

Séance du 12 septembre du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne

Délégation départementale de l'Essonne

COMPTE-RENDU

Ordre du jour

- **Soins non programmés et soins urgents en Essonne : enjeux et projets**
- **Point sur le Guichet Réclamation en Santé (GReS)**

Le quorum est atteint pour la 8^{ème} séance de l'année 2019, du Conseil territorial de santé de l'Essonne :

- 35 membres présents dont 22 titulaires et 13 suppléants
- 19 membres excusés et 2 représentés
- 2 invités

La séance est ouverte par Philippe NASZÁLYI, président du Conseil territorial de santé de l'Essonne à 9h45.

Ont demandé à être excusés :

- Mesdames, Cécile ALOMAR (représentée par M^{me} Laurence GOBERT), Isabelle BUKHARD; Isabelle CIZEAU, Annie CHOQUET, Odile DAVID, Fatima SAID DAUVERGNE, Dominique ERGAND, Natacha HIOLIN, Françoise MARHUENDA, Marie-France MAUGOURD, Jacqueline MOREL, Roselyne RAFFESTIN
- Messieurs, Eric AUGER, Gérard AUSSEIL, Thierry de MONTGOLFIER, Dominique DREUX, Hervé GAUTIER, Marc LAVAUD, Thierry SCHMIDT

Philippe NASZÁLYI relate les principaux points qui seront abordés au cours du CTS.

Il souligne la mission confiée par l'ARS Ile-de-France aux Docteurs Patrick PELLOUX et Georges SIAVELLIS, URPS médecins libéraux, visant à l'amélioration de la prise en charge des soins non-programmés.

Il remercie vivement l'agence pour la préparation de ce dossier d'actualité et pour son apport d'informations au CTS.

Le Guichet Réclamation en Santé (GRoS) sera présenté par Christine BELLOT-CHAPIGNON. Le président remercie Danielle VALÉRO pour l'inauguration de la mise en service d'un guichet d'accès aux droits à Evry-Courcouronnes qui devient le 3^{ème} point d'écoute qui s'ouvre en Essonne.

Philippe NASZÁLYI et Vincent CLUZAUD ont rencontré leurs homologues des départements de Loir-et-Cher et des Deux-Sèvres. Le GAARS (Guichet d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé) qui est le nom officiel et que nous avons refusé car la prononciation « garce » ne nous paraissait pas indiquée est, en Loir-et-Cher, basé au sein de l'hôpital de Blois et a été confié à la gestion de l'URAAS de la région Centre-Val de Loire

Le guichet des Deux Sèvres est géré par l'UDAF. Le président précise que l'échange a été enrichissant, qu'il a permis de tirer des expériences différentes selon les modes de fonctionnement propres à chaque territoire.

Les présidentes du CTS du Lot et Lot et Garonne et vice-présidentes de leur département respectifs ont été visitées cet été par Philippe NASZÁLYI fait part de leur souhait de travailler ensemble à la création de conférence des conseils territoriaux de santé française.

Ceci étant exposé, ce ne sont que les premiers rudiments sur lesquels Philippe NASZÁLYI propose de discuter après le CTS, lors de la séance du bureau.

Le Président salue la nomination de Patrick LECUYER, Directeur adjoint de la direction départementale de la Cohésion sociale en remplacement d'Annie CHOQUET devenue Directrice et l'installe officiellement comme membre suppléant.

Patrick LECUYER exprime ses remerciements de bienvenue.

Julien GALLI- ARS, Directeur départemental, définit d'une manière globale, le concept de la prise en charge en soins non programmés, thème hautement d'actualité puisque présenté le 9 septembre 2019 par Agnès BUZYN, ministre des Solidarités et de la Santé, relatif au «Pacte de refondation des urgences» comprenant 12 mesures clés. Seuls 3 mesures seront abordées. Elles s'inscrivent dans les travaux menés en Essonne. Régulièrement, l'ARS traite ces sujets avec les acteurs du système de santé pour une meilleure coordination entre SAMU et SDIS, transporteurs sanitaires, mais aussi Préfecture, et Conseil départemental.



Soins non programmés et soins urgents en Essonne : enjeux et projets

Présentation par **Demba SOUMARÉ**, responsable du Département Etablissements de Santé Délégation départementale 91

► Offre de soins urgents en Essonne : SAU et SMUR

Présentation de la carte qui matérialise les 11 sites d'urgences de l'Essonne, caractérisée par les légendes suivantes :



4 Etablissements publics avec services d'accueil des Urgences (SAU) Adultes et Pédiatriques :

► CH Dourdan, CH Longjumeau, CH Orsay, CHSF

Concernant le CH d'Arpajon, la structuration des locaux (SAU adultes/SAU pédiatriques) n'est pas encore finalisée, des travaux sont en cours.

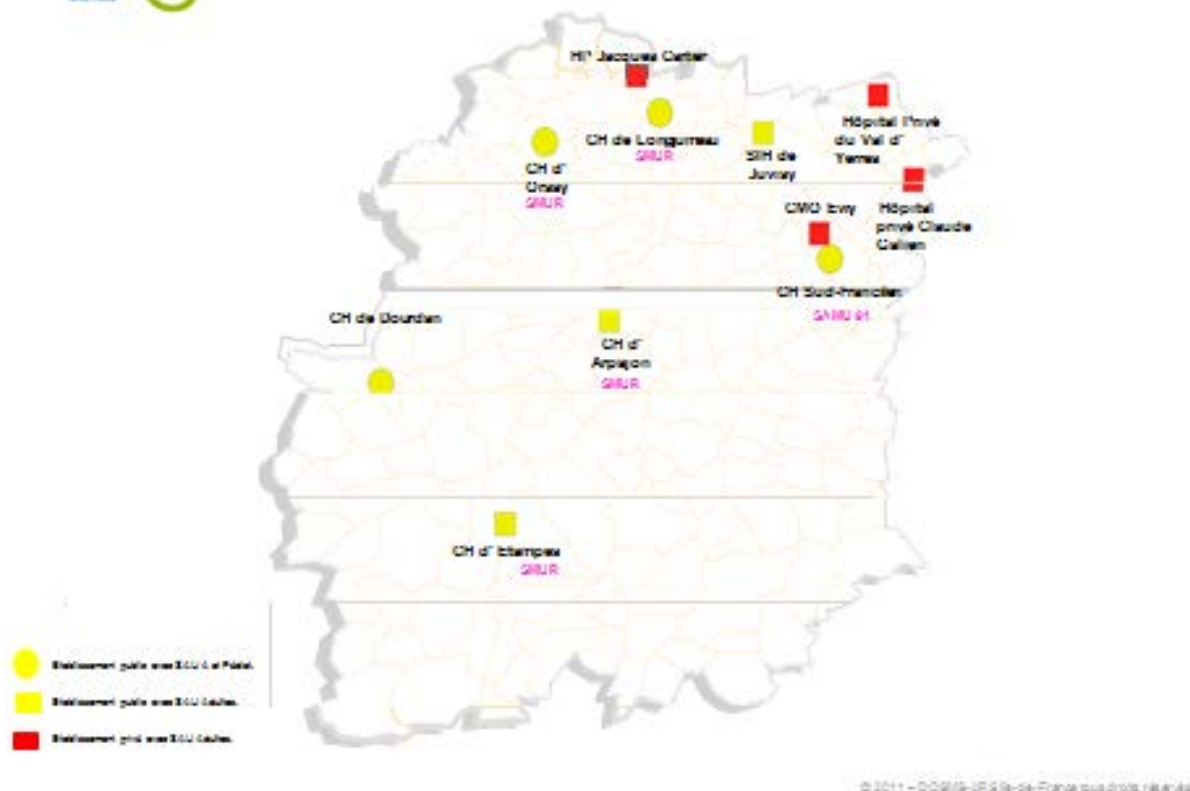


Etablissement privé avec SAU Adultes



Etablissement public avec SAU Adultes

Les SMUR : 1 SMUR central (CHSF) unité fonctionnelle du SAMU 91 à Corbeil, et 4 SMUR périphériques (Etampes, Orsay, Longjumeau et Arpajon).



► Offre de soins urgents : capacité des SAU en lits d'Hospitalisation de Courte Durée (HCD)

L'unité d'hospitalisation de courte durée (HCD) adultes et pédiatriques accueille les patients examinés aux urgences, pour un temps d'observation ou d'exams complémentaires avant le retour à domicile ou le transfert vers un service adapté à leur pathologie.

ETABLISSEMENTS	ADULTES	PEDIATRIQUES
CHSF	24	4
CH LONGJUMEAU	10	-
CH D'ORSAY	8	-
CH DE JUVISY	2	-
CH D'ARPAJON	3	-
CH D'ETAMPES	5	-
CH DE DOURDAN	4	-
CMCO DU MOUSSEAU	5	-
HPC GALIEN	5	-
HPJ CARTIER	6	-
HP DU VAL D'YERRES	3	-
TOTAL	70	4

► Offre de soins urgents du 91 : activités des SAU de 2016 à 2018

Recensement des urgences pédiatriques et adultes sur les trois dernières années : l'activité est quasi-stable, comme le démontre le nombre de passages aux urgences :

► 2016 : 419 000 | ► 2017 : 420 934 | ► 2018 : 405 155

La baisse d'activité en 2018 peut s'expliquer par l'activité du CCSU de Longjumeau qui enregistre 14 490 dossiers.

Derrière ces chiffres stables, il existe des disparités selon les établissements.

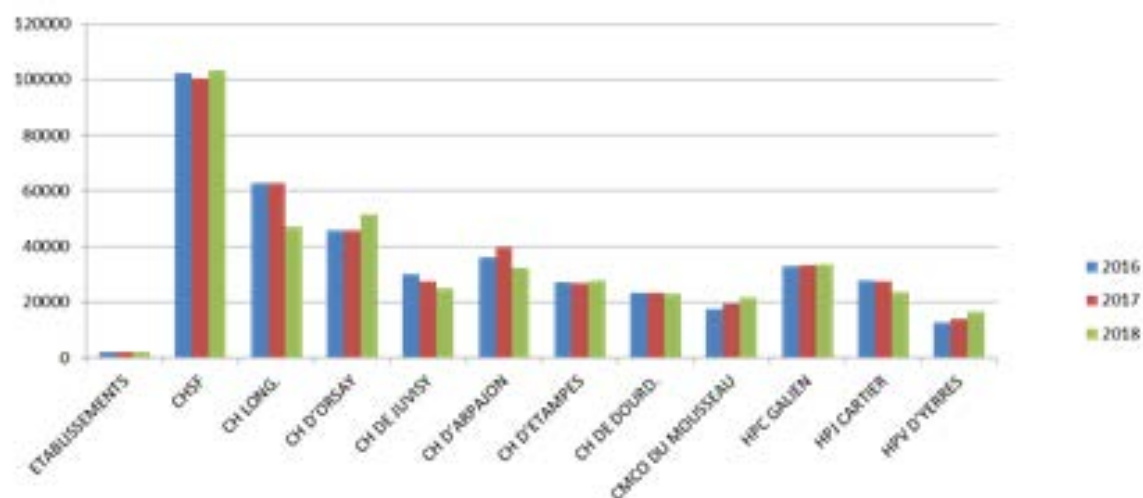
L'activité du CHSF est en baisse par rapport à 2015 (110 000 passages).

En revanche, le CMCO, implanté sur le même bassin que le CHSF, a développé une forte activité 22 % en trois ans.

L'hôpital privé Jacques Cartier connaît une forte baisse d'activité liée au transfert du service chirurgie cardiaque dans le département 92.

En 2015, le CH d'Arpajon a connu une forte activité, puis une stabilisation en 2016 et 2017 avec ensuite, un taux d'activité à la baisse en 2018.

L'hôpital privé du Val d'Yerres accroît son activité de 29 % en 3 ans notamment en chirurgie suite à une restructuration après son rachat par le groupe ALMAVIVA Santé.



► SAMU-SMUR de l'Essonne

Julien GALLI -ARS, Directeur départemental, excuse le Docteur Georges-Antoine CAPITANI, directeur du SAMU, absent en raison d'une réunion au ministère à laquelle il ne pouvait se soustraire.

Une plateforme de régulation commune, située à Corbeil Essonne, entre le SAMU et le SDIS permet une coopération plus optimale entre les équipes. L'équipe du SAMU est composée d'assistants de régulation médicale (ARM), de médecins urgentistes et de médecins généralistes.

Le SMUR adossé au CHSF dispose de 2 équipes : médecin, infirmier, ambulancier dont une équipe active de 8h à minuit. Elles assurent les interventions primaires du CHSF et les renforts sur les secteurs périphériques : Arpajon, Étampes, Juvisy, Longjumeau, Nord-Est Villeneuve-Saint-Georges.

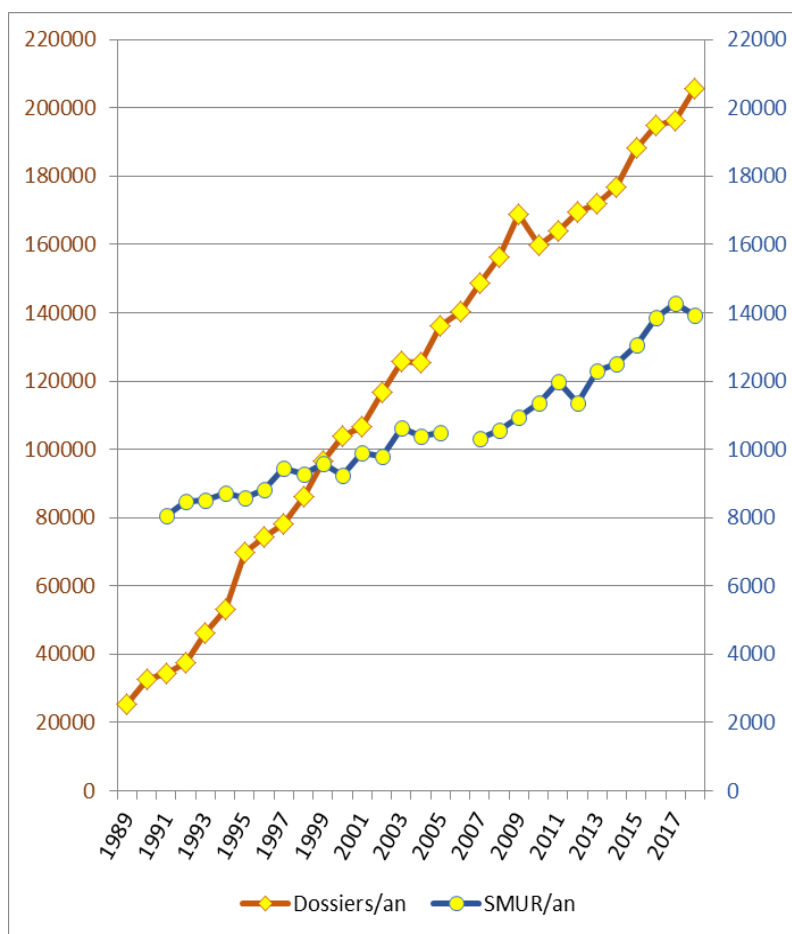
SAMU-SMUR : Activité

- Forte hausse d'activité de régulation sur les 30 dernières années
- Hausse plus modérée, mais régulière de l'activité des SMUR sur la même période

Pour 2018 :

- 205 581 dossiers traités ⁽¹⁾ par les généralistes
- dont :
- 122 493 dossiers traités par les généralistes
 - 45.075 dossiers traités par les urgentistes ; la complexité de ces dossiers explique leur ratio par rapport à ceux traités par les médecins généralistes.
- 13 935 interventions SMUR

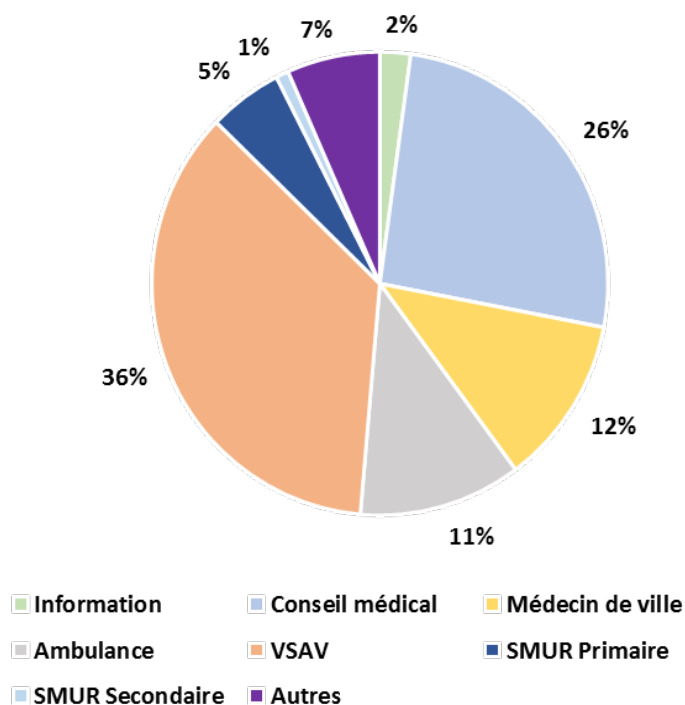
⁽¹⁾ le dossier traité qualifie chaque étape du déroulement de celui-ci jusqu'à déterminer une décision



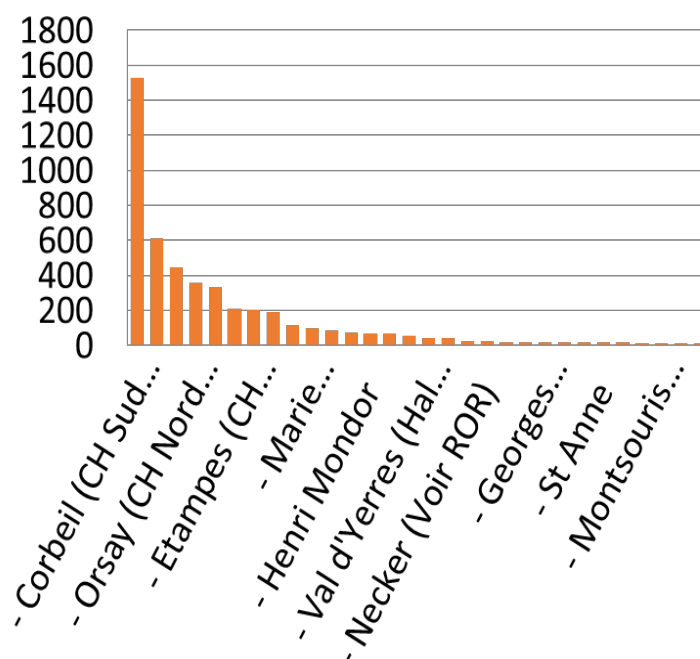
DÉCISIONS - ORIENTATIONS 2018

Les patients sont orientés majoritairement vers le CHSF (1 500 orientations/an), suivi par les centres hospitaliers de Longjumeau, Orsay et Étampes.

Décisions 2018



Orientations 2018



Philippe NASZÁLYI est étonné par le nombre d'appels reçus car il ne correspond pas forcément à des situations d'urgences, mais relève d'avantage de demandes d'information ou de conseils médicaux. Il demande si ces appels sont bien orientés.

Nathalie KHÉNISSI (ARS- médecin responsable du département ambulatoire et services aux professionnels de santé, délégation départementale 91) répond qu'une campagne de sensibilisation lancée par l'ARS depuis quelques années, incite les Franciliens à contacter le 15 quelle que soit la pathologie ressentie et pas seulement en cas d'urgence vitale.

Julien GALLI - ARS, Directeur départemental, rappelle que le SAMU a pour rôle d'évaluer si le cas relève d'une prise en charge par les urgences ou bien d'une autre orientation. La difficulté d'engorgement rencontrée par le service des urgences est due aux personnes qui se présentent spontanément pour des examens qui relèvent de la médecine générale.

Eric SIRÉ (Suppléant – Collège 1C - représentant les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé) demande comment sont analysés les passages aux urgences et comment est déterminée l'urgence ?

Romain LACAUX, (Titulaire – I a : représentants des personnes morales gestionnaires) qui représente les hôpitaux privés Claude Galien de Quincy-sous-Sénart, Jacques Cartier de Massy et la Clinique du Mousseau-CMCO d'Evry, confirme le principe de vases communicants entre le CHSF et la Clinique du Mousseau-CMCO d'Evry en raison de leur proximité géographique. Il a constaté une forte croissance de la prise en charge par les urgences de la Clinique du Mousseau-CMCO d'Evry de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) de type 1 et 2 car la durée d'attente pour les patients y est moins importante qu'au CHSF.

Sur le site de l'hôpital Claude Galien, à Quincy-sous-Sénart, le niveau de types 1 et 2 diminue. En revanche une forte augmentation de types 3, 4 et 5 nécessite plus de temps médical et paramédical pour traiter des patients la lourde pathologie. La difficulté reste le recrutement de ce personnel.

Quelques chiffres qui démontrent une disparité sur les typologies : exemple Claude Galien pour la CCMU 2 est de 72 % et la CCMU 3 est de 18 % contre 5,83 % pour le public.

Demba SOUMARÉ (ARS-responsable du Département Etablissements de Santé Délégation départementale 91) précise que l'ARS n'a pas les moyens de distinguer pour chaque établissement, la part des patients relevant réellement de l'urgence de celle relevant de la médecine de ville. Cependant, au regard des 25 % des patients orientés au CCSU de Longjumeau qui ne relèvent pas d'une prise en charge aux urgences, on peut estimer le pourcentage des patients de la médecine de ville qui vont aux urgences.

Vincent CLUZAUD fait part d'une expérience récente suite à une chute. Après avoir contacté SOS Médecins 91, il s'est rendu au CCSU qui l'a orienté vers les urgences où il a été redirigé vers le CCSU.

Docteur Philippe PARANQUE (Invité –Président de SOS Médecins 91) ajoute que le CCSU n'est pas un terme qui s'inscrit dans le protocole. Pour une politique d'amélioration des soins, il demande que soit recentrée la réflexion sur les données chiffrées entre la permanence des soins et l'activité de continuité de soins de jours. En 2001, les médecins généralistes ont fait un mouvement national pour décider de ne plus assurer de permanence de gardes organisée par les associations d'amicales de médecins. En 2004 dans l'Essonne, une convention Préfecture/DDASS a été co-signée, suite au schéma départemental de la permanence des soins proposé par un collectif de médecins. Le département de l'Essonne a donc été le précurseur en France du système organisationnel actuel de permanence des soins. Il conclut que dans un contexte de démographie médicale en baisse, l'accessibilité aux soins non programmés est devenue un enjeu majeur environnemental.

Patricia LUBELSKI (Titulaire – Collège 1D représentant les professionnels de santé libéraux – Médecins) réagit sur la problématique d’affichage du service de pédiatrie des urgences de Longjumeau. L’orientation des patients se fait vers le CCSU dépourvu de service de pédiatrie. La prise en charge est, par conséquent, assurée par le CHSF.

Quant aux plateformes permettant la prise de rendez-vous, l’utilisation est pratique pour tous, mais ne résolve pas tous les problèmes fonctionnels auprès des patients. Dès lors où le patient est sur le site les premiers créneaux horaires sont réservés. Le service en ligne ne met pas en avant des plages horaires de consultations accessibles.

Les moyens technologiques influent sur la relation humaine patient/professionnel de santé, plus particulièrement dans le suivi du parcours de soins à la personne.

Julien DELIE – ARS, Directeur départemental adjoint, complète les informations sur la complexité de l’activité des urgences qui expliquent que les établissements peinent parfois à trouver des candidats pour pourvoir les postes vacants. En effet, l’une des difficultés concerne l’intérim médical, dont la ministre a souhaité encadrer la pratique par décret du 24/11/2017 avec la fixation de montants plafonds. Mais devant le constat d’application disparate de ce décret, une 2^{ème} mesure a été adoptée dans le cadre du pacte de refondation des urgences afin d’encadrer la pratique des praticiens hospitaliers cumulant des activités en tant qu’intérimaire. Enfin, une des causes d’afflux aux urgences s’explique par la difficulté à trouver un médecin traitant pour beaucoup d’usagers en Essonne.

Permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans l’Essonne

Présentation par le **Docteur Nathalie KHÉNISSI**, responsable du département ambulatoire et services aux professionnels de santé

la PDSA est un dispositif, co-présidé par l’ARS et la Préfecture, réglementaire et opposable qui organise la prise en charge des soins non programmés (SNP), aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux» :

- Tous les jours de 20h à 8h
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- Les samedis de 12h/14h à 20h

Les principes d’organisation de la PDSA font l’objet d’un cahier des charges annuel, arrêté par le directeur général de l’ARS et basés sur :

- Le volontariat des médecins participants
- L’accès au médecin de permanence médicalement régulé
- Une territorialisation/sectorisation et rémunération forfaitaire

Acteurs de la PDSA et rémunération

<p>l’ADRUM : Association Départementale pour la régulation des Urgences Médicales de l’Essonne, association de médecins libéraux qui assurent la régulation libérale H 24 au sein du SAMU centre 15</p> <ul style="list-style-type: none">▪ en journée 2 à 3 par plage horaire, selon les périodes de l’année▪ 2 la nuit	<p>80€/heure 95€ heure de 0h à 8h</p>
<p>La FAME : Fédération des Amicales de Médecins de l’Essonne gère 6 maisons médicales de garde (MMG) : Orsay, Juvisy, Longjumeau, Arpajon, Evry/Corbeil</p>	<p>Rémunération des actes + Rémunération forfaitaire</p>

Un point fixe de garde : Chevannes géré par SOS Médecins 91	dégressive en fonction du nombre d'actes : 60€ à 200€ / 4 h
<p>SOS médecins 91 assure les visites à domicile. Les effecteurs mobiles sectorisés : 8 secteurs en journée, 4 secteurs la nuit Nombre de médecins varie selon les plages horaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 8 en journée, 9 de 20h à 24h ▪ de 1 à 5 de 0h / 8h 	<p>Rémunération des actes + Rémunération forfaitaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 € / 4 heures ▪ 60 € / 4 heures <p>sur le territoire sud <i>(déplacement plus long qu'en milieu urbain)</i></p>

D Le rôle de l'ARS

- Organiser et animer le dispositif de PDSA avec les différents partenaires au sein de différentes instances de gouvernance
- Évaluer
- Garantir la qualité du dispositif
- Financer les associations de PDSA (loyers, secrétariat, coordinateur, SI ...)

D Les Constats

Une augmentation régulière de l'activité, avec risque de saturation du dispositif, rendent difficile l'exercice des médecins, avec une répercussion sur le recrutement des médecins :

- Régulation médicale libérale : + de 77 000 décisions/an (40 % de conseils)
- Fréquentation des MMG ou point fixe : + de 23 000 passages /an
- Visites à domicile : + de 35 000 /an

Docteur Philippe PARANQUE constate que 15 % des médecins libéraux sont impliqués dans au moins une garde par an dans une MMG. Après une diminution des participants en 2015, la nouvelle génération de médecins adhère à la prise de gardes. Ainsi les jeunes médecins pratiquent 1/3 de ce que leurs aînés réalisaient. La polémique sur le manque d'effectifs, met en cause des médecins « mercenaires » des hôpitaux qui profitent d'un système délétère. Les médecins intérimaires vont au plus offrant et contribuent ainsi au déficit en cabinet libéral de certains territoires. Tout comme l'offre de soins médiatisé dans certaines régions pour attirer des médecins salariés au détriment des libéraux. Le manque d'effectifs se fait ressentir dans les MMG, les effecteurs mobiles, les hôpitaux ...

Julien DELIE – ARS, Directeur départemental adjoint, estime qu'il faut aussi être à l'écoute des demandes des médecins qui ne souhaitent pas tous exercer en libéral. L'activité en groupement ou en tant que salarié leur permet de concilier vies professionnelle et personnelle. L'ARS s'emploie à accompagner toutes les demandes afin de renforcer l'attrait pour ces professionnels à exercer en Essonne.

Romain LACAUX (Titulaire – I a : représentants des personnes morales gestionnaires) confirme ce problème générationnel de praticiens. Il est de plus en plus rare qu'un chirurgien exerce à temps plein dans un établissement au profit de sa vie privée.

Danielle VALÉRO (Titulaire – Collège 3E médecin, représentant les représentants de communes, Maire délégué d'Evry et Première Maire adjointe à Evry/Courcouronnes en charge de la santé, et pour l'Agglomération Grand Paris Sud - Seine-Essonnes-Sénart) ajoute que l'impact du temps de travail en équivalent temps plein devrait être évalué en fonction du numerus clausus pour la médecine générale et toutes autres spécialités médicales et paramédicales.

Le Grand Paris Sud n'est pas sans étudier le problème de concurrence territoriale. La multiplication des MSP équipées en équipement (doppler, écho..) permettrait de dé-saturer les urgences avec une équipe de médecins volontaires.

Julien GALLI- ARS, Directeur départemental, précise que l'installation des médecins est régulée dans le respect de la liberté d'installation en s'appuyant sur des projets identifiés et de bonnes pratiques. La 2^{ème} étape est l'organisation territoriale pour une meilleure répartition des médecins. La communication avec les communautés d'agglomération permet d'appréhender cette difficulté de concurrence, d'étudier les modalités de prise en charge des médecins libéraux et plus généralement de ville en incluant les Centres de santé et MSP.

Philippe LEFEVRE (Suppléant – Collège 1C, médecin, représentant les organismes dans le champ de la promotion de la santé) estime que le recrutement de médecins salariés dans des centres de santé devrait se faire dans les mêmes conditions que pour une MSP. En effet, beaucoup de médecins libéraux souhaitent avoir un exercice multiple avec des vacations à l'hôpital. Des réflexions doivent être menées entre les hôpitaux et les médecins des centres de santé, pour favoriser une coordination et un échange d'exercice ville/hôpital.

Nathalie KHENISSI (ARS- médecin responsable du département ambulatoire et services aux professionnels de santé, délégation départementale 91) précise que depuis plusieurs années, l'Agence propose des aides pour la création de centre de santé à égalité avec les MPS. Elle assure le financement de prestataires pour la conception du projet, pour un rapport d'audit interne, pour une aide au démarrage ou à l'acquisition d'informations. Depuis 2 ans, l'Agence finance également l'investissement immobilier. Le centre de santé d'Evry a obtenu ces aides pour son développement. En ce qui concerne l'exercice mixte ville/hôpital, un plan est déployé pour «400 médecins». Ce dispositif s'adresse aux médecins qui pourront être salariés d'un centre de santé, d'une MSP ou d'un établissement de santé.

Jean-Claude GALINAND (Titulaire – Collège 2B représentant les associations de personnes retraitées et âgées) souhaite que pour optimiser une meilleure coordination entre l'EHPAD et l'hôpital, on puisse réaliser des vacations dans un hôpital par le médecin de l'EHPAD et/ou le personnel soignant.

Patricia LUBELSKI (Titulaire – Collège 1D représentant les professionnels de santé libéraux – Médecins) demande que l'on tienne compte des jeunes médecins qui ne privilégient pas uniquement le statut de salarié. L'accompagnement pour la reprise d'un cabinet médical ou l'installation en groupe doit rester un enjeu important.

Sylvie BARROS (Suppléante – Collège 1D représentant les autres Professionnels de santé libéraux), constate que les médecins généralistes n'effectuent quasiment plus de visites au domicile des patients.

Danielle VALÉRO (Titulaire – Collège 3E médecin, représentant les représentants de communes, Maire délégué d'Evry et Première Maire adjointe à Evry/Courcouronnes en charge de la santé, et pour l'Agglomération Grand Paris Sud - Seine-Essonnes-Sénart) répond que les médecins fonctionnaires exerçant au centre de santé d'Evry, ne sont pas sédentaires et assurent également des visites à domicile des patients.

Nelly TOGBÉ (Titulaire – Collège 1F médecin représentant les Centres de santé) indique avoir repris la direction du centre de santé d'Evry. Elle confirme le déplacement des médecins au domicile des patients. Elle précise qu'ils sont avant tout médecins traitants. Elle évoque pour sa part deux difficultés : le recrutement médical et la concurrence en terme de rémunération qui reste très importante y compris en Essonne.

Romain LACAUX (Titulaire – I a : représentants des personnes morales gestionnaires) informe du lancement d'une expérimentation inspirée par le modèle suédois, dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale, pour la création d'un centre de soins primaires. L'expérimentation est programmée sur cinq ans. La rémunération par capitation des médecins salariés, sera prise en charge par l'Assurance maladie, selon le mode de financement en Suède. La prévention est capitale afin d'éviter au patient de revenir et permettre au médecin d'avoir plus de temps à consacrer aux autres consultations. Ce système dit par « capitation » s'appuie sur un raisonnement par patient et non par acte.

Philippe NASZÁLYI craint que seules les pathologies les moins lourdes ne soient prises en charge, ce que l'on retrouve dans l'admission des personnes handicapées dans les maisons d'accueil spécialisée.

Romain LACAUX (Titulaire – I a : représentants des personnes morales gestionnaires) assure que les professionnels de santé n'ont pas le choix de la pathologie du patient.



Les Soins Non Programmés – axe de « Ma santé 2022 »

Présentation par **Julien DELIE**, directeur-adjoint de la délégation de l'Essonne

Julien DELIE rappelle les 4 axes prioritaires dans le cadre du plan du gouvernement d'octobre 2017 et mis en œuvre avec les ARS :

- 1- Le renforcement de l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue
- 2- La mise en œuvre de la révolution numérique en santé pour abolir les distances
- 3- Une meilleure organisation des professions de santé pour assurer une présence soignante pérenne et continue
- 4- Une nouvelle méthode : faire confiance aux acteurs des territoires pour construire des projets et innover dans le cadre d'une responsabilité territoriale

En mai 2018, le rapport du député des Charentes, Thomas MESNIER, remis à la ministre Agnès BUZIN, porte sur l'organisation des soins non programmés dans les territoires.

Enfin dans le cadre de « Ma santé 2022 », une des priorités porte sur le développement des soins non programmés.

■ CCSU : développement d'un nouveau modèle

C'est dans ce contexte de réorganisation du Groupement Hospitalier Nord Essonne (GHNE) qui rassemble 3 centres de consultations : Juvisy, Longjumeau, Sainte-Geneviève-des-Bois. La création d'un Centre de Consultations et de Soins Urgents (CCSU) expérimental à Sainte-Geneviève-des-Bois fait partie de ce dispositif de réorganisation de l'offre de soins.

Les principales caractéristiques des CCSU sont :

- › Un modèle d'organisation novateur associant urgentistes et médecins libéraux
- › Une ouverture au moins 5j/7 et 8 h/j
- › L'accès à un plateau technique d'imagerie et de biologie
- › L'usage de la télémedecine

■ CPTS : Communautés professionnelles Territoriales de Santé

- « Ma santé 2022 » : mesures 9, 10, 11.
- Les CPTS encouragent les professionnels et structures de ville à mieux se coordonner à l'échelle d'un territoire, et à renforcer leurs liens avec les établissements sanitaires

et médico-sociaux. La communication entre les acteurs et l'information sur les projets existants constituent un enjeu majeur dans la dynamique régionale de formation des CPTS.

- Une des missions socle des CPTS est d'organiser à l'échelon de leur territoire la prise en charge des soins non programmés

■ MSP (Maisons de Santé Pluri-professionnelles)

Les SNP font partie des préoccupations et des réponses apportées par les professionnels des MSP avec différentes organisations de prise en charge selon les sites, par exemple :

- 1 vacation/jour dédiée aux SNP assurée à tour de rôle par un des médecins de la MSP
- Chaque médecin généraliste réserve des plages pour les SNP (15' toutes les heures...)

✚ Les chantiers engagés par l'ARS Île-de-France

Julien GALLI-ARS, Directeur départemental, intervient sur les chantiers franciliens menés depuis quelques mois :

- 11 juillet 2019 - L'ARS Île-de-France confie au Dr Georges Siavellis (URPS-Médecins Libéraux IDF) et au Dr Patrick Pelloux (ARS/AP-HP) une mission sur les soins non programmés, afin d'identifier, favoriser et promouvoir les initiatives qui permettent de répondre aux demandes de soins non programmés des patients. Ces travaux de SNP sont un enjeu majeur d'organisation du système de santé.

Cette mission comporte trois volets :

1. Enquêtes et observations

Réalisation d'un état des lieux des soins non programmés : volume des demandes, types de réponses proposées aux patients côté ville et côté hôpital en termes d'organisation, territoires en carence (rencontres des partenaires des CCSU, CPTS ...).

2. Expérimentations

Accompagner les expérimentations visant à une meilleure prise en charge des SNP, à une meilleure articulation entre la ville et l'hôpital, définir les modalités pour améliorer l'accès aux SNP spécialisés (cardiologie, ophtalmologie)...

3. Recommandations

Proposer des modèles de valorisation de la participation des médecins libéraux aux SNP, concevoir les modalités d'accès régulé (téléphonique ou autre) des patients à leur prise en charge.

- Mise en place d'un contrat d'objectif « Zéro brancard » dans les couloirs des services d'urgences en Île-de-France pour les patients en attente d'hospitalisation, s'appuyant sur un cahier des charges et réflexion des moyens mis en place pour l'ouverture de lits.
- Harmonisation des pratiques en matière de rémunération du travail temporaire afin d'éviter des concurrences dans le secteur public de médecins urgentistes.
- Rapport remis au Directeur général de l'ARS de préfiguration de l'observatoire des urgences et des soins non programmés.
A compter du 2 janvier 2020, la région IDF disposera de son propre observatoire des urgences ouvert sur les soins non programmés. L'objectif est de doter la région d'un outil essentiel à la compréhension, à l'anticipation et à l'organisation des soins non programmés

sur les territoires, avec un enjeu d'animation des urgences et de veille aux indicateurs sur des tensions de fin d'année ou d'été. L'observatoire va définir des informations en temps réel sur l'activité des urgences.

Julien GALLI- ARS, Directeur départemental, propose de présenter le pacte de refondation des urgences, lors d'un prochain CTS.

Dominique DREUX, vice-président du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Essonne a adressé sa contribution à **Philippe NASZÁLYI** qui en fait la lecture.

« J'ai proposé au président Philippe NASZÁLYI d'apporter une contribution sur ce sujet que je connais bien, tant comme acteur sur le terrain depuis 40 ans, que comme conseiller ordinal depuis 11 ans et surtout comme engagé depuis 1 an dans l'organisation territoriale qui se précise.

LES ENJEUX :

Soins non programmés et soins urgents sont deux notions identiques qui ne diffèrent que par les délais de mises en œuvre qu'ils impliquent.

Dans les deux cas on est devant une demande de soins venant d'un citoyen.

Dans les deux cas il faut y apporter une réponse adaptée par un ou des acteurs identifiés.

Tant que cette demande n'est pas « qualifiée » (je reviendrai sur ce terme), personne ne sait si la demande est un soin urgent ou un soin nécessitant une prise en charge pouvant être différée.

La différence essentielle se situe donc dans le délai de réponse et par conséquence dans les acteurs qui peuvent être différents

On voit donc déjà que la première étape devant une demande de soin est la « qualification » de la demande : Quel délai ? Quel professionnel de santé ?

Quand une demande de soins est qualifiée d'URGENCE, elle doit pouvoir être prise en charge par la structure ayant la compétence pour le gérer (SOS, SAMU, service d'urgence).

Mais quand elle est qualifiée de soins non programmé non urgent, de multiples acteurs peuvent contribuer à la prise en charge.

L'enjeu actuel est une explosion en AMONT de toutes ces demandes mélangées, mal gérées, assortie d'une pénurie de réponses en AVAL que ce soit en ville ou à l'hôpital. Cela aboutit à un engorgement des urgences qui devient intenable pour les patients mais aussi pour les établissements et les professionnels de ces établissements. Sans parler des surcoûts que cela entraînent pour nous tous car au final c'est le contribuable qui paye.

LES PROJETS :

Il faut agir sur l'AMONT et l'AVAL simultanément en mettant les moyens au bon endroit.

Depuis presque 20 ans cette équation a été résolue dans l'Essonne pour les nuits et les Week-End grâce à une collaboration efficace et saine entre les différents acteurs : SOS, les médecins libéraux via la Fédération des Amicales des médecins de l'Essonne (FAME) qui gère les maisons médicales de gardes, les régulateurs du centre 15, la CPAM (qui prend en charge les déplacements de SOS dans les zones éloignées et hors horaires actuels de la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA), l'ARS qui finance les maisons médicales de gardes.

Les projets à venir doivent maintenant répondre à cette équation pour les horaires habituels hors PDSA.

Une régulation efficace avec des moyens modernes de communication est la première condition du succès. L'Essonne n'est pas en retard avec Entr'actes qui est déjà opérationnel. Conjugué et en relation avec le centre 15 nous devrions avoir les outils de cette régulation/qualification qui permettra de trouver le bon professionnel au bon moment.

Mais pour trouver des professionnels prêts à prendre en charge ces soins non programmés, il faut un complément d'organisation comme cela a été le cas pour la PDSA.

On pourra penser que c'est mission presque impossible devant la pénurie notamment en médecine générale.

Or dans les missions des CPTS il y a bien cette mission concernant l'organisation de la prise en charge des soins non programmés. C'est même une mission dite « socle »

Cela nécessite de répertorier les professionnels de santé encore actif sur les territoires puis d'orienter les demandes quand elles auront été qualifiées vers ceux qui accepteront de participer. Si le travail est bien fait cela représentera une charge bien répartie et donc supportable. C'est le pari des CPTS. »

Nathalie CHARBONNIER (Suppléante – Collège 1D représentant les professionnels de santé libéraux – Sages-femmes) demande comment sont enregistrés les 400 000 passages annuels aux urgences en gynécologie-obstétrique.

Demba SOUMARÉ (ARS-responsable du Département Etablissements de Santé Délégation départementale 91) répond que seul l'enregistrement des urgences gynécologiques est disponible et non celui des urgences obstétricales.

Nathalie CHARBONNIER (Suppléante – Collège 1D représentant les professionnels de santé libéraux – Sages-femmes) précise qu'avant 24 semaines d'aménorrhée, les parturientes sont considérées comme relevant de la gynécologie. Une partie de l'obstétrique passe par la gynécologie. L'obstétrique est parfois rattachée à la gynécologie. Elle rejoint Danielle VALERO sur le principe d'une complémentarité des statuts salariés/libéraux et la nécessité de déployer les compétences de chacun quel que soit le métier (dentistes, pharmaciens, sages-femmes) qui prodigue des conseils car il fait partie du maillage des SNP. Elle approuve les projets des CPTS qu'elle envisage comme des solutions de SNP.

Philippe NASZÁLYI souligne l'importance du temps social aux urgences.

Patricia LUBELSKI (Titulaire – Collège 1D représentant les professionnels de santé libéraux – Médecins) remarque que les campagnes de communication public ne précisent jamais d'appeler le médecin traitant en premier. En cas d'urgence ressentie par le patient, le médecin traitant peut trouver une solution alternative aux urgences et pourrait intégrer plus facilement les SNP.

Marie-Catherine PHAM (Titulaire – Collège 1C représentant les Organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention et Présidente de la Commission spécialisée en santé mentale du CTS 91) salue l'implication de l'ARS au côté de la Fédération d'Hospitalière de France pour une régulation des rémunérations entre secteurs. Elle demande si le dispositif est étendu à tous les types de professions médicales ou bien s'il est centré uniquement sur les urgentistes. En tant que directrice d'établissement psychiatrique, elle connaît une concurrence majeure de débauchage et demande si les psychiatres sont concernés par ces dérives.

Julien GALLI -ARS, Directeur départemental, confirme qu'il s'agit bien de l'emploi médical temporaire y compris les psychiatres.

Philippe LEFEVRE (Suppléant – Collège 1C, médecin, représentant les organismes dans le champ de la promotion de la santé) revient sur l'organisation des soins de ville. Les soins de ville requièrent, du médecin traitant, un suivi du patient. Au centre de santé d'Evry, l'organisation de la permanence des soins fonctionnait avec l'ensemble des médecins de la ville. Le suivi du patient est devenu inexistant depuis l'ouverture d'une maison médicale de garde non adaptée pour Evry.

Julien GALLI -ARS, Directeur départemental, assure que l'objectif n'est pas de freiner une dynamique existante mais au contraire de la préserver. Plusieurs réflexions sont menées afin de concevoir un équilibre et des conditions de travail avantageuses des professionnels de santé, mais aussi de rendre le patient acteur de son parcours de santé qui ne relève pas d'un passage aux urgences. Un travail conjoint villes/hôpitaux, salariés/libéraux est donc primordial.

Philippe LEFEVRE (Suppléant – Collège 1C, médecin, représentant les organismes dans le champ de la promotion de la santé) argumente que l'organisation des soins doit se faire à l'échelle locale et non pas seulement autour des hôpitaux ou des CPTS avec un bassin de vie est trop important. Un trop grand territoire ne permet pas une coordination des médecins (trop nombreux) à échanger, à se connaître. Il demande sur quels territoires sont implantés les CPTS.

Julien DELIE -ARS, Directeur départemental adjoint, répond que l'ARS a pour priorité de redynamiser l'offre de soins et de favoriser la coordination des acteurs de la santé. La création de 12 CPTS pour couvrir environ 80 000 habitants autour d'une CPTS, rend le système cohérent et permet d'associer des acteurs issus de différents secteurs. Les médecins libéraux s'organisent en complémentarité de l'organisation hospitalière.

Romain LACAUX (Titulaire – I a : représentants des personnes morales gestionnaires) est favorable au déploiement des CPTS qui peut réduire le volume de patients sur chaque territoire. Il souligne que le renforcement de la prévention du patient est un enjeu majeur en amont du traitement médical du malade.

Patricia LUBELSKI (Titulaire – Collège 1D représentant les professionnels de santé libéraux – Médecins) demande s'il existe une typologie des patients des urgences afin d'identifier les causes de leur passage aux urgences. Elle explique que l'organisation pédiatrique dans le système continue des soins le week-end n'est pas suffisamment valorisée. Elle propose une réflexion sur le suivi des patients par les médecins traitants afin de désengorger le service urgence pédiatrique.

Julien DELIE- ARS, Directeur départemental adjoint, répond qu'une des missions phare de l'observatoire régional est d'analyser et de veiller aux indicateurs de passage aux urgences. Certains passages sont clairement évitables car liée à la difficulté posée par l'absence de médecin traitant pour certains usagers.

Philippe NASZÁLYI remercie la Délégation départementale pour la préparation de ce dossier sur les urgences, en urgence ! Cela répond au souhait exprimé par le Bureau du CTS et permet à tous les membres du Conseil d'appréhender la complexité du système de soins.

Point sur le Guichet Réclamation en Santé (GRÉS) Présentation par Christine BELLOT-CHAMPIGNON

Le rétro planning présenté en début d'année est respecté.

1) 4 points relais installés en cette rentrée de septembre

Pour rappel :

- Brunoy, permanences les mardis de 12h à 14h dans les locaux du CCAS, sans Rdv
- Evry Courcouronnes, permanences les 2^{èmes} et 4^{èmes} mercredis du mois, de 13h à 17h au P.A.D, sur Rdv au numéro vert
- Ris Orangis, tous les jours de la semaine, sur Rdv au numéro vert

Nouvelles permanences :

- Brunoy, permanences tous les mardis de 15h à 17h guichet unique de la mairie, sur Rdv au numéro vert
 - Sainte-Geneviève-des-Bois, permanences tous les mardis et mercredis de 10h à 12h sans Rdv et le vendredi de 14h à 17h, sur Rdv au numéro vert
(Maison du diabète - 1 rue d'Alembert 91700 à Sainte Geneviève des Bois)
 - Point relais à Etampes : en attente de construction des nouveaux locaux
 - Prospection à réaliser sur les P.A.D/MJD (Arpajon, Massy)
- 2) 9 personnes mandatées pour la prise en charges des réclamations
(Représentants : des usagers, d'établissement médico-social, des contrats locaux de santé, CTS)
- 3) Partenariats
- CCAS et ASV des CLS ciblés/volontaires
 - Maia et l'hôpital des Magnolias
 - CRIPPAH
 - DIH 91
 - Les associations d'usagers (santé & ESMS)
 - CDAPH/MDPH
- 4) Formations
- Juin 2019 : 6 participants (RU, CTS, ASV, CLS, médiateur CPAM, personnel d'ESMS)
 - Octobre 2019 : 7 participants inscrits (usagers, Ets Santé, RU, ASH3, ASV, AS)
 - Décembre 2019 : 5 participants inscrits (ARS, Association Espace singulier, médiatrice santé)
- Des temps de regroupement (analyses des pratiques) sont planifiés avec les participants, 4 mois après la formation.
- Cible de 25 personnes formées d'ici fin 2019 pour un nombre de collaborateurs effectifs de la moitié.
- 5) « *Benchmark* »
- Rencontres avec les deux guichets expérimentaux, le GAARS le Loir et Cher et le GAARS les Deux-Sèvres
- Mutualisation validée par le ministère (outils de recueil et SI)
- 6) Projection 4ème trimestre
- Edition du livret d'accueil du collaborateur début octobre
 - Présentation/information du GReS auprès des directeurs d'établissement de santé autour d'un petit déjeuner
 - Rapport d'activité Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), validation par l'ARS, fin novembre
 - Formation en décembre

Quelques données chiffrées :

- Nombre de vues sur Facebook : 15 500 personnes
- En 3 mois : 2 000 interactions
- Consultation du site internet : 350 fois
- 44 saisines traitées et 5 en cours via les réseaux, avec un taux en baisse en août

- Temps passé pour une saisine : 28 jours (ouverture et clôture du dossier)

Philippe NASZÁLYI souligne qu'une contractualisation GReS/MGEN serait intéressante dans l'échange de remontées des réclamations.

Eric SIRÉ (Suppléant – Collège 1C - représentant les organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé) et Directeur de la MGEN 91 approuve cette proposition. Il précise qu'un système d'échange de données avec l'Assurance maladie est déjà mis en place. Il indique que la MGEN lance beaucoup de campagnes publicitaires auprès des adhérents dans le cadre des réclamations.

Le Président remercie tous les participants et clôture la séance à 12h25.