



Commission permanente

Lieu :
Présentiel à l'ARS (Lille + Amiens)
+ visioconférence Zoom

Procès-verbal de la réunion du **mardi 7 juillet 2020**

En PJ : le diaporama global de la séance et la feuille d'émargement. Rappel : tous les documents sont disponibles dans le SharePoint « Démocratie Sanitaire ». <https://www.ars.sante.gouv.fr/nord-pas-de-calais/STRATEGIE/default.aspx>

17 participants

Voix délibératives : 10 + 3 mandats : Mme SCHADKOWSKI à Mme DEDOURGE, M. TISON à M. DELAVAL, Mme. WEENS à Mme LABOUE

- **Monsieur Jean-Pierre CANARELLI, titulaire / Président** (présentiel à Amiens)
- Madame Christine TREPTE, titulaire, / Vice-Présidente / Présidente CSDU (présentiel à Amiens)
- Monsieur Bruno DELAVAL, titulaire / Vice-Président / Président CSMS (visio)
- Monsieur Ziad KHODR, titulaire / Vice-Président / Président CSOS (visio)
- Madame Patricia DEDOURGE, titulaire (visio)
- Madame Séverine LABOUE, titulaire (visio)
- Monsieur Philippe LEWANDOWSKI, titulaire (visio)
- Monsieur Jean-Marie PETIT, titulaire (visio)
- Madame Monique RYO, titulaire (présentiel à Lille)
- Madame Mélanie MALVOISIN, suppléante (visio)

Voix consultatives : 4

- Monsieur Étienne CHAMPION, Directeur général – ARS et - Madame Laurence CADO, Directrice de la stratégie et des territoires – ARS (présentiel à Lille)
- Monsieur Jean-Luc DEHAENE, représentant le Conseil Economique, Social et Environnemental Régional (CESER) (visio)
- Monsieur Bernard NEMITZ, représentant le Rectorat de la région académique Hauts-de-France (visio)

Invités permanents : 2

- Madame Martine LEFEBVRE, Présidente CTS Métropole-Flandres (visio)
- Monsieur Alain TREUTENAERE, représentant la CARSAT (visio)

Agent ARS : 1

- Madame Noémie POULAIN, pour le secrétariat de la CRSA / Responsable démocratie sanitaire (présentiel à Amiens)

Le quorum étant atteint (13 voix délibératives sur 18), le Président CANARELLI ouvre la séance à 10h15.

I. Ouverture de séance

M. CANARELLI rappelle les bonnes pratiques permettant la prise de parole dans le cadre de la visioconférence.

Mme POULAIN liste les personnes présentes sur le site de Lille, d'Amiens, celles connectées à distance, les absences et les mandats.

1) Approbation des PV de l'AP du 7 février 2020 et de la CP du 19 mai

M. CANARELLI demande si les membres ont des commentaires sur les PV de février et mai ; aucune remarque n'étant formulée, ils sont donc adoptés à l'unanimité par les membres.

2) Retour sur la concertation régionale du Ségur de la santé

En préambule, **M. CHAMPION** fait le point sur la gestion de crise sanitaire. Malgré la période d'accalmie, il indique que ce dossier est bien loin d'être clôturé. Pour l'Agence, cela reste une charge lourde avec en priorité le suivi des clusters et toutes les situations de niveau 3, mais aussi les campagnes de dépistages. L'ARS rentre dans une période estivale compliquée qui combine un travail intense, d'autres missions à assurer, dont celles qui ont repris progressivement, et la prise de congés des agents. La vigilance est et doit être maintenue, l'épidémie est sous contrôle mais une éventuelle reprise d'un phénomène de crise n'est pas écartée. Il fait référence à l'Espagne, car beaucoup évoquent une possibilité de reprise de l'épidémie à l'automne ; l'été est moins propice à sa diffusion non pas tant aux températures mais plutôt au mode de vie puisque la population vit plus en extérieur.

Concernant maintenant le Ségur de la santé, **M. CHAMPION** remercie en premier lieu la mobilisation des acteurs ainsi que le travail de qualité, réalisés en un temps restreint. Les réunions, qui se sont tenues sur une période courte avec un effet « conclave », ont permis la réalisation de ce remarquable document de synthèse. Il est extrêmement riche et a d'ailleurs été remarqué par le Ministère. Ce travail va contribuer aux travaux nationaux.

M. CANARELLI appuie cette appréciation en faisant le retour de la dernière réunion de la Conférence nationale de santé (CNS) où le rapport des Hauts-de-France a été apprécié. Il complète par le thème récurrent qui est ressorti de toutes les régions : la nécessaire territorialisation dans la coordination des prises en charge, à l'instar de ce qui a été fait notamment dans les 4 régions les plus exposées (Ile-de-France, Hauts-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche Comté). En effet, des groupes d'échanges et des coopérations ont eu lieu spontanément à l'intérieur des territoires infrarégionaux ; il conviendrait d'en tenir compte par rapport à ce qui a fonctionné et été proposé, pour être réutilisé d'une façon plus pérenne.

Ensuite, il évoque quelques autres éléments saillants : pouvoir dédier dans les structures de type EHPAD un secteur infecté, accentuer la circulation de l'information entre le sanitaire et le médico-social au sujet des retours à domicile et profiter de l'envol des offres de service numérique, comme PREDICE qui a permis de garder contact avec les malades connus, contrairement à d'autres régions qui ont eu plus de difficultés de suivi notamment avec certains patients suivis d'une manière mensuelle ou bi hebdomadaire.

Par ailleurs, concernant la nouvelle certification HAS, **M. CANARELLI** informe qu'il a été décidé que la nouvelle version V2020 ne serait reprise uniquement pour les établissements de santé volontaires à partir du 1er semestre 2021. Pour les autres (non prêts ou en visite de suivi), ils pourront quant à eux poursuivre la procédure 2014. La nouvelle certification pourra donc commencer qu'à partir du 2^{ème} semestre 2020 (mais il conviendra que l'HAS se déplace en région comme procédé auparavant afin de refaire des réunions régionales pour mettre au point les éléments de la nouvelle certification et d'être en contact avec les réseaux).

M. CANARELLI passe la parole aux vice-présidents et membres de la CP pour leurs remarques complémentaires et questions éventuelles à adresser à **M. CHAMPION** :

Pour revenir sur l'exercice du Ségur de la santé, **M. DELAVAL** souhaite faire souligner le regret que certains CTS n'aient pas participé aux débats. Il fait également part d'un communiqué de presse national cosigné par les principales fédérations du secteur médico-social regrettant l'hospitalo-centrisme du Ségur. Celui-ci revient aussi

sur les blocs de compétences entre l'état et l'ARS et demandent que les ARS gardent pleinement certaines compétences et que tout ne soit pas décentralisé aux collectivités territoriales notamment en matière de solidarité et proximité. Par ailleurs, il précise que la CSMS souhaitera reprendre le débat sur des EHPAD ; au vu de la difficulté réciproque que les résidents ont pu vivre par rapport à leurs proches, en situation de fin de vie par exemple.

Dr KHODR indique que la CRSA ne peut que se féliciter du travail sur le Ségur, qui a été facilité grâce à une totale collaboration avec l'ARS, contrairement à d'autres régions. Au nom de la Fédération hospitalière de France (FHF) HDF, il demande également à ce qu'une autorité de l'ARS soit conservée sur le médico-social.

Mme TREPTE ajoute que la coordination ne peut se faire qu'entre le sanitaire et médico-social mais aussi vers la médecine de ville. L'usager à domicile – ayant toute sorte de maladie chronique, personnes âgées, personnes handicapées –, a été complètement oublié. Il n'y avait pas de numéro unique pour eux. Ce lien doit être trouvé avec les médecins, des propositions seront étudiées en CSDU.

M DEHAENE souhaite valoriser les initiatives des communes qui ont érigé des listes de personnes fragiles. Il trouverait pertinent que soit procédée une mise à jour de ces listes en fonction des situations exceptionnelles, pandémie ou autres.

M. CANARELLI indique que plusieurs organismes recensent des listings différents, les noms des personnes à risques (isolement, consommation de médicaments etc.), la question est : qui va faire la jonction entre ces données, la mise à jour et le porte à porte. Il rappelle aussi le travail fait lors de l'épisode de la canicule avec la difficulté de mettre à jour ce listing.

Dr KHODR indique que ce recensement a été fait par exemple sur la ville d'Arras avec 15 000 appels : des agents du CCAS ou de la Croix Rouge Française ont été mobilisés pour des appels et du porte à porte.

Mme RYO souligne que cette méthode a bien fonctionné à AMIENS et ST QUENTIN. Par exemple, à Saint Quentin, deux réunions se sont tenues par semaine entre le CCAS, l'hôpital et les EHPAD.

M. DELAVAL indique qu'il faut faire le lien avec les différents services (CLIC, MAIA et réseaux de santé) et c'est tout l'intérêt des DAC, le point suivant à l'ordre du jour.

Mme DEDOURGE répond qu'il y a énormément de personnes fragilisées, non connues par les CCAS, donc non répertoriées et qui ne le souhaitent pas d'ailleurs. Le mieux est le porte à porte mais cela est plus compliqué dans les grandes villes.

Mme TREPTE indique que même en cas de crise, toute personne peut avoir un problème à un moment ou un autre. Des problèmes « simples » peuvent prendre une proportion énorme (exemple : une machine à laver en panne), elle n'est pas forcément favorable à un numéro unique, ou peut-être le CCAS peut être l'unique interlocuteur.

M. DELAVAL souligne qu'il est important de recenser les organismes qui ont procédé à ces appels (tels que la CAF, la CARSAT,...).

M. TREUTENAERE ajoute qu'il conviendra aussi d'interroger Pôle Emploi concernant les personnes en fin de droits ou en difficultés.

M. CHAMPION ajoute qu'un travail existe depuis longtemps sur le recensement de personnes fragiles, et qu'il est globalement à jour en lien avec les Départements pour les prises en charge des personnes âgées et personnes handicapées. Concernant la logique d'appel, il cite le concept du Service d'Accès aux Soins (SAS), une des mesures du Pacte pour la refondation des urgences réalisé l'an dernier : ce SAS a vocation à être un service universel, accessible par téléphone mais aussi en ligne et reposant sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux. Accessible partout en France et à toute heure, ce service doit permettre à tous les Français de disposer d'une réponse à toute demande de soins ou toute question sur la santé.

M. CANARELLI propose de mettre ce point à l'ordre du jour d'une des prochaines CP : établissement d'une liste des organismes qui ont participé aux recensements et aux appels, liste des intervenants et numéros d'appels, en vue de réaliser un guide.

M. CANARELLI remercie Monsieur CHAMPION, contraint de quitter la séance mais qui laisse Laurence CADO le représenter pour la suite de la séance, d'être venu partager ces sujets avec la commission permanente.

II. Point d'information par l'ARS sur la stratégie de déploiement régional des DAC / dispositifs d'appui à la coordination

Au-delà de la présentation/lecture du diaporama, cf. slides 6 à 37, **Laurence CADO** a apporté les informations suivantes, notamment en réponse aux questions des membres :

- malgré la crise sanitaire, il n'y a pas de report des échéances : les DAC doivent être arrêtés pour le 26 juillet 2022 dans toute la France
- une équipe projet transversale a été mise en place en interne à l'ARS dont elle en assure le pilotage en lien avec une chargée de mission et une référente médicale. Y sont également représentées les équipes de la Direction de l'offre de soins (DOS), la Direction de l'offre médico-sociale (DOMS), le service juridique et le service système d'information (SI) de santé
- les Départements vont être rencontrés en réunions bilatérales en juillet sur le sujet ; l'objectif est d'arrêter les territoires maximum fin septembre/début octobre pour ensuite pouvoir lancer les accompagnements (chaque territoire/future DAC sera accompagné par un prestataire extérieur). A l'occasion de la CP d'octobre ou l'AP de décembre, ces territoires pourront d'ailleurs être communiqués.

- **M. CANARELLI** demande qui gèrera les centrales d'appels et quels seront les professionnels. **Mme CADO** répond qu'il n'y aura pas un dispositif de gestion par département. Le nombre de populations et de dispositifs ne sont pas les mêmes, des discussions sont en cours. Parfois il est préférable d'avoir un dispositif de coordination pour plusieurs départements. L'intérêt est d'avoir un dispositif pertinent. Il s'agit de fusion de dispositifs qui existent. Les personnels en poste dans le dispositif ont vocation de rejoindre le DAC. Il y aura aussi des liens à trouver avec les CPTS.

- sur la définition de la taille des territoires et le seuil minimum/maximum, en réponse à **Mme LABOUE**, **Mme CADO** répond que la majorité des régions travaille sur un échelon départemental. Si le territoire est infra-départemental, en tout état de cause, il peut difficilement être inférieur à une taille efficiente de 300 000 habitants. Il n'est pas exclu que des antennes soient prévues, tout n'est pas fermé. Il n'y aura, par contre, pas de territoire supra départemental / à cheval sur deux départements.

- à la question de **Mme LABOUE** sur l'articulation entre DAC et CPTS, **Mme CADO** répond que les CPTS se mettent progressivement en place dans la région, ils ont vocation de traiter de parcours, notamment complexes. Ces CPTS doivent être représentés dans la gouvernance des DAC, tout comme les établissements médico-sociaux, un point abordé d'ailleurs dans les groupes de travail de concertation sur le Ségur de la santé

- à la question de **M. DEHAENE** sur la différence entre le DAC et la PTA (Plateformes territoriales d'appui), **Mme CADO** répond que le DAC a une forme juridique plus forte avec des missions-socles, et qu'il s'agit d'une forme de PTA plus aboutie. Les 8 PTA de la région ne rejoindront d'ailleurs pas automatiquement les DAC

- **M. DELAVAL** souhaite s'exprimer sur l'enjeu budgétaire important : suite à l'affirmation du respect des moyens constants, les 15 millions d'euros du FIR dont bénéficient aujourd'hui chaque année les structures qui rejoindront les DAC, pourquoi les économies d'échelle qui, et c'est normal, vont s'opérer par exemple sur des postes, ne pourraient-elles pas être mises à profit pour essayer de couvrir la totalité des besoins des habitants ; un objectif que n'atteignent pas à ce jour les actuels dispositifs. Ces économies pourraient également servir à financer les transformations des métiers, en investissant sur l'adaptation des professionnels aux changements de pratiques.

- le guide GRREC sera numérisé prochainement et diffusé aux partenaires aussitôt

- **Mme TREPTE** demande quel lien pourrait-il y avoir entre les communautés 360 et les DAC notamment dans la demande d'accès aux soins. **Mme CADO** précise que le DAC a une vocation « tout public » et est polyvalent, pour tout professionnel confronté à une situation complexe, alors que la communauté 360 est en soutien aux habitants en situation de handicap et leurs proches aidants. Ce deuxième pourra solliciter le DAC.

A cette occasion, **M. CANARELLI** et **Mme TREPTE** demandent la présentation des communautés 360 à la prochaine CP.

- **M. CANARELLI** demande si les réseaux de prise en charge au sein des GHT (exemples : filière de prise en charge pédiatrique, de soins palliatifs, etc.) seront portés à la connaissance des DAC et/ou intégrés ? **Mme CADO** répond que les établissements de santé et les GHT seront les interlocuteurs des DAC qui viennent en subsidiarité, si quelque chose existe déjà sur un territoire, le DAC n'a pas vocation à le remplacer mais juste orienter le professionnel vers le bon interlocuteur.

- à la crainte du « mille-feuille » évoquée par le **Dr. KHODR** qui rappelle le 4^{ème} pilier du Ségur « fédérer les acteurs », **Mme CADO** précise que les acteurs du territoire seront bien intégrés lors de la création de la gouvernance du DAC qui inclut d'ailleurs des représentants d'utilisateurs.

M. CANARELLI remercie l'intervention claire de Mme CADO et les nombreux échanges sur ce sujet, qui méritait d'y consacrer du temps, avec une demande forte des partenaires.

III. Echanges et définition du calendrier et des travaux prévisionnels de septembre à décembre 2020

Un tour des dates fixées pour les prochaines commissions est réalisé :

CP : jeudi 17/09 après-midi, mardi 20/10 après-midi (*présentiel Lille + visio*)

Assemblée Plénière : mardi 1^{er} décembre journée (*présentiel Arras + visio*)

CSOS : jeudi 9 juillet après-midi (présentiel réduit à Lille + visio)

CSMS : jeudi 10 septembre matin (présentiel Lille)

CSDU : mardi 22/09 à Lille, jeudi 8/10 à Amiens, mardi 10/11 à Lille, mardi 15/12 à Amiens (journées / présentiel + visio)

CSP : mercredi 30/09 après-midi et 2/12 après-midi (présentiel Lille/Amiens)

Mme TREPTE tient à remercier M. CHEVRIER qui ne fait plus partie de la CRSA (départ en retraite). Elle souligne qu'il a été un acteur particulièrement important et actif, dans la CRSA et la CSDU au sein de laquelle il a assuré la fonction de Vice-Président. Malgré sa fonction de directeur/professionnel, il s'est toujours mis à la place de l'utilisateur. Elle précise de ce fait qu'une élection de VP sera prévue à la prochaine commission de rentrée.

Mme TREPTE ajoute également que la CSDU a pris la décision de ne pas maintenir la journée Droits des usagers 2020 pour cette année au vu du contexte sanitaire incertain et de la forte implication organisationnelle que cela implique. Par contre, la remise des prix pour le label Droits des Usagers pourrait être organisée le matin de la journée de la plénière de la CRSA, ce qui permettrait de valoriser les projets et ses porteurs, sachant qu'un des projets a notamment été primé au label national. **M. CANARELLI** approuve cette proposition.

Dr KHODR précise qu'à la séance de jeudi prochain, deux dates de CSOS seront fixées pour la fin d'année.

M. DELAVAL et la CSMS souhaitent consacrer leur prochaine séance aux prises en charge en Belgique.

IV. Appel à candidatures pour le jury de l'appel à initiatives démocratie en santé

Mme POULAIN fait un rappel du calendrier, cf. diaporama, *slides 40 à 42*.

Traditionnellement, il est fait appel aux membres de la CP pour faire partie du jury qui aura lieu le 3 et/ou 4 septembre selon le nombre de projets déposés (confirmation fin juillet). Pour rappel, il y a eu entre 25 et 45 projets déposés, en fonction des années.

Il serait intéressant de composer le jury de 10 partenaires (avec un équilibre de 5 personnes avec des fonctions régionales/5 territoriales). La déclaration publique d'intérêts (DPI) doit être complétée à la date de la réunion puisque le jury se prononce en faveur/défaveur de projets qui sollicitent un financement. Tout conflit d'intérêt éventuel devra donc être porté à connaissance, entraînant l'impossibilité de se prononcer pour le projet en question.

Les critères sont identiques à l'année précédente. Un premier tri sera procédé, en écartant dès le départ les projets non éligibles selon l'axe central de la note de cadrage (recours à un processus démocratique au service d'une offre de santé) et les critères administratifs (dossier complet, déposé avant la clôture de l'appel à projets,...).

En amont du jury, les membres doivent être plus actifs que les années précédentes et transmettre un premier retour de l'évaluation du projet. La nouveauté est également de pouvoir recevoir les opérateurs, qui viendront présenter leur projet en présentiel avec des questions/réponses ou en visio, selon leur disponibilité/préférence, en binôme professionnel et usager, dans l'idéal.

M. CANARELLI demande si des volontaires pour faire partie du jury souhaitent se manifester en séance : quatre membres se portent candidats : Mme TREPTE, Mme MALVOISIN, M. LEWANDOWSKI et Mme DEDOURGE. Monsieur DELAVAL communique également la candidature de Mme DUPONT DARRAS, absente.

Mme POULAIN remercie d'avance les volontaires et précise qu'un appel à candidatures complémentaire sera adressé par mail dès cet après-midi au reste des membres de la CP, ainsi qu'aux bureaux des six CTS.

V. Questions diverses et clôture

a) Prochaine consultation sur le zonage infirmiers

Après les médecins généralistes fin 2018, les orthophonistes et masseurs-kinés début 2019 et les sages-femmes au printemps dernier, **Mme POULAIN** explique que la CRSA sera à la rentrée saisie pour avis sur un cinquième zonage : celui des infirmiers. Ce sujet sera présenté avec les cartes correspondantes lors de la CP du 17 septembre, qui devra ensuite rendre un avis dans le délai imparti, deux mois à compter du lancement de la consultation.

b) Report de la journée régionale des usagers

Cette thématique a été précédemment abordée par **Mme TREPTE** au **point III**.

c) A compléter à la demande des membres de la CP

Pas de sujet.

En l'absence de questions supplémentaires, le Président clôture la séance à 12h30 et souhaite d'excellentes vacances à l'ensemble des membres, en ne baissant pas leur vigilance.

PV approuvé en séance du 17 septembre 2020

