sein des propositions émises lors de la phase CNR, des actions prioritaires (3 ou 4 max), à impact opérationnel rapide et d’identifier les conditions de leur réussite et les moyens à mettre en regard.

Ce travail doit alimenter la contribution du CTS au projet régional de santé qui sera discutée lors de la sa séance plénière du 16 mars.

Les différentes propositions retenues par le CTS (sont rappelées (CR de la séance de 23 novembre sur la restitution CNR jointe en annexe). Certaines ont déjà fait l’objet de fiches action rédigées. Certaines font l’objet d’une expérimentation en cours (CAMI) sans recul suffisant à ce stade pour envisager leur déploiement.

Il ne s’agit pas de remettre en cause les actions identifiées qui ont toutes leur cohérence et doivent être portée sur les différents niveaux de responsabilité : gouvernement, agence régionale, acteurs du territoire.

Il s’agit plutôt de mettre en exergue des actions que le CTS souhaite particulièrement voir impulser, en raison de leur utilité, de leur portée opérationnelle rapide, de leur transversalité, de leur capacité à mobiliser et fédérer les acteurs locaux.

L’échange permet de faire émerger deux priorités mais également des éléments de méthodes.

Les deux actions prioritaires dégagées à ce stade portent sur :

* Le bon usage de l’offre de soins sur le territoire par le développement de l’information et des savoirs de la population pour le recours aux soins
* L’amélioration de la coordination des parcours ville hôpital dans les deux sens (ville hôpital et hôpital ville) en y intégrant le médico-social.

Concernant les éléments de méthode, plusieurs principes se dessinent :

* Faire confiance aux acteurs : le souhait est de co-construire des actions et des coopérations de terrain et pas seulement de décliner des protocoles de manière verticale et descendante (par ex des protocoles de délégation médecin –infirmière). Si le partage d’outils et référentiels communs est souhaitable, ces derniers doivent être conçus pour pouvoir être déployés et adaptés à des contextes différenciés.
* Partager l’information sur les travaux et démarches en cours.  De fait, il est constaté que plusieurs démarches sont déjà lancées dans certaines CPTS pour développer des outils de coordination sur certains parcours, le cas échéant avec l’appui des DAC. Il parait important de recenser les projets en cours sur le département (porteurs, thèmes, avancement…) et de s’assurer que les retours d’expérience sur les projets sont réalisés. L’enjeu est de veiller à la complémentarité~~s~~ des efforts, de limiter les redondances et rechercher une synergie entre les actions des entités notamment celles ayant un rôle de coordination territoriale (CPTS , DAC….)
* Les démarches d’amélioration ne peuvent reposer uniquement sur des bonnes volontés. Elles doivent être appuyées par l’ARS et les institutions parties prenantes, afin de permettre de dégager le temps professionnels nécessaire pour faire aboutir les projets. Il est important d’identifier et mobiliser les financements possibles sur les dispositifs et guichets existants de l’ARS ou de la CPAM ou de recourir à des financements dédiés si l’annonce d’un abondement financier spécifique des actions territoriales CNR était confirmé.
* S’appuyer sur les savoirs expérientiels des patients, usagers et des aidants pour l’évaluation~~s~~ des actions et des expérimentations; Les représentants des usagers présents indiquent la possibilité de mobiliser pour ce faire un groupe existant d’une cinquantaine d’usagers
* Les modalités de pilotage des projets devront être clarifiées, en lien avec les missions des différents acteurs concernés et en cohérence avec les instances de pilotage existante (par COPIL SAS pour les soins non programmés).

Les deux actions prioritaires devront être encore précisées dans leurs contours, leur maille territoriale et leurs conditions de mise en œuvre.

L’action du bon usage de l’offre de soins doit pouvoir s’inscrire dans les actions en cours sur l’organisation des soins non programmés et la mise en œuvre du SAS.

Concernant l’action sur la continuité des soins ville hôpital, les points suivant devront être intégrés :

* Importance d’y inclure le champ du médico-social notamment l’articulation avec les EHPAD mais également les structures et acteurs concourant au maintien à domicile (cf discussion précédente sur la sortie d’hospitalisation)
* Importance d’articuler entre elle les différentes fonctions de coordination en cours de structuration dans les hôpitaux, des CPTS voire les DAC ; N. Noel propose d’expliciter l’organisation testée au sein de l’hôpital Bicêtre.
* Les travaux en cours sur le développement d’outils de coordination : DAC 94 ouest, CPTS autour du bois, CPTS Octave avec le CHIV
* Les questions du déploiement des nouveaux métiers concourant à la gestion de parcours et au soutien des équipes médicales : IPA, Infirmière de coordination, assistants médicaux voire aussi les pratiques avancées de MK
* Le choix des parcours à travailler en priorité : patient gériatrique, patient polypathologique complexe…
* La question de la conciliation médicamenteuse
* ../…

Ces premières propositions du GT seront partagées et soumis à la discussion lors du CTS plénier du 16 mars. Les animateurs reviendront ensuite vers le GT pour approfondissement de la réflexion et des propositions (date à fixer).