

objet	
CONFERENCE REGIONALE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE	
Assemblée plénière	
date et lieu	services organisateur
Mardi 6 octobre 2020 13h30 à 17h00 en visio-conférence	<ul style="list-style-type: none"> • ARS – Mission démocratie sanitaire et usagers • Missions publiques

date d'approbation :

Participants membre de la CRSA ayant voix délibérative :

Collège 2 :

M. Gérard ALLARD, représentant de l'UFC Que Choisir
M. Gaël GOURMELEN, représentant de AIDES Pays de la Loire
Mme Françoise GUERIN-GIACALONE, représentante de l'AFM Pays de la Loire
M. André HERVOUET, représentant des associations de diabétiques des Pays de la Loire
Mme Geneviève MAGNIEZ, représentante de la Ligue contre le cancer
Mme Martine ROUTON, représentante de l'association Valentin Haüy aide aux aveugles et malvoyants
Mme Alette GAMBRELLE, représentante de l'URAF Pays de la Loire
M. Jacques FOURGEAUD, représentant de la fédération générale des retraités de la fonction publique, CDCA 53
M. René PAVAGEAU, représentant de l'UNSA, CDMCA 44
Dr Jean MYLONAS, représentant de la Croix-rouge Française, CDCA 49
Mme Marie-Hélène GAVREL, représentante de France Alzheimer Santé, CDCA 85
M. Pierre GIRAUD, représentant de l'UNAFAM Pays de la Loire
Mme Corinne LOVI, représentante de l'association Autisme 49, CDCA 49
M. Rémi TURPIN, représentant de l'APAJH, CDMCA 44

Collège 3 :

M. Erwann DELEPINE, représentant du conseil territorial de santé de Loire-Atlantique
Mme Elodie BASTIEN, représentante du conseil territorial de santé de la Sarthe
Dr Philippe FEIGEL, représentant du conseil territorial de santé de la Vendée

Collège 4 :

M. Gilles LATOURNERIE, représentant CFTC
M. Jean-Jacques PEAUD, représentant CGT-FO
Mme Anne GAUTIER, représentante de la chambre de l'agriculture

Collège 5 :

Mme Evelyne GILLOT, présidente de la CAF de la Mayenne
M. Jean-Michel LERAY, représentant de la Mutualité Française

Collège 6 :

Dr Anne-Léopoldine VINCENT, médecin conseiller technique auprès du recteur
Dr Michel BLANCHE, directeur du service universitaire de médecine préventive
Mme Patricia MARION, adjointe à la cheffe de service – service de PMI de la direction enfance familles du conseil

départemental de Loire-Atlantique

M. René DEMEULEMEESTER, administrateur de l'IREPS

Mme Valérie PARIS, déléguée régionale de la Fédération Addiction Pays de la Loire

Dr Denis LEGUAY, président de la CRSA Pays de la Loire, président de l'ORS Pays de la Loire

Collège 7 :

Mme Cécile JAGLIN-GRIMONPREZ, directrice générale du CHU d'Angers, déléguée générale FHF Pays de la Loire

M. Alain FOLTZER, président de la Fédération hospitalière privée Val de Loire-Océan

Mme Gwénoyée ABALAIN, déléguée régionale de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne Pays de la Loire

Mme Agnès PICHOT, directrice de l'HAD Nantes et région

M. Fabrice EVAÏN, directeur général association des œuvres de Pen Bron

M. Jean SELLIER, représentant de l'ADAPEI 49

Mme Cécile MONTIGNY-FRAPY, directrice Pôle hospitalier et gériatrique Nord Sarthe

M. Jamel KASMI, directeur de la Fondation Cémavie, Nantes

M. Bernard MORICEAU, directeur opérationnel Atlantique EMERA

M. Daniel BERNIER, représentant de la Fédération des acteurs de la solidarité Pays de la Loire

Dr Gilles GUSTIN, président de l'ADOPS 49

Dr Joël JENVRIN, responsable médical SAMU 44 – SMUR de Nantes

Dr Jean-Baptiste CAILLARD, président de l'URPS médecins libéraux Pays de la Loire

Dr Philippe COLLEN, représentant de l'URPS médecins libéraux Pays de la Loire

Dr Dominique BRACHET, représentant de l'URPS chirurgiens-dentistes libéraux Pays de la Loire

Dr Alain GUILLEMINOT, représentant de l'URPS pharmaciens libéraux Pays de la Loire

M. Serge CASIMONT, président URPS pédicures podologues libéraux Pays de la Loire

Dr François DIMA, membre du conseil régional de l'ordre des médecins Pays de la Loire

Dr Jean-Philippe EVEN, commandant le CMA 14, Tours

Personnalité qualifiée :

Pr Jean-François GIRARD

Titulaires ayant donné un pouvoir valide :

Collège 3 :

Pr Jacques DUBIN, pouvoir donné au **Dr Philippe FEIGEL**

Collège 4 :

M. Michel HAARDT, pouvoir donné à **M. René PAVAGEAU**

Collège 5 :

M. Philippe CHALET, pouvoir donné à **Mme Evelyne GILLOT**

Collège 7 :

Dr Yves BESCOND, pouvoir donné au **Dr François DIMA**

Dr Bruno RIOULT, pouvoir donné à **M. Alain FOLTZER**

Mme Anne-Cécile FOURRAGE, pouvoir donné à **Mme Valérie PARIS**

Mme Véronique BORRIELLO, pouvoir donné à **Mme Cécile MONTIGNY-FRAPY**

Mme Bénédicte LE STRAT, pouvoir donné au **Dr Philippe COLLEN**

Mme Fabienne EMPEREUR, pouvoir donnée à **Mme Agnès PICHOT**

M. Bernard SANSOUCY, pouvoir donné au **Dr Joël JENVRIN**

Participants membre de la CRSA, suppléants sans voix délibérative :

Collège 2 :

Mme Martine ROUTHON, représentant de Bucodes/SurdiFrance, vice-président de Surdi49

M. Michel LOUAIL, représentant de la confédération française des retraités, CDCA 53

M. Etienne JUSSAUME, représentant de l'union territoriale des retraités CFTD, CDCA 72

M. Daniel GERARD, représentant de la Mutualité française, CDMCA 44

M. Roger RAUD, représentant de l'union syndicale des retraités CGT, CDCA 49

M. Mamady KABA, représentant de l'association départementale des infirmes moteurs cérébraux de la Sarthe

Collège 7 :

Mme Eva RATIER, chargée de mission à la Fédération des acteurs de la solidarité Pays de la Loire
M. Jean-Yves LEMERLE, président de l'URPS masseurs-kinésithérapeutes libéraux Pays de la Loire

Participant membre de la CRSA ayant voix consultative :

M. Pierre CHEDOR, président de la CPAM de la Mayenne

Participants non membre de la CRSA :

Mme Stéphanie RABAUD, Mutualité Française
Mme Arièle LAMBERT, directrice du CREAL
Mme Peggy JEHANNO, directrice de l'URIOPSS
Mme Marie-Thérèse LEROUX, vice-présidente du conseil départemental de la Sarthe
Mme Hélène DEVAUX, chargée de mission, CRSA Pays de la Loire
Mme Elsa OGIEN, Missions publiques

Personnel de l'ARS :

M. Jean-Jacques COIPLLET, directeur général de l'ARS
M. Benoît JAMES, conseiller auprès de la Direction générale
M. Pierre BLAISE, directeur du Projet régional de santé
Mme Evelynne RIVET, responsable du département Accès aux soins primaires à la DOSA
M. Antoine AUGER, mission démocratie sanitaire et usagers

1. Approbation du compte-rendu de la réunion plénière de la CRSA du 16 juin 2020

Le compte-rendu est approuvé à l'unanimité.

M. LEGUAY souhaite que soit à nouveau diffusée la contribution de la CRSA des Pays de la Loire émises dans le cadre du Ségur de la santé.

(La contribution est sur le site de la CRSA : crsa.paysdelaloire.fr)

2. Le zonage des sage-femmes, présentation de Madame Rivet de l'ARS

Le zonage des médecins et infirmiers sera présenté à la fin de l'année 2020.

Le zonage des sage-femmes concerne le 1^{er} recours. L'objectif est d'installer les professionnelles dans les zones où l'offre de soins est insuffisante, et de réguler la présence dans les zones où les professionnelles sont en trop grand nombre.

Le zonage actuel date de 2013.

Dans la région des Pays de la Loire :

- les zones sur dotées et très dotées représentent 36 % de la population de la région. L'offre de soins y est particulièrement élevé, seuls les remplacements y sont possibles, pas les nouvelles installations ;
- les zones intermédiaires représentent 57 % de la population. L'installation n'y est pas régulée ;
- les zones sous dotées et très sous-dotées représentent 6% de la population de la région. Des aides financières (principalement de l'Assurance Maladie) sont possibles : à l'installation, et pour encourager les professionnelles à rester sur place.

Le découpage territorial est celui de l'INSEE, et l'indicateur est calculé au niveau national. Il s'agit de l'accessibilité potentielle localisée qui évalue l'accès aux sages-femmes pour les femmes de 15 à 49 ans. Si le temps d'accès à une sage-femme est supérieur à 30mn, l'accès est considéré comme nul. Les données de référence sont celles de l'année 2017.

Les zones les plus sous-dotées se situent principalement en Sarthe et en Mayenne , ainsi que quelques zones à la frontière du Maine et Loire et de la Loire Atlantique, et dans le sud de la Vendée.

Les professionnelles ont été consultées et ont choisi de conserver le zonage tel qu'il a été établi au niveau national.

Le zonage a été approuvé par la commission de l'organisation des soins (CSOS) de la CRSA.

M. CAILLARD exprime ce qui a été discuté en CSOS : la CSOS a pris en compte l'avis des sage-femmes et le fait que le résultat du zonage est cohérent par rapport aux besoins exprimés sur le terrain.

M. LEGUAY demande si le fait que les données sur lesquelles est basé le zonage datent de 2017 induit des erreurs.

M. CAILLARD répond qu'il existe en effet un décalage de 3 ans, mais le maillage précédent était bien plus ancien et se basait sur des données de l'année 2010.

Chez les médecins le maillage est revu tous les trois ans.

M. LEGUAY demande comment expliquer la sur dotation en Loire Atlantique et en Vendée.

Mme RIVET n'a pas d'explication, il s'agit sans doute de raisons historiques.

Les sage-femmes auraient pu proposer un remaniement du zonage proposé mais il n'y a pas eu de proposition d'échange de zones.

M. LEGUAY demande si la correction des zones sur dotées est un effet des mesures accompagnant le zonage.

Pour M. CAILLARD cela s'explique ainsi puisqu'il n'est pas possible pour les sage-femmes de s'installer en zones sur dotées.

M. COLLEN demande si l'on réfléchit en terme de présence médicale globale sur une zone puisque l'activité des sage-femmes se chevauche avec celle des généralistes et des gynécologues.

Mme RIVET précise qu'il n'y a pas d'interaction avec les autres professionnels de santé. Le zonage ne concerne que les sage-femmes et leur activité, leur volume d'actes n'est pas croisé avec celui des médecins.

Pour M. BLAISE il pourrait en effet y avoir une prise en compte de l'activité médicale de façon plus globale, notamment dans la mesure où la présence de sage-femmes peut venir compenser l'absence de médecins généralistes dans certains champs d'intervention et vice versa (dépistage, contraception, suivi de grossesse). L'APL amène une pondération qui est plus fine que la simple densité de professionnels de santé.

M. GIRARD comprend et soutient le critère de l'APL personnellement. Mais en tant qu'élus il ne le comprend pas ; en effet, les élus mettent en cause cet indicateur qui est vu comme une construction technocratique. Il y a un problème de communication à son sujet.

M. LATOURNERIE demande s'il y a un rapport entre zones sur dotées et taux de natalité ; la métropole nantaise étant par exemple très dynamique en terme de natalité.

Mme RIVET répond que la population nantaise est jeune et qu'il y avait ces dernières années un problème d'accès aux sage-femmes puisque le dernier zonage ne permettait pas l'installation de nouvelles sage-femmes dans la métropole.

M. PAVAGEAU demande si les sage-femmes font partie des CPTS et si le zonage a eu un impact sur l'installation des CPTS.

Pour Mme RIVET les sage-femmes s'inscrivent dans les projets des territoires. Il est cependant difficile de répondre à l'impact du zonage sur les CPTS.

Pour M. BLAISE le zonage permet de réguler l'installation des sage-femmes, il a un effet restructurant. Ensuite il faut un travail avec l'ensemble des professionnels au sein des CPTS.

Pour M. BRACHET les sage-femmes font partie des professionnels de santé et les CPTS sont libres de prendre ce sujet en main, de s'organiser, de prendre des mesures pour attirer des sage-femmes, de se coordonner avec d'autres professionnels pour répondre aux besoins de la population.

M. LEGUAY conclut qu'il y a une acceptation du zonage et de ses conséquences. Et que la corporation a donné un avis positif. Il propose de voter favorablement. Il ajoute qu'il faut se féliciter que la profession de sage-femme ne souffre pas trop de déshérence.

Mme RIVET indique que l'ARS travaille aussi avec les URPS, notamment sur la mise en place de stages des étudiantes sage-femmes en zones sous dotées.

Le quorum étant respecté avec 58 voix délibératives possibles, dont 10 pouvoirs recevables (le quorum étant de 48 présents ou représentés), il est procédé au vote sur ce point.

Le zonage est approuvé à l'unanimité.

3. Recommandations de la CRSA dans le champ santé/précarité, présentation de Jean-Michel LERAY

Des échanges ont eu lieu en CRSA en 2019 et un document a été élaboré permettant d'avoir une doctrine et un langage communs entre acteurs du champ santé-précarité.

La recommandation émise en 2019 de l'époque était assez vaste et générale et avait suscité la nécessité d'être concrétisée par quelque chose de plus opérationnel.

Le groupe permanent a dès lors travaillé sur deux aspects particuliers :

- la coordination
- la médiation en santé

a) la coordination

Il s'agit d'organiser une coordination de terrain, autour de situations qui peuvent être complexes sur l'état de santé mais aussi sur la situation plus globale de la personne.

Un exemple concerne les sorties de prison : pendant le confinement il y a eu des libérations anticipées de détenus, mais sans aucun accompagnement.

Un autre exemple est celui des jeunes qui sont en situation de demande d'aide par rapport à l'emploi et pour lesquels il y a aussi un problème de logement, de santé. La mission locale ne sait pas comment faire ni comment prioriser et vers qui orienter.

L'objectif de la coordination est d'identifier sur un territoire une personne qui serait un interlocuteur unique et qui prendrait en main la situation de la personne et qui aide en terme de logement, d'insertion, de santé... Il ne s'agit pas de créer une nouvelle structure mais de s'appuyer sur les lieux qui existent et de trouver une personne qui peut jouer ce rôle de coordination. Il faut prendre en compte les possibilités de financement.

b) la médiation en santé

Il existe des exemples au Mans et dans Les forges en 44.

Il s'agit d'aller vers les populations très éloignées du soin et souvent en très grande précarité, notamment les populations Roms et migrantes.

Il s'agit de remettre la personne dans le circuit du droit commun, avec un médecin traitant notamment.

Le territoire pertinent n'est pas forcément celui du département. Cela peut aussi être développé dans le cadre d'un contrat local de santé. La question du financement se pose aussi.

M. PAVAGEAU informe que le CDCA avait travaillé sur la coordination des acteurs à domicile. Le coordonnateur désigné doit avoir du temps et il faut également trouver un financement. La coordination est également très importante pour permettre le partage d'informations entre les acteurs de terrain. Pour **M. PAVAGEAU** il faut vraiment aborder les questions concrètes sur la mise en place, il demande donc si l'ARS est prête à mettre les moyens nécessaires à la mise en oeuvre.

Pour **M.VERNET** le choix de la coordination doit être travaillé entre différents acteurs. On ne peut pas avoir d'organisation pré déterminée à l'avance.

Mme GAMBRELLE demande s'il y a eu des échanges avec des territoires qui ont mis ce genre de dispositif en place. Des territoires frontaliers sont souvent confrontés à ce genre de problème, et il pourrait y avoir des exemples de programmes européens.

Mme RATIER répond que le groupe permanent n'a pas eu connaissance de tels travaux. Il y a un travail en cours sur la coordination en Vendée avec les acteurs sociaux et sanitaires pour éviter les ruptures de soins, et l'inter connaissance des secteurs du sanitaire et du social permettrait de trouver des réponses à des situations difficiles.

Pour **M. LERAY** la coordination ne se décrète pas. C'est aux acteurs de terrain de dire qu'il y a la nécessité de se coordonner. Dans les régions les échanges se font avec l'ARS, et aussi avec la DRJSCS.

M. TURPIN se demande comment on informe les personnes concernées. Il ne faut pas amplifier des mille feuilles déjà complexes.

Pour **M. LEGUAY** il s'agit ici de personnes en situation de précarité qu'il faut accompagner.

Pour **M. PAVAGEAU** la 1ère obligation est d'assurer un équilibre entre droit commun et droits spécifiques. Il faut que les acteurs se connaissent, il faut une coordination organisée, pérenne et pas bénévole.

Pour **M. COLIN** une réponse possible réside aussi dans la capacité des professionnels à joindre une plateforme territoriale d'appui qui pourrait prendre le relais. Ce dispositif est en cours en Vendée. Les professionnels peuvent joindre la plateforme territoriale pendant la consultation, même si cette plateforme n'est pas en premier lieu destinée aux professionnels de santé.

M. BERNIER ajoute que certaines structures ont une fonction de coordination. Mais pour les personnes les plus précaires il faut un accompagnement encore plus rapproché, avec une coordination au plus près de la personne et pas uniquement une coordination inter institutionnelle.

M. LEGUAY demande si la recommandation du groupe santé précarité nécessite une actualisation du Projet régional de santé sur ce thème.

M. LERAY répond qu'il faut sûrement une modification du PRAPS. L'ARS n'a pas de réticence quant à ces recommandations mais il faut un cadre. Il faut travailler à partir de la recommandation, puis orienter le PRAPS pour que les deux aspects de coordination et de médiation deviennent réalité. L'objectif de travail du groupe permanent sera, peut-être en 2021, d'avoir un regard sur ce qu'il faut modifier et actualiser dans le PRAPS.

Pour **M. BLAISE** ces deux sujets sont en effet dans le PRAPS, mais sans déclinaison opératoire. C'est dans d'autres dimensions qu'on va trouver des éléments de réponse. La 1ère demande des personnes qui ont besoin d'accompagnement n'est pas souvent celle de la santé. Les dimensions concernées sont notamment celles de l'interprétariat et des plateformes territoriales d'appui qui sont conçues d'abord pour les personnes mais peuvent aussi être mobilisées par les professionnels.

Beaucoup de dispositifs « d'aller vers » existent mais ils ne couvrent pas tous les besoins.

Dans le cadre de l'article 51, il y a des échanges autour de la création d'un modèle de rémunération au parcours, de financement de psychologues, voire d'ethno psychologues. Il faut concevoir quelque chose de soutenable, même si le processus est difficile. Il faut aller vers les acteurs territoire par territoire et pas uniquement vers les acteurs institutionnels.

Pour **M. LERAY** la notion de parcours est essentiel. Ce qui est important aussi c'est que les acteurs ont appris à se connaître, grâce à ce groupe permanent santé précarité, ils sont conscients de la nécessité de trouver des personnes et des moyens.

Pour **M. BLAISE**, il faut aussi différencier selon les territoires, les quartiers, dans chaque endroit il faut construire le tissu d'acteurs. Les CPTS doivent aussi permettre ce travail en commun, il faut que les CPTS s'emparent de ce sujet et deviennent un levier pour des décroissements, des modifications réglementaires etc.

La recommandation est soumise au vote et est approuvée à l'unanimité.

Le 20 novembre 2020 aura lieu une réunion de retour d'expériences sur l'organisation des acteurs durant la période du confinement et post confinement, ce qui a été rendu possible et ce qui est pérennisé.

4. Les ateliers participatifs de la démocratie en santé, présentation de Denis Leguay

Le 15 octobre 2020 a eu lieu un atelier à Laval, accueilli par le Conseil Départemental. Les démarches évoquées dans le département sont volontaristes, et ce dans un cadre contraignant du fait de la démographie médicale dans le département.

36 personnes étaient présentes.

Le débat fut riche, mature, et sérieux, avec une forte évolution des échanges depuis le début de la mise en place des instances.

La question de départ était celle de la démographie des professionnels de santé : celle-ci est toujours envisagée sous l'angle de l'offre, mais elle doit aussi être vue sous l'angle de la participation des usagers. Il faut se demander s'il y a une distance à franchir pour les usagers, de façon individuelle ou collective, afin qu'ils prennent leur part de façon aussi nécessaire que l'évolution de l'offre de soins.

La crise sanitaire actuelle repose cette question de la part des usagers. Il y a un réel enjeu de respect des mesures barrières. La rigueur du respect des règles est liée à l'acceptabilité sociale, elle-même liée aux conditions de l'élaboration de la décision.

La démocratie sanitaire est une arme de prévention de la pandémie.

Les hésitations, les remises en cause étaient naturelles au début de la crise. Le ressenti a été celui d'une grande verticalité dans la prise de décision. Lors des échanges en Mayenne, avec les élus notamment, il est apparu que la chaîne de commandement procédait d'en haut, avec une position prééminente du Préfet, avec un certain cloisonnement et un manque d'échanges. Il faut désormais multiplier les échanges : Conférences territoriales de santé, Comités départementaux à l'autonomie et à la citoyenneté... Les espaces d'échanges existent, il faut les faire vivre et les associer. Cela permet une plus grande adhésion aux mesures décidées.

La recommandation sortie de la réunion est de décider de faire vivre ces lieux de concertation et de leur laisser une place. Il faut identifier qui participe à l'élaboration d'une orientation d'action puis identifier qui décide et qui prend la responsabilité.

Pour **M. CHEDOR**, les échanges, de très bonne qualité, ont eu lieu sur la place des usagers, sur l'élaboration des décisions.

Pour **M. DIMA**, l'éducation de la demande est importante mais l'élément essentiel reste la répartition géographique des professionnels. La structure hébergée par la mutualité à Laval traite 12 000 dossiers de patients pour une agglomération de 30 000 habitants.

Les migrants constituent une part de la population prise en charge mais entre 20 et 30 % des rendez-vous des migrants ne sont pas honorés. Les programmes de soins sont possibles lorsque les migrants sont accompagnés ; c'est très difficile avec des migrants non accompagnés.

Durant la crise sanitaire, au SAMU, des informations arrivaient chaque jour « d'en haut », or sur le terrain il faut faire primer le bon sens.

M. LERAY ajoute qu'il y a en effet une grande différence entre migrants accompagnés et migrants non accompagnés. La notion d'accompagnement est l'élément clef et pour accompagner il faut les outils nécessaires.

Deux éléments sont importants à souligner suite aux échanges en atelier : il y a une appétence à se réunir, échanger, à se rencontrer au niveau des acteurs locaux, il ne faut pas être frileux dans ce domaine. La coordination ne se décrète pas, il faut ancrer les choses sur les territoires.

Pour **M. LEGUAY**, ce qui fonctionne c'est la transversalité. On sent un grand besoin des acteurs d'échanger sur ce qui doit être pérennisé et sur ce qui doit être revu.

5. Point d'étape sur la situation du COVID-19 au 16 octobre 2019 en Pays de la Loire, présentation de Benoît James

Depuis fin juin est constatée une progression plus ou moins rapide du nombre de cas positifs. Il y a eu un 1^{er} pic courant juillet, ce pic est à mettre en relation avec la situation vécue en Mayenne,

Puis il y a eu un 2^{ème} pic en Sarthe où il y avait une augmentation constante du nombre de cas positifs.

Depuis fin août, début septembre, l'augmentation du nombre de cas positifs s'accélère.

Il y a eu une augmentation constante jusqu'au 20 septembre puis une petite baisse se profilait. Mais les chiffres reçus le 6 octobre montraient une augmentation. La reprise de l'épidémie est donc à confirmer.

Au plus fort de la crise le taux de reproduction du virus était de 3,6 ; à ce jour une personne contaminée contamine 1,04 personne.

Le taux de positivité a augmenté de nouveau récemment. La situation inquiète en Mayenne car il y a une augmentation régulière qui n'est pas stoppée. La Mayenne passe donc en vulnérabilité élevée. En Sarthe, la situation

est en dents de scie. En Vendée, il y a une croissance exponentielle, les baisses des derniers jours ne se confirment pas.

Le Préfet classe les zones en vulnérabilité : limitée – modérée – élevée.

Ce classement permet au Préfet d'avoir des prérogatives supplémentaires. Ce n'est pas l'ARS qui décide, c'est le centre de crise sanitaire qui propose, le ministre de la santé valide, puis le centre interministériel. L'ARS suit les évolutions au niveau infra territorial.

Concernant le suivi des hospitalisations : depuis mi-août il y a une petite augmentation. Un pic est apparu la semaine du 29 septembre. Les lits de réanimation sont occupés à 10 %, le seuil d'alerte est à 30%.

Concernant l'activité du contact tracing : les signalements proviennent principalement du secteur universitaire.

233 clusters ont été identifiés depuis le 11 mai 2020 dont 88 sont en cours actuellement.

120 ont été identifiés depuis le 1^{er} septembre.

La rentrée a amené un brassage et une circulation du virus.

Le milieu scolaire est fortement présent : il représente la moitié des clusters. La majorité sont en lien avec le milieu des étudiants.

Les clusters en lien avec les rencontres sportives sont également importants.

Depuis septembre réapparaissent les clusters en EHPAD, et dans les abattoirs.

Lors de la 1^{ère} vague :

- il n'y avait pas de stratégie de dépistage. Actuellement : 10 000 tests sont réalisés chaque jour.
- concernant les hospitalisations : la maladie est mieux soignée, le turn over en réanimation est différent. Les patients restent 2 semaines en hospitalisation contre 3 semaines auparavant.
- la population connaît les mesures barrières.
- les décès : il y a entre 0 et 1 décès par jour, contre 14 à 15 décès par jour en moyenne au plus fort de la crise.

Les différents axes du plan d'action de l'ARS :

- anticiper, veiller, et disposer du bon thermomètre : sur différentes échelles, avec des suivis et analyses au quotidien
- dépister, tracer, isoler. Début octobre a connu une baisse du dépistage, or l'objectif est de réaliser 15 000 dépistages par mois.
- prévenir et prendre soin : respecter et faire respecter les gestes barrières, prendre soin notamment des plus vulnérables
- préconiser des mesures d'ordre public : la mesure emblématique est le port du masque obligatoire. L'interdiction de rassemblements de plus de 30 personnes a également été prise dans certains départements.
- gérer les situations d'urgence et être solidaires : responsabilisation des acteurs (établissements socio et médico sociaux, entreprises, monde sportif)
- communiquer, sensibiliser et engager des actions vers le « aller vers » : relais par les MDA, missions locales, SUMPPS ; mise en place de brigades pour assurer le suivi renforcé pour les personnes vulnérables en Pays de la Loire.

M. LEGUAY demande s'il y a des influenceurs pertinents dans le champ de la santé.

M. JAMES répond que l'ARS cherche des influenceurs qui puissent communiquer vers les publics jeunes.

M. LEGUAY demande si la gestion est très locale, territoriale, pour éviter les mesures massives et pour essayer de faire fonctionner le triptyque dépister-tracer-isoler.

M. JAMES explique que la stratégie repose sur deux piliers : le pilier « dépister, alerter, protéger » et le pilier de la promotion des gestes barrières. Les mesures d'ordre public sont une conséquence des gestes barrières.

Pour **M. BLAISE**, il y a le levier d'aval qui consiste à arrêter les contaminations, et en amont il faut éviter les nouvelles contaminations. Il faut trouver le bon curseur entre acceptabilité et efficacité. L'enjeu est de freiner la circulation du virus pour éviter la 2^{ème} vague, même si les services de réanimation vont être moins vite saturés.

M. LEGUAY demande si les services sont actuellement débordés.

M. BLAISE répond que l'on est proche du débordement, mais que pour l'instant il n'y a pas d'impact pour les établissements de santé. Il y a un décalage dans le temps car dans les services de réanimation cela ne bouge pas.

Les gens vont moins se faire dépister ces dernières semaines donc le taux d'incidence diminue. On ne dépiste plus les personnes asymptomatiques, aussi la photographie de circulation du virus est devenue décalée, on ne dispose plus de la photo de croissance. Le risque de contamination se situe notamment dans les restaurants.

Mme JAGLIN précise que les établissements de santé ne sont pas débordés par les patients COVID, ils s'efforcent de ne pas déprogrammer les interventions. Il y a aussi la problématique de l'absentéisme qui est deux fois plus élevé que la normale.

M. COLLEN s'interroge sur l'accessibilité des tests ainsi que sur les mesures d'isolement. Le dispositif d'isolement en hôtel est toujours d'actualité, il est piloté au niveau des Préfets. Il a été utilisé par 100 personnes.

M. PAVAGEAU évoque les limites des politiques incitatives et demande si la stratégie est de tenir jusqu'au vaccin. Il faut faire attention à avoir des discours clairs.

M. LATOURNERIE se prononce pour les politiques incitatives. Il relève également que la fatigue des personnels de santé est une vraie difficulté. Il a des interrogations sur le faible nombre de lits de réanimation, sur l'efficacité des masques lavables, sur le mode opératoire d'utilisation des masques, et a observé encore des files pour le dépistage devant les laboratoires.

Il faut poursuivre le lien entre santé au travail et santé publique.

M. JENVRIN relève que les urgences et les médecins libéraux observent une diminution des consultations relatives au COVID depuis quelques jours. Il se demande s'il y a une réelle diminution de circulation du virus ou bien si les gens ne viennent plus se faire dépister. Il soulève que les gens sont peut-être plus attentifs sur les gestes barrières. Il demande quel est l'impact des messages sur la poursuite des soins ? Il existe un risque de renoncement aux soins du fait du martèlement médiatique permanent sur la crise.

M. BLAISE répond :

- sur le nombre des lits de réanimation : les discussions vont s'engager pour que le nombre de lits soit suffisant, ajusté aux besoins.

- sur l'efficacité du masque : le port du masque dans le milieu sanitaire permet de ne pas contaminer et être contaminé. Le masque non chirurgical est efficace car il limite les projections, non pas à 100 % mais cela limite les risques. Le port du masque dans l'espace public crée un rappel, cela permet de l'avoir quand on en a besoin.

Sur le taux de positivité : il n'y a pas d'analyse de certitude mais un doute sur la baisse du taux d'incidence dans la région car il y a un décalage de 15 jours entre ce qu'on observe et ce qui est la réalité sous jacente. Il faut interpréter ce qui est en train de se passer et c'est difficile.

Il vaut mieux prendre un excès de précaution mais le port du masque n'est pas une atteinte aussi importante que s'il faut de nouveau confiner.

Sur la stratégie retenue : il s'agit bien de vivre avec le virus tant qu'on ne peut pas l'éliminer. L'efficacité des premiers vaccins ne sera pas optimum. Il y aura aussi les questions sur qui vacciner.

Il existe 3 logiques face au virus :

l'élimination du virus par le confinement (en Chine, en Nouvelle-Zélande) ;

en France il a été décidé de vivre avec le virus ;

la Suède quant à elle a mis en place des mesures de confinement identiques depuis le mois de mars (distanciation sociale).

L'acceptation des mesures est peut-être plus facile quand elle ne varie pas, en France les changements sont déléteurs dans la compréhension du public.

M. LEGUAY demande s'il s'agit de laisser progresser le virus pour atteindre une immunité collective sans le dire.

M. LERAY relève que les contradictions des décisions publiques n'aident pas à la bonne pratique des gestes recommandés.

M. BLAISE répond que la stratégie n'est pas l'immunité collective, ce serait déraisonnable, ce serait un pari dont l'efficacité n'est pas scientifiquement démontrée.

Pour **Mme LOVI**, il faudrait diffuser la stratégie choisie par le gouvernement. Une bataille de générations semble s'installer. Si tout le monde comprend que l'objectif est de protéger les personnes vulnérables, de limiter la propagation et de ne pas emboliser les lits en réanimation, c'est plus facile de faire accepter les gestes barrière.

Pour **M. BLAISE**, ce virus attaque aussi les fondements de notre société. Les jeunes sont victimes du virus, et non coupables de sa propagation.

Mme LOVI exprime que pour certains publics, le déconfinement, les nouvelles règles sont compliquées, il faut une communication simple, respecter les règles, on peut aussi vivre avec d'autres.

Pour **M. LERAY**, il faut raison garder : les jeunes ont aussi le sens de la responsabilité mais souhaitent vivre comme des jeunes. Il ne faut pas opposer les populations entre elle. La prise de risque est fondamentale dans la nature humaine.

6. Questions diverses

a) **M. LEGUAY** annonce que le président de la CRSA de Bretagne, M. Gaillard organise une journée sur les dix ans des CRSA : impacts, réussites, échecs, perspectives, le 13 novembre 2020. Les propositions pourraient être intégrées dans de futures recommandations.

M. ALLARD souhaite que les CRSA deviennent le Parlement de la santé. Il faut faire des propositions au vu des 10 ans de fonctionnement des CRSA.

b) Hommage

M. ALLARD a rendu hommage à Véronique POZZA, décédée le 4 septembre 2020. représentante des usagers dans des établissements de santé, présidente du CISS, membre de France Asso Santé :

« A la suite de la disparition début septembre de Véronique Pozza, notre président, dans un message à la CRSA, avait écrit de belles phrases à sa mémoire en soulignant sa voix forte au service de la parole des usagers. Au nom de la représentation des usagers de la CRSA, je voudrais également saluer la mémoire de Véronique Pozza.

Véronique n'avait jamais été membre de notre instance, mais je pense que la plupart d'entre nous avait eu l'occasion de la rencontrer. Présidente du CISS durant de nombreuses années, et à la suite Présidente de France Assos Santé Pays de la Loire, Véronique Pozza a beaucoup donné de son énergie pour promouvoir la place des usagers et de leurs associations dans le système de santé, dans notre région, et au niveau national.

Salut Véronique, nous n'oublierons pas ton investissement dans la vie associative au service des autres. »

La prochaine CRSA aura lieu le mardi 1^{er} décembre 2020