

Séance du jeudi 12 janvier 2023 du Conseil Territorial de Santé de l'Essonne

Délégation départementale de l'Essonne

RELEVÉ DE DÉCISIONS

Ordre du jour

- Présentation du Contrat Local de Santé de la Communauté d'Agglomération Paris-Saclay "jeunes et étudiants
- Validation du CR de la réunion du CTS du 1er décembre 2022
- Points d'actualité - ARS
- Point sur les déterminants de santé : ARS pour la future construction du PRS 3
- La méthodologie et les attendus de l'ARS dans le cadre de la construction du futur PRS
- Liens entre les travaux initiés sur le CNR et le lien avec le PRS 3
- Questions diverses (merci de me transmettre les sujets à l'avance)

La séance du 12 janvier 2023 s'est tenue dans les locaux de l'ARS en Essonne.

A l'ouverture le quorum est atteint.

La séance est ouverte à 9h30 sous la présidence de Jean-Louis DI TOMMASO.

1/Approbation du relevé de décisions de Décembre 2023

Le Relevé de décision est approuvé à l'unanimité. Une remarque est faite sur la forme qui pourrait dissocier les présentations des décisions afin de faciliter la lecture.

2/La présentation du CLS de Paris-Saclay est reportée au CTS de février pour absence inopinée de l'élue.

3/ L'Agence régionale de santé présente la lettre d'information du mois

La note d'actualité sera communiquée aux membres à l'issue du CTS.

Bronchiolite : Nous sommes entrés dans la huitième semaine d'épidémie de bronchiolite. Les épidémiologistes peinent à expliquer l'intensité et la durée de cette épidémie mais deux hypothèses peuvent être formulées : - La circulation concomitante et inhabituelle de plusieurs

virus respiratoires susceptibles de conduire à des cas de bronchiolite - La « dette immunitaire » acquise lors des saisons précédentes en raison des mesures de contrôle mises en place pendant la pandémie de Covid-19.

Après un renversement de la dynamique épidémique, caractérisé par une phase de diminution, puis de « plateau haut » ces deux dernières semaines en Île-de-France, les indicateurs hospitaliers régionaux semblent repartir à la hausse. Ainsi, sur la période du lundi 21 au mercredi 23 novembre et par rapport à la même période la semaine précédente, les taux d'évolution des passages aux urgences sont les suivants : - +14,4% de passages aux urgences pour bronchiolite - Les hospitalisations pour bronchiolite représentent 27% de l'activité des urgences chez les moins de 2 ans - Les hospitalisations pour bronchiolite représentent toujours la moitié des hospitalisations pour cette même classe d'âge (52% en ce début de semaine, soit +2% par rapport à la même période la semaine dernière). Forte diminution des recours, appels SOS médecin et passage aux urgences en diminution.

Grippe : - Passage de la région Île-de-France en phase pré-épidémique (ainsi que des régions Centre-Val de Loire, Hauts-de-France et Normandie). La Bretagne est également en phase pré-épidémique depuis 3 semaines. Les données internationales suggèrent une grippe virulente cette année. - Indicateurs syndromiques en hausse en Île-de-France : o 395 passages aux urgences pour syndrome grippal la semaine dernière (soit +38,6% par rapport à la semaine précédente) o 21 passages suivis d'hospitalisation pour syndrome grippal la semaine dernière (soit +40% par rapport à la semaine précédente) - Dans ce contexte et afin de prévenir la circulation de la grippe saisonnière en Île-de-France, il est vivement recommandé aux personnes à risque et aux professionnels de santé de se faire vacciner sans délai. Nombre de cas en diminution, nous en sommes à la 6^{ème} semaine, en diminution depuis 2 semaines déjà également les appels SOS médecin.

Covid-19 : Suite à la suspension par une partie des laboratoires de biologie médicale privés de la transmission des résultats de tests Covid-19 entre le 28 octobre et le 1er novembre, puis de la grève de ces laboratoires du 14 au 20 novembre, le niveau de fiabilité des indicateurs épidémiologiques est réduit.

En ce qui concerne les indicateurs hospitaliers, au 22 novembre, ceux-ci sont stables : le taux d'occupation des capacités de réanimation et USC par des patients COVID+ est de 11,8% (0,5% par rapport à la semaine dernière).

La campagne de vaccination contre le Covid-19, lancée depuis le 3 octobre se poursuit. L'éligibilité des personnes cibles se définit non plus par rapport au nombre de rappels déjà effectués mais par rapport à la date de leur dernier rappel (quel que soit le nombre de rappels précédemment effectués). En Île-de-France, à date, les taux de vaccination pour les publics cibles selon les nouvelles définitions sont les suivants : - 11% pour les personnes de 80 ans et plus hors Ehpad/USLD (taux stable, similaire au niveau national) - 15,3% pour les personnes en Ehpad/USLD (soit une augmentation de 4% par rapport à la situation d'il y a deux semaines, qui permet d'approcher le niveau national, cette semaine à 18,8%). - 33,6% pour les personnes de 60-79ans hors Ehpad/USLD (taux stable, similaire au niveau national)

Au global le taux d'incidence de 56% est en baisse de 36% vs la semaine précédente, le taux de positivité à 10,9% est en baisse également. Les baisses les moins marquées concernent la population < 20 ans

PREAVIS GREVE

Les syndicats de médecins généralistes appellent à la fermeture de leurs cabinets les 1er et 2 décembre prochains. Dans le contexte actuel des négociations conventionnelles, les revendications portent principalement sur les tarifs de consultations, la prise en compte de l'inflation dans l'ONDAM ville, l'indexation de l'assurance vieillesse sur l'inflation, mais aussi sur des craintes concernant les transferts de compétence et les contraintes liées à l'installation.

Les syndicats de biologistes hospitaliers évoquent une action conjointe avec les syndicats de médecins libéraux ces deux mêmes journées.

Afin de pallier les difficultés qui pourraient être liées au déficit de professionnels de santé lors de ces journées de grève, il pourra être nécessaire de recourir au dispositif de réquisition.

Les présidents des conseils de l'ordre départementaux ont été sollicités pour leur demander de nous tenir informés des risques de carence territoriale.

Information complémentaire du CTS

Point d'actualité

- Visite du Président de la République effectuée au CHSF.
- Françoise ELLIEN informe de la visite prévue de la Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'Organisation territoriale et des Professions de santé, Agnès FIRMIN LE BODO, au DAC 91 Sud SPES / Equipe territoriale de Soins Palliatifs le 13 janvier prochain. Une première visite a été faite par Mme Agnès FIRMIN LE BODO le 9 janvier au domicile d'un patient.
- Fin 2022 inauguration de la 1^{ère} phase dispositif de lutte contre les violences faites aux femmes (la 2^{ème} phase est prévue en 2025)
- Ste Geneviève des bois : ouverture d'un cabinet de groupe (centre de soins non programmés)
- Hôpital de Saclay : ouverture prévue Juin 2024
- Longjumeau : Hôpital de proximité prévu
- Reprise des travaux du PTSM – actualisation du plan à prévoir
- Jean-Louis DI TOMMASO émet le souhait que dans ce point d'actualité présenté par l'ARS, il conviendrait d'y ajouter les projets de créations de nouvelles structures EHPAD leur implantation etc. également l'arrivée de nouveaux services sur le territoire, les autorisations accordées...

Réponses aux soins non programmés, il y a plusieurs volets :

- 3 centres de consultation et de soins patients disponibles à ce jour
- Sollicitation des SAU
- Soutien attendu des CPTS, également dans le cadre du PRS
- Comment se coordonner : Maires, CPTS, médecins, ARS, CPAM : qui fait quoi ?
- Soins non Programmés : il faut utiliser/mobiliser les ressources disponibles (personnels soignants etc.)

Création d'une réponse pour prendre en charge les soins non programmés, bâtiment à Sainte Geneviève des Bois avec Ramsay et un autre porteur

Reprise des travaux du PTSM

Question sur la stratégie de déploiement en tenant compte de la coordination. Les CPTS participeront à cette coordination. Les maires sont particulièrement sollicités face à la pénurie de médecins, notamment pour les populations les plus fragiles. Les ACI posent la question de l'usage de toutes les ressources disponibles sur les territoires = attention à ne pas faire des soins non programmés les urgences en lieu et place de la ville. La pénurie de médecins ne sera pas résorbée par les CPTS, les dix prochaines années seront particulièrement difficiles même si les personnes avec ALD resteront prioritaires.

La FEHAP fait remarquer que les politiques ne sont pas suffisamment coordonnées et que ce rôle revient à l'ARS. L'ARS avance que le PRS doit répondre à cette demande mais qu'elle n'est pas le planificateur central de l'offre comme c'était le cas des DDASS- dans le passé. Il faut que des initiatives individuelles puissent émerger et être soutenues.

Les usagers demandent plus de flexibilité et de nouvelles modalités de travail, de délégations entre professionnels dans le système comme relevé dans les CNR. Il revient à l'ARS de guider les patients car le système est complexe. La coordination revient à l'ARS, la planification centrale est une autre dimension. Souhait d'une expérimentation avec l'ensemble des acteurs des soins non urgents y compris SOS médecins en Essonne pour mieux coordonner les soins. L'ARS souhaite une définition des objectifs de ce projet. L'ARS est d'accord pour organiser des réunions ad hoc.

4/ Point sur les déterminants de santé à fournir par l'ARS pour la future construction du PRS 3

Rappel des enjeux pour le PRS3 :

- Ne pas faire un PRS « de l'ARS » et « pour l'ARS » mais construire un PRS qui constitue la référence santé, partagée par les partenaires régionaux.
- Un document stratégique lisible et prospectif d'affichage et de partage d'une politique (socle/pilier de la stratégie de l'Agence) qui permettra de construire une véritable feuille de route opérationnelle à 5 ans pour l'Agence élaborée en co-construction avec les partenaires pour une meilleure appropriation et mise en œuvre.

Fils rouges qui devront irriguer l'ensemble des axes du PRS3 :

- La **réduction des inégalités sociales et territoriales de santé** : pour tous les objectifs, des leviers de réduction des écarts sociaux et territoriaux devront être identifiés.
- Poursuivre l'**investissement sur les parcours de santé** (parcours génériques, lisibilité, coordination et parcours spécifiques)
- La meilleure prise en charge de la **santé mentale** (des enfants, adolescents et adultes) ;
- La thématique globale de la **périnatalité**, dans un contexte de hausse de la mortalité infantile ;
- La prise en compte de la **thématique du changement climatique** et du développement durable dans les politiques de santé (thématique globalement absente des plans précédents) : dimension d'anticipation, de sobriété, de résilience, de santé-environnement
- L'attractivité **des RH en santé** (champ sanitaire et médico-social)

Un calendrier contraint pour l'élaboration du PRS :

- **Publication** : avant le 1^{er} novembre 2023 ;
- **Envoi de la V0 pour consultations obligatoires (3 mois)** : mi-mai à fin-mai 2023
- **Avant envoi** : prise en compte de la SNS renouvelée (mars-avril 2023)

Etat d'avancement et organisation des travaux et calendrier T1/T2 2023

- **Une architecture du futur PRS fondée sur 6 axes stratégiques (diapo ci-après)**
- L'ensemble de ces travaux seront complétés et enrichis par les **bilans du PRS2** (en cours), le **diagnostic** (V0 transmis par l'ORS fin décembre 2022) et **l'évaluation externe** (de la Chaire Santé de Sciences Po) attendue début 2023.
- **Des pilotes ARS désignés pour chacun des axes** qui :
 - ont « défriché » les contenus possibles de chacun des 6 axes en tenant compte des notes de contribution CRSA et des échanges => **A discuter... Rien n'est figé !**
 - finalisent l'organisation des modalités de travail pour chacun des axes (utilisation de la comitologie existante, identification des GT ad hoc à créer, journée avec des ateliers de co-construction en « mode CNR »)

=> **Finalisation imminente et transmission à la Commission Plénière de la CRSA dans la foulée**

- Articulation en cours pour identifier les **mesures CNR à intégrer dans le PRS (en lien avec les DD et CTS)**
- Travaux de **construction des actions du PRS3** sur **janvier-avril 2023**.

A qui parle-t-on ?

Projet de Structure du Schéma Régional de Santé

POPULATION

PATIENTS

SYSTÈME DE SANTÉ

ACTEURS PUBLICS

Quels objectifs stratégiques ?

AXE 3 BIS : VOLET
AUTORISATIONS et PDS

AXE 1	AXE 2	AXE 3	AXE 4	AXE 5	AXE 6
#PREVENTION #PROMOTION SANTE #POUVOIR D'AGIR	#PARCOURS #PATIENTS #COORDINATION	#ACCESSIBILITE #QUALITE #TERRITOIRES #EQUITE	#RHS #ATTRACTIVITE	#ANTICIPATION #GESTION DES RISQUES #RESILIENCE	#SANTE GLOBALE #PP
Construire une culture de la prévention et développer l'autonomie et la capacité d'agir des citoyens	Construire des parcours de santé lisibles, fluides et qui répondent aux besoins des patients	Partir des besoins des territoires et des usagers pour garantir une offre de soin accessible, adaptée et de qualité	Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Ile-de-France	Gérer, anticiper et prévenir les risques	Fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques
Approche : population, démocratie et droits	Approche : prise en charge patients	Approche : territoire et acteurs	Approche : soignants	Approche : prospective	Approche : coalition d'acteurs
I) Favoriser la diffusion de la connaissance en santé publique - Mobiliser le transfert de connaissances ; Promouvoir la recherche-intervention II) Développer les outils et démarches en santé publique - Pouvoir d'agir des premiers concernés (Médiation, aller vers) - Conforter le savoir expérientiel de l'utilisateur pour renforcer la parole de l'utilisateur et sa capacité d'agir - Renforcer l'effectivité des droits individuels et collectifs des usagers en développant leur pouvoir d'agir - Systématiser la participation des franciliens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques santé - Développer les dispositifs de santé communautaire la santé par les pairs, centres de santé participatifs - Mobiliser les « grands acteurs » (ES, AM, libéraux) III) Pilotage des structures de santé publique IV) Des priorités thématiques : périnatalité, Santé sexuelle, Santé des jeunes, Santé mentale, Vaccination, Tuberculose, Addictions, Nutrition, ... (à compléter ?)	I) Parcours et coordination : de quoi parle-t-on ? II) Des parcours fondés sur l'offre de proximité et le principe de gradation / organisation des soins Rendre lisible l'offre – Panorama des actions et articulations existantes - Organiser la coordination des soins et une gradation des parcours de santé et renforcer l'articulation ville/hôpital - Investir dans des modes d'organisation innovants - Développer des solutions soutenant le partage d'information III) Des parcours types : leviers incontournables à chaque point de transition pour éviter les ruptures IV) Parcours thématiques Parcours PA, Parcours PH Parcours Santé mentale, périnatalité Cancer, maladies chroniques, Soins palliatifs, + à compléter : Maladies neurologiques et maladies neurodégénératives Cardiologie (lien parcours pilote AM) Pédiatrie,	I) Faciliter l'accès au premier recours, aux soins de ville et lutter contre les déserts médicaux II) Améliorer l'accessibilité aux soins non programmés III) Renforcer les dispositifs de coordination, en particulier dans une logique Ville/hôpital, et fluidifier l'aval IV) La stratégie territoriale des ES vers une meilleure gradation des soins V) La stratégie territoriale /régionale pour les ESMS VI) Investir pour répondre aux grands enjeux et priorités en matière de santé et d'accès aux soins territoire par territoire VII) Innover pour faire évoluer les plateaux médico-techniques dans une logique de besoins (innovation, expertise, proximité, pertinence des soins) VIII) Déployer les outils numériques IX) Garantir la qualité et la sécurité des soins comme fondement de l'éthique en santé	I) Renforcer l'attractivité des secteurs sanitaire et médico-social et accompagner le début de l'activité professionnelle II) Former, diversifier les parcours professionnels et dynamiser les carrières III) Soutenir l'engagement des professionnels de santé (par un environnement favorable, prévention des risques professionnels et santé au travail) IV) Connaître et anticiper (Observatoire des ressources humaines en santé) V) Intervenir en période de tension RH	I) Accompagner, surveiller, recourir à l'expertise et inspecter : moyens de réponse aux alertes pour garantir qualité et sécurité II) Développer/approprier les outils de gestion des situations sanitaires exceptionnelles et d'atténuation des effets de la crise III) Renforcer la cyber résilience du système de santé ("ORSAN cyber") IV) Inscrire dans les politiques régionales l'adaptation du système de santé aux changements climatiques et l'atténuation de ses impacts (articulation avec le PRSE 4 en cours d'élaboration) V) Anticiper l'évolution des besoins par une mobilisation des données, savoirs et recherche	I) Mettre en œuvre une stratégie de plaidoyer en faveur de la santé globale II) Suivi des partenariats III) Créer les conditions d'habitat, de logement et d'hébergement favorables à la santé des publics les plus fragiles IV) Politique de la ville V) Santé mentale dans toutes les politiques (en articulation avec l'axe 2 et 1) VI) Renforcer l'intégration de la santé dans l'urbanisme et l'aménagement VII) Sport-santé VIII) Alimentation et santé

Le Président exprime son inquiétude sur les délais de réalisation et sur les ambitions du PRS au regard de la qualité de la production des travaux du CTS. L'ARS indique que l'exercice est contraint mais le PTSM a montré que c'est possible. Le CTS indique qu'il est dommage de prendre une chair pour ce sujet alors que les acteurs connaissent bien mieux ce sujet. La méthodologie n'est pas claire et les objectifs très généraux avec des termes nouveaux mais creux de sens. L'ARS informe que les CTS ont une réunion la semaine prochaine et que ce sera l'occasion de porter les sujets prioritaires et partagés. Le CTS indique préférer une approche systémique et non thématique car cette dernière présente des risques de dérives corporatistes. Le CTS propose de réfléchir sur le champ de travail le plus prioritaire pour le territoire afin de délimiter l'action.

5/ Questions diverses

La liste des patients sans médecin traitant que les CPTS communiquent à la CPAM ne semblent pas traitées. Les CPTS demandent quand les listes seront traitées. Les médecins interviennent pour demander que l'on fasse confiance aux MT qui sont sollicités directement par les CPTS. La CPAM dit qu'elle est en difficulté à présent pour trouver des médecins traitants y compris dans le cadre des affections longue durée.

La communication de la sélection finale a été promise aux CTS lors de la réunion régionale de restitution CNR ni les dates des contributions attendues pour la deuxième phase des travaux du CNR, cette promesse n'a pas été honorée par l'ARS.

Les CTS sont une source d'information importante mais la place des RU n'est pas très claire, notamment au regard des attendus ARS. Lors des travaux du CNR les médecins ont largement pris la parole et ont été écoutés, ce qui n'est pas le cas des représentants des usagers. Le Président indique que le relai des RU a bien été porté lors de ces travaux. Les usagers ne sont pas des professionnels mais ils ont une place. Si les usagers ne sont pas suffisamment pris en compte dans les CLS ou le CTS, ils doivent l'exprimer et faire des propositions.

Le Président informe d'une demande de la part de l'URPS médecins libéraux Île-de-France pour avoir des horaires adaptés, car les horaires actuels des réunions du CTS privent les libéraux de démocratie sanitaire. Les membres du CTS ne sont pas favorables à la modification de l'horaire car celui convient au plus grand nombre. Les horaires du soir ou le samedi matin ne semblent pas compatibles.

Jean-Louis DI-TOMMASO remercie l'Assemblée présente et clôt la séance à 11h50.