La LETTRE de l'ARUCAH
BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 35 – Juillet 2021

La lettre des représentants des usagers du système de santé

L'Appel du 27 juin :

Le débat sur l'obligation vaccinale contre le Sars-CoV-2, un moment envisagée, l'an dernier, pour les personnes fragiles (personnes âgées en particulier), a vite été abandonné, par la volonté du Président de la République. Une telle obligation ne concernant qu'une partie de la population aurait en effet été contraire au principe d'égalité des individus, ainsi qu'aux dispositions du code civil (article 16 à 16-9) qui consacre les principes de respect de l'intégrité du corps humain et de consentement avant toute intervention, y compris médicale, portant atteinte à cette intégrité.

Le débat sur la vaccination des soignants :

Le débat sur l'obligation vaccinale a resurgi en mars -avril, cette fois pour les seuls soignants, et principalement ceux des EHPAD. Devenu polémique, il a fait couler beaucoup d'encre et de salive, les gardiens de l'éthique (CCNE, académie de médecine, cellule de soutien éthique, ordre professionnels etc…) prenant part à ce débat. Il s'était cependant atténué après la campagne de vaccination des résidents d'EHPAD et avec la possibilité pour les soignants de choisir leur vaccin après la disgrâce de l'Astra Zeneca.

L'appel et la menace du ministre :

Le débat vient de revenir dans l'actualité avec l'*« appel solennel »* lancé le 17 juin, par le Ministre de la Santé lui-même, aux soignants, notamment ceux des Ehpad, qui ne sont pas encore vaccinés, estimant que « c*'est en Ehpad qu'on trouve les personnes les plus fragiles, … et qu'il est indispensable et éthique de se faire vacciner quand on est au contact de personnes fragiles »*, tout en précisant que *« si, d'ici la fin de l'été, ça ne devait pas s'améliorer,… nous nous poserions la question d'une obligation vaccinale pour ces publics particuliers »*.
Alors que 60% de la population générale adulte a déjà reçu une dose, ce même pourcentage serait de 50% pour ces agents (en BFC il est de 56,3% pour les soignants des EHPAD-USLD, et de 80,3% pour les professionnels libéraux selon SPF).

Le même jour, Santé Publique France (SPF) indiquait qu'à peine 42% des professionnels des EHPAD et USLD étaient complétement vaccinés et que 55% ont reçu une première injection, ce qui est beaucoup moins que les résidents complétement vaccinés à 81%. Après une embellie, SPF constate un ralentissement du rythme de progression. Les groupes professionnels annoncent cependant des chiffres plus élevés : Korian de 65 à 70%, FHF 60%, tout en appelant de leurs vœux une obligation vaccinale.

Le 27 juin le Ministre de la Santé a confirmé sa « menace » et il semblerait que le projet de loi soit en cours de rédaction pour être soumis au Parlement à la rentrée, voir même avant la fin de la session en cours .

Une obligation pourquoi pas ?
Ce ne serait pas une première puisque l'article L 3111-4 du code de la santé publique (loi du 23 février 2017) prévoit bien qu' « *une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention, de soins, ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant ou exposant les personnes dont elle est chargée à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe ».*
La même obligation s'impose aux étudiants des professions médicales et paramédicales et aux personnels des laboratoires d'analyses médicales.
En complément de ces vaccinations obligatoires, certaines vaccinations (contre la rubéole, la varicelle ...) sont recommandées. Toutefois l'obligation vaccinale contre la grippe est suspendue depuis 2006 et celle contre la typhoïde depuis 2020 (par décrets).
Il suffirait donc, par la loi, d'ajouter la vaccination contre le coronavirus Sars-CoV-2 à cette liste.
La vaccination obligatoire s'impose au salarié. Pour en être dispensé il doit fournir un certificat médical attestant une contre-indication à cette vaccination, mais cela peut faire obstacle à son recrutement ou limiter le champ de son activité professionnelle.
Rappelons qu'en population générale, 11 vaccinations sont obligatoires, sauf contre-indication médicale reconnue, dans des conditions d'âge déterminées par décret et que « les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui assurent la tutelle des mineurs sont tenues personnellement responsables de l'exécution de l'obligation ».

Atteinte à la liberté avanceront certains pour rejeter l'obligation. Pas exactement puisqu'en fait il ne s'agirait que d'une condition pour exercer le métier de soignant

Mais sans moyen coercitif :
Il existe donc déjà une obligation de vaccination pour les personnels des établissements de santé et EHPAD, mais est-elle respectée ? Il faudrait demander aux DRH et aux médecins du travail de ces établissements , mais il est probable qu'ils ne puissent ou ne veuillent répondre.

En toute logique tout professionnel qui ne se soumet pas à cette obligation devrait être, sinon exclu de l'établissement, du moins affecté à d'autres fonctions l'éloignant des patients. Ce n'est pas réaliste dans le contexte actuel de pénurie de soignants candidats au recrutement. Ce que nos voisins suisses peuvent se permettre ne peut être transposé chez nous. Quel DRH pourrait, pour ce seul motif, se permettre de retirer une infirmière des services de soins ?

Un devoir certainement… sinon une obligation :
Si la vaccination contre le Sars-CoV-2, n'est pas encore une obligation juridique, elle n'en reste pas moins un devoir professionnel et une obligation éthique impérieuse comme l'a rappelé le Ministre. On peut espérer que son appel du 17 juin soit entendu, et que la responsabilité des soignants l'emportera sur la menace.

A défaut, on pourra comprendre qu'il suive l'Académie Nationale de Médecine (communiqué du 9 mars), qui « considérant **que l'hésitation vaccinale est éthiquement inacceptable chez les soignants,** recommande de rendre obligatoire la vaccination contre la Covid-19 pour tous les professionnels de santé exerçant dans le secteur public ou libéral, dans les établissements de santé et dans les EHPADs, ainsi que pour les auxiliaires de vie pour personnes âgées ».

Mais pourquoi attendre la fin de l'été ?

1- Echos -covid

Alors que la circulation du virus est en régression constante et que les contraintes disparaissent progressivement, on peut se demander si cette rubrique est encore justifiée. La réponse est positive si l'on considère que le risque existe toujours et que le virus fait encore des morts.

1-1 Avis et stratégie

1- *Conseil scientifique :*

- *« les variants B.1.617* ***dits « indiens » :*** avis du 24 mai (20 pages)

Le conseil scientifique s'attache principalement à préconiser les mesures de contrôle à prendre (ou à renforcer) pour les personnes arrivant du Royaume-Uni, ou ce variant est en expansion. Il dresse également l'état des lieux du criblage et du séquençage nécessaire à la surveillance génomique en France.

2- *HAS :*

- *« Stratégie de vaccination contre la Covid-19 -place du vaccin à ARNm COMIRNATY® chez les 12-15 ans »* recommandation du 2 juin 123 pages

La HAS estime que ce vaccin peut être utilisé à partir de l'âge de 12 ans, comme le prévoit son AMM conditionnelle :

- ✓ en priorité chez les adolescents présentant une comorbidité ou chez les adolescents appartenant à l'entourage d'une personne immunodéprimée ou vulnérable,
- ✓ chez les adolescents sans comorbidité, dès lors que la campagne de vaccination de la population adulte sera considérée comme suffisamment avancée.

Elle encourage la vaccination en milieu scolaire pour garantir le succès de la campagne vaccinale chez les adolescents.

Elle regrette que l'AMM débute à 12 ans, excluant de ce fait les enfants en première année de collège, ce qui rendra difficilement compréhensible une vaccination incomplète de l'ensemble des collégiens.

- *« vaccination en anneau et la vaccination réactive devant l'émergence de variants du SARS-CoV-2 »*avis du 17 juin 14 pages

La vaccination en anneau est une stratégie vaccinale qui repose sur la vaccination des contacts (1er anneau ou contacts de 1ère génération) et des contacts des contacts (2ème anneau ou contacts de 2ème génération).L'objectif est de contrôler la diffusion de l'agent infectieux.

La HAS considère qu'une stratégie de vaccination en anneau paraît peu pertinente au regard des délais d'incubation et d'obtention d'une protection vaccinale.

En revanche, une vaccination réactive contre la Covid-19 visant, non pas les contacts du cas index mais l'ensemble de l'entourage des cas chez qui un variant émergent aurait été détecté (c'est-à-dire l'ensemble des individus du foyer du cas détecté, des personnes à son lieu de travail) pourrait apparaître comme une intervention intéressante.

- *« Covid-19 : quelle utilité aujourd'hui pour les tests sérologiques ? »*

Communiqué de presse du 23 juin

La HAS considère :

- ✓ que la décision de proposer une dose supplémentaire aux personnes immunodéprimées ne peut, à ce stade, être conditionnée au résultat négatif d'une sérologie post-vaccinale,
- ✓ qu'il n'y a pas lieu, dès lors, de recommander à ce jour une sérologie post-vaccinale chez les patients immunodéprimés.
- ✓ que l'utilisation de sérologies pour rassurer sur une bonne protection après leur vaccination n'est pas pertinente.

3- *Académie de médecine :*

- ***«****Pour vaincre la Covid-19,une bonne vaccination vaut mieux que des tests à répétition »*

Communiqué du 23 juin. Avec le bon sens qu'on lui connait, l'académie de médecine, « *afin d'élever rapidement le niveau national de couverture vaccinale au cours de l'été en incitant*

plus énergiquement les personnes hésitantes, recommande de suspendre le remboursement des tests RT-PCR et des tests antigéniques pratiqués pour convenances personnelles (obtention d'un passe sanitaire, voyages internationaux, participation à des événements collectifs) chez les personnes non vaccinées ».

1-2 Le rétro -tracing :

1- Qu'est-ce que le rétro-tracing ?

Jusqu'à présent les téléconseillers en charge du traçage des cas contacts (contact tracing) se livraient à une enquête prospective : chaque cas positif étant interrogé sur les personnes qu'il aurait pu contaminer durant les 3 jours précédents. Ils incitent le patient à s'isoler et les cas contacts à se faire tester : c'est une enquête aval.

Le rétro- tracing a pour but d'identifier les circonstances de la contamination pour retrouver les personnes qui , exposées au même moment, auraient pu créer de nouvelles chaines de contamination. Il s'agit d'une enquête amont qui remonte jusqu'à 10 jours avant le résultat positif. Cette technique est déjà utilisée dans d'autres pays.

Elle est très chronophage : 1h30 est en moyenne consacrée à chaque cas, mais plus efficace : elle permet en moyenne d'identifier 11 cas (au lieu de 2 à 3 pour le contact tracing).

2- Son déploiement :

Après l'avoir été expérimenté depuis fin mars en Loire Atlantique et en Côte d'Or, la CNAM a étendu le « retro-tracing » à 60 départements le 15 juin et le généralisera le 1° juillet.

1-3 Vaccination :

1-3-1 Revue de la littérature :

1- Comité Consultatif national d'éthique (CCNE) :

- *« enjeux éthiques relatifs à la vaccination contre la covid 19 des enfants et adolescents »* avis du 9 juin 19 pages.

  Le CCNE estime que « *la vaccination des enfants de moins de 12 ans ne semble pas éthiquement et scientifiquement acceptable , en grande partie parce qu'il n'existe aucune étude évaluant la sécurité vaccinale contre la covid dans cette population »* et « *qu'aucun pays n'a actuellement pris la décision de vacciner ses jeunes enfants »*

  Il pose la question de savoir « *s'il est éthique de solliciter la contribution des jeunes pour atteindre un objectif collectif* [l'immunité collective]*alors que d'autres mesures pourraient l'éviter ».*

  Il préfère *« renouveler la recommandation aux adultes de se faire vacciner ».*, et *« de mettre tout en œuvre pour vacciner, ceux qui n'ont pas eu la possibilité d'y avoir accès ».*

1-3-2 Brèves

- **Vaccination des jeunes :**

  Le gouvernement n'a donc pas suivi l'avis précité puisque depuis le 15 juin la vaccination est ouverte aux jeunes de 12 à 17 ans, en centre uniquement et avec le vaccin Pfizer qui est le seul à disposer d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour cette tranche d'âge.

  L'autorisation des 2 parents est requise. En cas d'absence de l'un des parents, l'autre remplit l'attestation et s'engage à avoir recueilli le consentement de l'autre avant la vaccination.

  Lors de l'entretien préalable le jeune doit recevoir une information claire et adaptée. Son consentement doit être recueilli oralement par le professionnel.

- **De nouveaux professionnels pour vacciner :**

  Depuis le 12 mai cela concerne : les kinésithérapeutes, les aides-soignants et auxiliaires de puériculture, les ambulanciers, les étudiants en maïeutique.

Une anecdote vraie : une infirmière qui n'exerce plus son métier (ni en établissement ni en libéral) volontaire pour vacciner dans un centre n'a pas été acceptée faute d'inscription à l'ordre des infirmiers. Il lui a fallu 2 mois pour l'obtenir !

- **La vaccination semble marquer le pas :**
  Les prises de 1° rendez-vous sont en baisse et le nombre de créneaux restant disponibles augmente. Depuis le début juin, environ 10 000 doses n'ont pas trouvé preneurs en BFC , alors que la moitié de la population est vaccinée.

- **La circulation du variant delta:**
  Les cas de variant indien (mutation L 452R, renommé delta) sont à la hausse. Il s'agit d'un variant à forte contagiosité qui est très majoritaire en Grande Bretagne et qui commence à se répandre dans tous les pays y compris le nôtre où il fait craindre un rebond épidémique qui pourrait conduire à différer la levée des mesures contraignantes , pour ne pas dire une 4° vague.

  Dans notre région, fin juin, plus de 30 cas positifs ont été identifiés en Cote d'Or, Jura et Doubs. Dans le jura un cluster de 13 cas a été identifié dans le secteur Haut de Bienne-Morez. La population a été invitée à recourir sans délai au dépistage et à la vaccination, des opérations grand public ont été organisées sans rendez-vous.

- **La vaccination en ville :**
  Apres le vaccin Moderna accessible en ville depuis le 25 mai, le Pfizer l'est à son tour.
  De plus les médecins traitants devraient prochainement avoir accès aux informations nécessaires leur permettant de cibler leurs patients non vaccinés.

- **Quelles personnes concernées par le schéma vaccinal à une seule dose ?**
  Il s'agit, quel que soit le vaccin utilisé des personnes ayant un antécédant d'infection :
  - ✓ présentant un résultat de test PCR positif témoignant d'un antécédent de Covid-19 datant de plus de 2 mois et sans limite de durée,
  - ✓ ou disposant déjà d'un résultat de sérologie positive,
  - ✓ ou, pour les personnes âgées de moins de 55 ans, dont le Trod sérologique réalisé au moment de la première injection, est positif.

  Ces dispositions ne s'appliquent pas aux personnes sévèrement immunodéprimées et aux personnes âgées résidant en Ehpad et USLD.

- **Délai entre doses :**
  A la veille des vacances se pose le problème de la programmation de la 2° dose. Pour ne pas désorganiser les centres de vaccination, il est recommandé de recevoir la 2° dose dans sa région de résidence habituelle.
  Un assouplissement été apporté à la programmation : le délai entre 2 injections de vaccin ARN est désormais compris entre 3 et 6 semaines, permettant de déplacer un rendez-vous .

1-3-3 Chiffres repères :

Nombre de 1° injections :

	1° Mars	1°avril	1° mai	1 juin	30 juin
BFC	162 167	426 877	701 081	1 118 828	1 439 735
France	3 111 330	8 876 379	15 887 699	26 393 059	33 961 301

Rappelons que la population totale de BFC est de 2 807 000 habitants.

Cumul national au 24 juin :

	nombre	% population totale	% majeurs
1° injection	32 913 322	48,8	Environ 62%
Schéma vaccinal complet	20 124 046	29,8	Environ 33%

Dans notre région la couverture vaccinale (1 dose),par tranches d'âge est la suivante au 25 juin :

Tranche d'âge	Couverture
Moins de18 ans	3,5%
18-49 ans	43%
50-64 ans	69%
65-74 ans	85%
75 et plus	86%

1-4 la situation épidémique en BFC :

1- Données hospitalières

(source : Santé Publique France)

Comme dans toutes les régions, la pression hospitalière en BFC n'a cessé de décroitre au cours du mois de juin.

	1°déc.	1° janv.	1° fév.	1° mars	1° avril	1° mai	1° juin	1° juil.
Nb de patients hospitalisés	1719	1856	1824	1402	1255	1249	671	368
Nx hospit. dernières 24h	103	121	126	38	89	48	35	6
Nb de patients en réa	235	182	167	144	158	186	102	34
Nouveaux patients réa dernières 24h	21	17	18	14	13	11	4	1
Nb décès hôpital cumulés depuis le 1° mars 2020	1948	2620	3360	3787	4121	4548	4 768	4835

Personnes hospitalisées : le plus 671 (01/06), le moins : 370 (30/06)
Personnes en réa : leur nombre est passé de 102 (01/06), à 35 (30/06)
Décès : Le nombre moyen quotidien de décès du 1° au 30 Juin a été ramené à 2,2 (22 en décembre et janvier, 15 en février, 10,45 en mars,14,19 en avril, 7,37 en mai).
Aux 4 835 décès hospitaliers il faut ajouter 2296 décès survenus dans les établissements médico-sociaux (EHPAD)soit un total de 7 131.

2- *Situation par départements au 1° juillet :*

	Nb. personnes positives à J-3 (28-6)	Taux d'incidence (28-6)	Nb. Hospitalisés (1-7)	Nb. hosp. Réa (1-7)	Décès hospitaliers (1-7)
21	14	9,9	107	8	941
25	6	9,3	40	11	521
39	12	25,6	10	0	484
58	2	6,0	46	1	333
70	2	7,7	14	3	265
71	10	10,6	58	5	1 105
89	7	10,8	83	4	586
90	1	8,6	10	2	600
BFC	54		368	34	4 835
France	2 816	188	8 232	1 162	84 638

2- CRSA :composition et fonctionnement- quoi de neuf ?

Alors que débutent les opérations de renouvellement des CRSA, le décret annoncé et tant attendu concernant leur composition et leur fonctionnement est enfin paru . Il s'agit du décret 2021-847 du 28 juin (JO 30 juin). Il est sensiblement conforme au projet qui circulait déjà et dont nous nous étions fait l'écho. Les missions de la CRSA ne sont pas concernées puisqu'elles relèvent du domaine de la loi.

Il vient modifier les articles D1432-28 et suivants du code de la Santé Publique.

Compte tenu de la complexité de certaines dispositions, il est prévu la publication de 2 circulaires d'application.

A l'exception de spécifiques à l'Ile de France, à la Corse et à l'outre-mer voici la synthèse des nouvelles mesures.

1-La composition :

- *Collège n° 3 des représentants des conseils territoriaux de santé :*
  Il comprendra désormais le président de chaque conseil territorial ou son représentant
- *Collège n°5 des acteurs de la cohésion et de la protection sociale :*
  Aux 5 catégories de membres il est ajouté « un représentant des établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques » (9° de l'article L 321-1 du code de l'action sociale et de la famille) autrement dit, les établissements ou services qui favorisent l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées " lits halte soins santé ", et " lits d'accueil médicalisés " ainsi que les appartements de coordination thérapeutique .
  Ce représentant est désigné par le DG de l'ARS, mais il n'est pas dit comment.
- *Collége n°7 des offreurs des services de santé :*
  - ✓ Lorsqu'il existe un centre régional de lutte contre le cancer (CLCC) un représentant est désigné par le DG ARS sur proposition du directeur du centre,
  - ✓ Le représentant des réseaux de santé est remplacé par un représentant des CPTS,
  - ✓ Il est ajouté à ce collège 2 représentants des dispositifs d'appui à la coordination (DAC)
- *Autres participants avec voix consultative*
  Il est ajouté un administrateur d'un organisme local d'assurance maladie relevant de la MSA

- *Suppléants :*
  Sont toujours désignés 2 suppléants pour chaque titulaire (sauf pour les personnes qualifiées), le nouveau texte précisant « au plus » ce qui peut laisser penser qu'un seul suffit.

2- Les domaines de compétences :

Aux 4 domaines sur lesquels l'avis de la CRSA est sollicité (PRS, zonages des professions de santé, schéma interrégional de santé , rapport annuel sur le respect des droits du patient) sont ajoutés :

- ✓ les priorités d'actions de l'ARS dans le cadre de sa politique de réduction des inégalités,
- ✓ les orientation et un point d'étape annuel sur la mise en œuvre de la stratégie régionale d'investissement dans le système de santé,
- ✓ les orientations stratégiques annuelles d'utilisation du fonds d'intervention régional (FIR)
- ✓ le plan régional santé environnement.

De plus elle est associée par l'ARS :

- ✓ aux travaux d'évaluation du projet régional de santé ,
- ✓ aux retours d'expérience et travaux conduits en vue d'évaluer la mise en œuvre des mesures prises en cas de menace sanitaire.

3- Les rapports entre la CRSA et le Directeur Général de l'ARS-commissions permanente :

- *L'information de la commission permanente :*
  Aux compétences actuelles de la commission permanente est ajoutée l'obligation pour le DG de l'ARS de lui présenter chaque année :
  - ✓ le bilan d'utilisation du FIR, ainsi que les grandes orientations de la politique de formation, pilotées par l'agence,
  - ✓ un rapport de synthèse des suites données à ses avis , en précisant le cas échéant, les motifs qui l'ont conduit à ne pas suivre certains de ces avis.

- *En cas de crise sanitaire :*
  Lorsque l'ARS est amenée à prendre des décisions dans le cadre d'une crise sanitaire, « la commission permanente est réunie en formation spéciale associant l'ensemble des présidents des CTS, dans un délai de 30 jours au plus après la prise de ces mesures. Le DG de l'ARS lui présente les principales dispositions qu'il envisage. Pendant toute la durée de ces mesures, cette même formation est réunie au moins une fois par mois. » Le délai de 10 jours pour recevoir l'ordre du jour ne s'impose pas dans ce cas.

4- La CSOS :

Seule sa composition est modifiée. Le représentant des réseaux de santé est remplacé par un représentant des CPTS et sont ajoutés un représentant des DAC, et un représentant du Ministère de la Défense.

5- La commission spécialisée médico-sociale :

La fréquence du rapport d'activité qui est transmis aux conseils départementaux et à la CNSA est portée de 4 à 5 ans.

6- La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers :

Seule sa composition est modifiée. Elle est composée d'au plus 14 membres (au lieu de 12) dont :

- 5 sont issus de chacun des collèges 1-4-5-6-7
- 2 issus du collège 3
- 7(au lieu de 6) issus du collège 2 (représentants des usagers) : 3 représentants d'associations agréées, 2 représentants des personnes âgées et 2 des personnes en situation de handicap.

7- Durée du mandat

Il reste de 5 ans renouvelable avec un plafond de 10 ans au sein d'une même région pour les fonctions de président ou vice-président quelle que soit la formation de la CRSA.

Les représentants au titre d'une fonction élective , en cas de renouvellement (collectivités territoriales et URPS) restent membres de la CRSA jusqu'à la désignation de nouveaux membres.

8- Fonctionnement :

- *Le quorum et les mandats :*

Pour la détermination du quorum, les membres représentés sont pris en compte (c'était déjà le cas). Il est toujours possible de recevoir un mandat « sauf si dans la limite de 3 mandats par membre titulaire le règlement intérieur en dispose autrement »

- *Les moyens :*

«Au début de chaque mandature, le président présente au DG de l'Agence un programme de travail assorti d'une évaluation de moyens souhaités . Celui-ci lui fait connaitre le budget prévisionnel qui sera mis à disposition pour chacune des années de la mandature. Au plus tard au 1° janvier de chaque année il indique le montant annuel effectivement inscrit au budget.

Par moyens il faut certainement entendre moyens financiers et humains.

En dépit de quelques avancées intéressantes cette « réforme » est surtout technique, ajoutant parfois de la complexité. Nous restons cependant loin de la volonté annoncée par la mesure 32 du « Ségur de la Santé » de « renforcer les missions et l'indépendance des CRSA afin d'en faire des véritables parlements de santé ».

3- Débat autour du numéro unique d'appel d'urgence :

Le 27 mai, l'Assemblée Nationale a adopté en 1° lecture et dans le cadre de la procédure accélérée (c'est devenu systématique) la proposition de loi (n° 3162 déposée le 30-06-2020) « *visant à consolider notre modèle de sécurité civile et valoriser le volontariat des sapeurs-pompiers »,* connue sous le nom de « proposition Matras » (rapporteur, député LREM du Var), dont le titre 4 a pour objet de «renforcer la coproduction de sécurité civile ».

1- Le projet de n° unique d'appel d'urgence :

Le projet instaure le 112 comme numéro unique pour les appels d'urgence et prévoit la création de plateformes uniques de régulation des urgences regroupant les médecins du SAMU, les sapeurs-pompiers et les ambulanciers privés, aux motifs que la multiplicité des numéros d'appels d'urgence nuit à la lisibilité de la réponse en matière de secours, et que la régulation des urgences doit être l'œuvre de l'ensemble de ses acteurs.

Cette proposition est conforme à la préconisation de la directive européenne qui depuis plus de 15 ans, recommande d'adopter le 112 comme numéro unique.

2- L'opposition de la FHF, des urgentistes … et d'autres :

Par un communiqué du 23 mai, et une conférence de presse du 26, la FHF proteste vigoureusement contre cette proposition.

Elle dénonce l'absence de concertation préalable avec les acteurs concernés faisant grief à cette proposition de « faire passer des principes anciens , non adaptés, en catimini ».

Elle craint que le n° unique revienne à « faire le choix d'une réponse aux appels d'urgence à la fois moins efficace ,voire dangereuse et plus couteuse pour le contribuable ».

Elle souligne que ce projet est incompatible avec le projet de création du service d'accès aux soins (SAS) actuellement en cours d'expérimentation dont l'objet est de réunir sur une plateforme de régulation médicale d'urgence : médecins urgentistes et généralistes pour apporter au patient une réponse qui correspond à son besoin.
Elle demande :

- la généralisation des plateformes « santé -SAS » sur tout le territoire pour recevoir les appels « urgences-santé »au plus tard en 2022,
- l'attribution d'un n° commun « urgences-santé » pour toutes les urgences médicales et les demandes de soins non programmés , distinct du numéro pour les secours « police-gendarmerie-et sapeurs-pompiers »,
- l'interconnexion de la plateforme « SAS » et de la plateforme « secours » dans un souci de synergie, de complémentarité et de sécurité .

Cette déclaration est signée des présidents de la FHF, de Samu-Urgences de France, d'organisations professionnelles , de présidents d'université, d'élus députés et sénateurs et d'un nombre important de médecins urgentistes dont ceux des SAMU 89, 21 et de Franche- Comté.

Le Pr . Pierre Carli président du conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH), auteur avec le député Thomas Mesnier, du rapport sur « le pacte de refondation des urgences », remis à Mme Buzyn en décembre 2019, est hostile à cette proposition.

Pour tout simplifier rappelons que l'article R 6315-3 du CSP prévoit que « l'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) fait l'objet d'une régulation médicale […]accessible sur l'ensemble du territoire national par le n° national de permanence des soins 116 117 ».

4- Le pharmacien correspondant :

On connait le médecin traitant, voici maintenant le pharmacien correspondant.
Ce statut existait déjà car créé par la loi HPST (article 38) du 21 juillet 2009.
L'article 28 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (LOTSS) prévoit que les pharmaciens « peuvent être désignés comme correspondants par le patient dans le cadre d'un exercice coordonné au sein :

- d'une équipe de soins primaires regroupant un ensemble des professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent,
- d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS),
- d'un centre de santé,
- d'une maison médicale ».

Un décret du 26 mai dernier, pris en application de l'article 28 de la loi LOTSS précitée, vient préciser le statut de pharmacien correspondant.

1- Désignation :

Le patient peut désigner auprès de l'assurance maladie son pharmacien correspondant. Il s'agit d'un pharmacien titulaire d'officine ou gérant d'une pharmacie mutualiste, participant au même exercice coordonné, au sein des dispositifs précités, que le médecin traitant du patient, Il peut être suppléé, avec l'accord du patient, par un autre pharmacien exerçant au sein de l'officine.
Le pharmacien ainsi désigné doit informer les médecin traitant du patient.

2- Prérogatives :

Déjà le pharmacien pouvait « dépanner » son client en renouvelant une ordonnance, avec la plus petite boite disponible, à charge pour celui-ci de revoir son médecin au terme de ce dépannage.
Désormais il pourra renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, si besoin, leur posologie dans les conditions suivantes :

- le projet de santé du dispositif auquel participent le pharmacien correspondant et le médecin traitant, définit les modalités d'information du médecin, notamment en cas d'ajustement de la posologie,
- la prescription médicale doit comporter une mention autorisant le renouvellement par le pharmacien correspondant de tout ou partie des traitements prescrits ainsi que, le cas échéant, une mention autorisant l'ajustement de posologie de tout ou partie des traitements,
- la pharmacie doit disposer de locaux avec une isolation phonique et visuelle permettant un accueil individualisé des patients. Cette même condition s'applique lorsque le pharmacien intervient auprès d'un résident en établissement médico-social,
- la durée totale de la prescription et de l'ensemble des renouvellements réalisés par le pharmacien correspondant ne peut excéder douze mois,
- le pharmacien fait mention sur l'ordonnance du renouvellement et, le cas échéant, de l'adaptation de posologie réalisée,
- lorsqu'ils existent, le dossier pharmaceutique et le dossier médical partagé prennent en compte ces mêmes éléments.

Enfin le ministre de la santé peut toujours par un simple arrêté fixer une liste de traitements non éligibles à ce dispositif.
Simple non ?

3- Réactions et perspectives :

« Le pharmacien correspondant : nouvel allié ou concurrent du médecin ? » titrait le Quotidien du Médecin du 2 juin. Façon de réduire le nombre de consultations ? Risque d'un moindre suivi médical des maladies chroniques ?
L'avenir nous dira quel écho donneront les patients à ce dispositif. Cela dépendra de l'intérêt qu'ils pourront y trouver et de l'avis de leur médecin traitant.

5- Santé mentale : isolement et contention (suite)

1- Nouvelle censure du Conseil Constitutionnel :

Le Conseil Constitutionnel a encore frappé !
En juin 2020 il avait déjà censuré les dispositions, concernant l'isolement et la contention, issues de la loi du 16 janvier 2016 de modernisation du système de santé (cf lettre n°26). Le législateur avait bien revu sa copie dans la loi du 14 décembre 2020, de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, dont un décret du 30 avril 2021 est venu fixer les conditions d'application (cf lettre n°34).
Saisi de 3 questions prioritaires de constitutionnalité (QPC), transmises par la Cour de Cassation suite à la demande du juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire de Versailles, saisi de trois affaires d'hospitalisation sans consentement, le Conseil Constitutionnel vient de récidiver le 4 juin en censurant certaines de ces dispositions (article 3222-5-1 du CSP), avec effet du 31 décembre prochain pour tenir compte des « conséquences manifestement excessives » qu'entraineraient l'abrogation immédiate.

2- Pour une intervention systématique du juge judiciaire :

Le Conseil Constitutionnel estime que ces dispositions ne sont pas conformes à l('article 66 de la constitution qui prévoit que : « nul ne peut être arbitrairement détenu » et que « l'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi ».
Les dispositions actuelles permettent au médecin psychiatre de renouveler les mesures de contention ou d'isolement au-delà des durées maximales respectives de 24 et 48h, sans limitation du nombre de ces renouvellements, sans autre obligation que d'informer le JLD qui peut se saisir d'office, ainsi que le patient et les autres personnes citées par le texte.

Considérant que « les mesures d'isolement et de contention constituent une privation de liberté », le Conseil Constitutionnel constate « qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention au-delà d'une certaine durée à l'intervention systématique du juge judiciaire conformément aux exigences de l'article 66 de la constitution ».

Le parlement devra donc légiférer une nouvelle fois, dans le délai de 6 mois, pour corriger ces dispositions. Probablement attendra-t-il la LFSS pour 2022 qu'il doit voter en fin d'année. Nous serons donc amenés à reparler de ce sujet.

6- Révision du PRS : une nouvelle procédure :

Un décret du 3 juin est venu simplifier les conditions de révision des documents constituant le projet régional de santé (PRS).

1- La composition du PRS :

Rappelons que le PRS arrêté par le DG de l'ARS est constitué (art L 1434-2 CSP):

- d' un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans,
- d'un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)des personnes les plus démunies.

2- La procédure de révision

La nouvelle procédure distingue :

- La redéfinition du PRS arrivé à son échéance :
  Le DG de l'ARS doit recueillir l'avis :
  - ✓ de la CRSA ,
  - ✓ des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA),
  - ✓ du préfet de région,
  - ✓ des collectivités territoriales de la région,
  - ✓ du conseil de surveillance de l'agence.

  Le délai pour rendre cet avis est de 3 mois.

- Les « révisions partielles sans modification de leur économie générale avant leur échéances » :
  Le DG de l'ARS doit recueillir l'avis :
  - ✓ de la CRSA
  - ✓ des CDCA, mais uniquement pour le SRS
  - ✓ du conseil de surveillance de l'agence

  Le délai pour rendre cet avis est de 2 mois.

  Ces délais n'ont pas changé par rapport à la rédaction antérieure. Les nouvelles dispositions ne prévoient plus qu' « à défaut d'avis émis dans ces délais … [celui-ci] est réputé rendu ».
  La brièveté de ces délais, qu'à priori, rien ne justifie, ne semble pas compatible avec le rythme des réunions de la CRSA et des CDCA.
  Nous pouvons espérer que les éventuelles incompatibilités de calendrier ne justifieront pas le renvoi de ces avis à la commission permanente de la CRSA, comme l'ARS le fait actuellement pour certains sujets, de la compétence de la CRSA pléniére.
  Notons enfin que l'avis des conseils territoriaux de santé (CTS) n'est pas requis alors que les territoires qui constituent le champ de leurs compétences sont très directement concernés. La justification est certainement de dire que dans les prochaines CRSA chaque CTS sera représenté par son président.

7- En Bourgogne Franche Comté :

7-1 Décisions de l'ARS BFC :

Parmi les dernières décisions prises par le DG de l'ARS et pouvant intéresser tant les usagers que leurs représentants, on peut noter :

1- Modification du zonage infirmier :

Par décision du 17 mai, le DG de l'ARS, avec l'avis favorable de la CRSA et de l'URPS des infirmiers, a actualisé la liste des zones caractérisées par une offre insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, concernant la profession d'infirmier .

Par la même occasion il a actualisé les contrats type régionaux :

- d'aide à l'installation des infirmiers dans les zones très sous-dotées,
- d'aide au maintien des infirmiers dans les zones très sous dotées

2- Expérimentation DiVa : un nouveau cahier des charges

Le cahier des charges de l'expérimentation DiVa (Dijon Vascular Project) de suivi intensif commun des AVC et des infarctus du myocarde par des infirmières, médecins et pharmaciens, hospitaliers et libéraux, dans le GHT (groupement hospitalier de territoire)21-52, vient (25 mai) d'être modifié.

Rappelons qu'il s'agit d'une innovation organisationnelle expérimentée dans le cadre de l'article 51 de la LFSS pour 2018, dont l'objectif est de prévenir et dépister les complications et récidives de ces pathologies.

Elle permet de tester un financement par patient pour une séquence de prise en charge de 24 mois, pour rémunérer l'ensemble des professionnels (hospitaliers et libéraux) concourant au suivi.

Cette expérimentation initiée par le CHU de Dijon, associe les CH de Beaune, Semur en Auxois, de Haute Cote d'Or, Auxonne, la Chartreuse, Is sur Tille et de Chaumont, Langres et Bourbonne les Bains (Hte Marne), ainsi que l'établissement privé de Valmy à Dijon.

3- Reconnaissance de besoins exceptionnels pour l'activité de médecine en hospitalisation complète (Jura et Cote d'Or)

Le schéma régional de santé (SRS) 2018-2023, vient (21 mai) d'être modifié, avec l'avis favorable de la CSOS(commission spécialisée de l'offre de soins) par la reconnaissance de besoins exceptionnels pour l'activité de médecine dans les zones d'implantation du Jura et de Côte-d'Or.

Cette modification permettra donc de prendre en considération de nouvelles demandes d'autorisation dans ces 2 zones dont le « bilan quantifié de l'offre de soins » ne permet pas actuellement, l'octroi de nouvelles implantations.

A noter que ces besoins sont identifiés dans le cadre des travaux menés pour la labellisation à venir des hôpitaux de proximité. Sont plus particulièrement ciblés les CH de Champagnole et Auxonne.

4- Suspension du centre de santé « Proxidentaire » de Chevigny -St-Sauveur(21)

Par décision du 8 juin, le DG de l'ARS a prononcé la suspension totale et immédiate et pour une durée de 2 mois, du centre de santé dentaire « Proxydentaire » de Chevigny-St -Sauveur, à charge pour le directeur du centre, d'informer les patients en cours de traitement, et de les

orienter vers un autre praticien auquel il devra transmettre les informations utiles à la poursuite des traitements.
Cette décision est motivée par 22 manquements constatés par un pharmacien inspecteur (dont nous ne citerons pas le nom), lors d'une visite du 6 juin (un dimanche !).
Ces manquements portent essentiellement sur les mesures d'hygiène liées à la pandémie dont voici un petit florilège: nombre de sièges en salle d'attente trop important, absence de possibilité d' aération des salles de soins entre chaque patient, dans 3 salles sur 4, avant-bras non dégagés pour les soignants, vernis à ongles, bijoux et montres, port de la barbe (sic) , ou encore absence d'affichage de la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition au sang, absence de formation des aides dentaires ou absence de justificatif d'inscription à l'ordre pour les praticiens présents lors du contrôle...
Sans porter de jugement sur le bienfondé de cette décision et sur la pertinence de ses motifs, on peut toutefois s'interroger sur la méthode et sur la prise en compte de l'intérêt des patients. Il semble que les centres de santé dentaire, retiennent tout particulièrement l'attention des pharmaciens inspecteurs dont deux autres avaient déjà contribué à la suspension en septembre dernier du centre de santé dentaire Avicenne à Besançon.

7-2 Renouvellement des URPS :

Les élections pour le renouvellement des URPS ont eu lieu du 31 mars au 7 avril. En voici les résultats :

1- URPS médecins libéraux

1-1 Les résultats :

- ✓ ***Collège des généralistes :***
  Nb d'inscrits : 2 248, votants : 573 (25,49%), exprimés 562
  Nb de sièges à pourvoir : 15
- ✓ ***Collège des spécialistes :***
  Nb d'inscrits : 1 840, votants :368 (20%), exprimés 365
  Nb de sièges à pourvoir :15.
- ✓ ***Au total :***

Nb d'inscrits : 4 088, votants 941 (23,01%), exprimés 927
Les meilleurs scores :
Généralistes : MG France 238 voix (45,7%) : 7 sièges
Spécialistes : Avenir Spé /le Bloc : 129 voix (40,0%) : 6 sièges .

1-2 le nouveau bureau :

A l'issue de la première assemblée générale du 4 juin, le Dr Eric Blondet (Avenir- Spé/le Bloc) a été réélu président à l'unanimité, il sera accompagné d'un bureau de 9 membres , parmi lesquels on peut citer :

- vice-présidents : Dr Christine Bertin-Belot (généraliste-SML-Besançon)- Dr Nordine Deffar (urologue-UFMLS-clinique Ste Marguerite Auxerre), Dr Anne-Laure Bonis (généraliste-MGF-Côte d'or)
- Trésoriers : Dr Patrick Bouillot (endocrino-diabétologue -Avenir Spé-Le Bloc -Nièvre), Dr David Taupenot (généraliste-MGF-Nièvre)
- Secrétaire général : Dr Christophe Thibaut (généraliste -FMF- Yonne), Dr Pierre-Charles Henry (urologue SML-Doubs).

2- URPS Chirurgiens -dentistes :

2-1 Les Résultats :

Nb d'inscrits :1 211, votants :673 (55,57%) exprimés : 665
Nb de sièges à pourvoir :8

- FSDU (fédération des syndicats dentaires libéraux): 215 voix ,3 sièges

- UD (union dentaire) 23 voix, 0 siège,
- CDF (les chirurgiens-dentistes de France) 427 voix, 5 sièges.

2-1 Le bureau :

Nous ne disposons pas d'information concernant le nouveau bureau.

3- URPS Pharmaciens :

3-1 Les résultats :

Nb d'inscrits : 1 158, votants :687 (59,32%), exprimés : 672

Nb de sièges à pourvoir :8

- USPO (union des syndicats de pharmaciens d'officine): 425 voix, 5 sièges,
- FSPF (fédération des syndicats pharmaceutiques de France): 247 voix, 3 sièges

3-2 Le bureau

A l'issue de la première assemblée générale du 1° juin, Mr Pascal Louis (Fontaines les Dijon) a été réélu président de l'URPS des pharmaciens. Il sera accompagné par un bureau de 5 membres :

- vice-présidente : Mme Nathalie Bessard (71),
- trésorier : Mr Pascal Martin (71), adjointe :Mme Mélanie Bednarowicz (70),
- Secrétaire : Mme Emilie Caillet(90), adjoint : Mr Damien Michel (21),

4- URPS infirmier(e)s libéraux :

4-1 Les résultats :

Nb d'inscrits : 3 317, votants : 554, (16,7%), exprimés : 541

Nb de sièges à pourvoir :15

- Convergence infirmières : 19,04% , 3 sièges,
- SNIIL : 22,74%, 3 sièges,
- FNI : 58,23%, 9 sièges.

4-2 Le bureau :

A l'issue de la 1° assemblée du 4 juin, Mme Nathalie Prot-Coulange infirmière libérale à Dijon a été élue présidente, succédant à Mme Sylvie Régnier. Elle sera accompagnée d'un bureau de 5 membres :

- Secrétaire : Mme Annick Pottier (Vitteaux), adjointe : Mme Anne Nguyen (Bart),
- Trésorière : Mme Aveline Planchard (Pouilly en Auxois), adjointe : Mme Anne Thivet (Bligny-sur-Ouche),
- Vice-présidente : Mme Fatima Laplagne (Montbéliard).

5- URPS masseurs -kinésithérapeutes :

5-1 Les résultats :

Nb d'inscrits : 2 332, votants :590 , 25,30%), exprimés : 585

Nb de sièges à pourvoir :12

- FFMKR : 257 voix ,5 sièges,
- Alizé : 221 voix, 5 sièges,
- SNMKR : 107 voix ,2 sièges.

5-2 Le bureau

Nous n'avons pas connaissance de la composition du nouveau bureau.

6 URPS orthophonistes :

6-1 Les résultats :

Nb d'inscrits : 543, Votants :283 (52,11%), exprimés :272

Nb de sièges : 9, tous dévolus à l'unique liste, présentée par la FNO (fédération nationale des orthophonistes).

6-2 Le Bureau :

A l'issue de la 1° assemblée du 2 juin, Mme Anne Julien a été élue présidente. Elle sera accompagnée d'un bureau de 8 membres :

- Vice-présidents : Mme. Marie-Pierre FETIVEAU et Mr.Raphaël VIELLARD,
- Secrétaire générale : Mme. Marion VIENNOT,
- Trésorière générale : Mme. Nathalie BROUSSEGOUTTE, adjointe Mme. Carole PACAUD,
- Membres : Mmes. Valérie TERPEREAU, Laurence DEFORET, Floriane THOMAS et les suppléantes Mmes. Brigitte LANZONI et Marlène VICHET.

Nous ne disposons pas d'informations pour les URPS qui, en raison de l'effectif des professionnels, n'étaient pas soumises à élection, mais à désignation par le DG de l'ARS (cf lettre n°34), à savoir les URPS des : orthoptistes, pédicures podologues, sages-femmes et biologistes médicaux.

A tous les membres réélus et nouvellement élus, nous présentons nos sincères félicitations, en espérant qu'ils poursuivront la coopération fructueuse avec les associations représentant les usagers, et les autres partenaires du système de santé, dont les URPS ont jusqu'à présent fait preuve.

7-3 CRSA : la dernière séance

Le 15 juin s'est tenue la dernière séance de la mandature de la CRSA en exercice, en présence partagée du Dr. Si Abdallah directeur général adjoint et de Mr. Pribille Directeur Général de l'ARS. Il y fut question de l'état d'avancement du déploiement du plan d'aide à l'investissement du Ségur de la Santé, et du nouveau site « Sa Santé en BFC » (cf §9-4), mais ce fut surtout l'occasion de dresser un bilan de la mandature et de proposer des perspectives d 'amélioration, ainsi que, pour le Président, de dire au revoir.

- ***Bilan et perspectives :***

Préparé par un groupe de 8 membres de la commission permanente, en partenariat avec les 2 responsables du département démocratie en santé de l'ARS, réunis en visio à 8 reprises ,le bilan global de la mandature de la CRSA a porté sur 3 thèmes principaux :

- ✓ l'articulation entre les instances,
- ✓ la visibilité et la lisibilité de la CRSA,
- ✓ l'articulation de la CRSA et de l'ARS

Pour chacun d'eux ont été dressés des constats (positifs et négatifs) et proposées des pistes d'amélioration dont pourra s'inspirer la nouvelle CRSA pour élaborer sa feuille de route.

Dans le même esprit les président(e)s des 4 commissions spécialisées ont pu présenter les constats et propositions propres à chacune.

Pour compléter le tout, ont été présentés les résultats d'un questionnaire envoyé aux membres de la CRSA (63 répondants pour 247 personnes consultées) pour leur permettre d'évaluer leur expérience .

Il ne nous est pas possible de rendre compte de tous ces constats et propositions. La présentation qui en a été faite en séance devrait être publiée sur le site « Ma Sante en Bourgogne Franche Comté ».

Citons, parmi toutes les propositions : la formation des nouveaux membres, l'autonomie de la CRSA, l' information sur le suivi des avis rendus, la capacité d'auto-saisine, l'évaluation du PRS et des différentes décisions prises, les moyens humains et financiers dédiés à la démocratie en santé…

- ***Remerciements :***

Cette dernière séance fut également l'occasion, pour le président Bruno Herry d'informer les membres de la CRSA de sa décision de ne pas être candidat à un nouveau mandat de président, par choix personnel et non par usure, et encore moins par dépit.
Les participants ont été unanimes à lui adresser de vibrants remerciements auxquels les représentants des usagers et l'ARUCAH s'associent sans réserve. Nous devons saluer sa connaissance des dossiers, son respect de l'expression de chacun, sa capacité à conduire les débats, la simplicité et la franchise de ses relations …
Merci Mr Herry et merci Bruno (ainsi que beaucoup le nomme).

- ***La future CRSA :***

Alors que le décret attendu, modifiant la composition et le fonctionnement des CRSA, vient de paraitre (cf § 2), l'ARS, qui a déjà engagé le renouvellement du collège 2 (représentants des usagers), va pouvoir engager la même procédure pour les autres collèges.

✓ *Collège 2 (représentants des usagers) -appel à candidatures :*

Pour le collège 2 l'appel à candidatures lancé début mai a été assez peu entendu. Pour chacun des sous collège , les résultats sont les suivants :
sous collége 2a : représentants des associations agréées,
sous collége 2b : représentants des associations de retraités et de personnes âgées,
sous collége 2 c : représentant des associations de personnes handicapées.

	Nb de sièges (titulaires+ suppléants	Nb de candidatures reçues
2a	24	23
2b	12	10
2C	12	9

Rappelons que pour les sous- collèges 2b et 2c les candidatures sont proposées par les CDCA et qu'il est prévu 2 suppléants par titulaires.
S'il y a encore des vocations tardives l'ARS acceptera leur candidature jusqu'au 31 juillet, mais :
Attention : le site « démarches simplifiées » est clos pour les candidatures à la CRSA. Celles-ci doivent être faites avec un formulaire papier adressé au service « démocratie en santé » de l'ARS sans oublier la lettre de motivation. Le formulaire peu t être demandé à ce service. Pour renseignement possibilité de s'adresser à l'ARUCAH (06 71 23 21 58)
Alors si vous en avez envie, n'hésitez pas !

✓ *Le calendrier :*

La procédure de constitution de la nouvelle CRSA devra s'accommoder de la complexité du dispositif et du ralentissement des activités en été. Pour ces raisons il reste difficile d'annoncer un calendrier précis , sinon qu'il est toujours prévu d'installer la nouvelle CRSA au cours de la 1° quinzaine d'octobre.

7-4 « Ma santé en Bourgogne Franche-Comté » fait peau neuve :

Apres une longue gestation et grâce au concours (et à l'insistance) du groupe communication de la CRSA, le site « Ma Santé en Bourgogne Franche Comté » vient de faire peau neuve : sa présentation , son contenu et son ergonomie ont été amélioré. A côté de la partie accessible au grand public, il comprend deux partie plus spécialisées : l'espace représentants des usagers (RU), et l'espace instances.

1- La partie « grand public » :

Elle compote 3 rubriques :

- *Ma santé*
  Elle donne accès à des notions relatives à l'organisation du système de santé, à la démocratie en santé, ou portant sur certains grands thèmes de santé publique (nutrition, addictions, vaccination, environnement, mobilité…).
- *Mes droits :*
  Elle réunit des informations sur les principaux droits des personnes malades et/ou en situation de handicap, et sur les moyens de les faire respecter.
- *Mes représentants :*
  Cette partie permet également de donner des avis, des idées et de s'exprimer en utilisant « les murs participatifs » (non encore disponibles) ou en participant à des enquêtes et sondages en ligne.

2- L'espace RU :

Il est en libre accès et propose plus particulièrement :

- l'annuaire des RU dans les établissements de santé (accès par nom d'établissement, ou par département),
- les modalités d'agrément ou de renouvellement d'agrément des associations qui peuvent proposer des RU. On peut regretter qu'il ne donne pas la liste des associations agréées : qu'il s'agisse d'associations locales ou nationales disposant de délégations locales.
- les appels à candidatures,
- les formations proposées aux RU.

3- L'Espace instances :

Son accès est réservé (identifiant et mot de passe) aux membres de la CRSA, de ses commissions spécialisées et des conseils territoriaux de santé (CTS).

- *CRSA et commissions spécialisées :*
  Après une rubrique « actualités des instances » (« billet de la CRSA », rapport d'activité …) , le site propose, tant pour la CRSA plénière que pour chacune de ses commissions : offre de soins (CSOS), médico-sociale(CSMS), droit des usagers (CSDU), prévention -promotion de la santé, et commission permanente : l'agenda des réunions, et pour chacune d'elles : l'ordre du jour, les éventuels rapports techniques de l'ARS, les avis émis et les comptes rendus.
  Cependant les réunions de 2021 ne sont toujours pas publiées sur le site.
- *Les 8 CTS*
  A l'exception de l'arrêté fixant leur composition, ces rubriques restent désespérément vides.

4- Un regret :

Lors de la dernière CRSA plénière du 15 juin, plusieurs membres ont redit leur regret, déjà exprimé en bien d'autres occasions :

- que chaque membre de la CRSA n'ait pas accès aux rubriques de l'ensemble des commissions, y compris celles dont il n'est pas membre,
- que chaque membre de la CRSA et chaque membre des CTS , n'ait pas accès aux rubriques de l'ensemble des CTS,
- et même que cet accès ne soit pas ouvert au public.

Faut-il rappeler que ces instances sont dites de « démocratie en santé » et que la CRSA plénière est normalement publique, alors pourquoi cette absence de transparence? Pour justifier cette situation, il est invoqué des arguments juridiques, mais sans dire lesquels.
On peut espérer que la prochaine CRSA, et cela a aussi été évoqué le 15 juin, mettra l'accent sur la communication interne et externe : c'est son intérêt et celui de la démocratie en santé.

La visite de ce nouveau site s'impose !
Il permet également de s'inscrire à la « newsletter » et propose l'accès à la page Face Book
https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/node/33

7-5 renouvellement de la CCI de Franche -Comté :

Apres le renouvellement de *la commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) des accidents médicaux, des affections iatrogènes, et des infections nosocomiales* de Bourgogne (cf. lettre n° 33), le DG de l'ARS vient de renouveler celle de Franche Comté. Les usagers y sont représentés par :

- Mme Odile Jeunet (France Alzheimer BFC),suppléant Mr Marcel Cotiny (URAF BFC) ,
- Mme Marthe Viprey (ARUCAH BFC) suppléants: Mrs. Philippe Flammarion (ARUCAH), Mr. Bernard Perriguey (association de familles et de malades opérés du cœur - AFMOC),
- Mr Maurice Deckmin (URAPEI BFC), suppléants : Mrs Philippe Grammont : accompagnement des maladies orphelines - AMO) et Mr. Michel Maliverney (APF)

7-6 Bientôt un nouvel EHPAD dans le Doubs :

Au terme de la procédure d'appel à projets lancée début 2020, ajournée en raison de la crise sanitaire et relancée en octobre (cf. lettres n° 25 et 27), le DG de l'ARS et la présidente du conseil départemental du Doubs ont accordé à la Fondation Partage et Vie, par décision conjointe du 27 mai, l'autorisation de créer un EHPAD dans le cadre d'une plateforme de services incluant une résidence autonomie.

1- La capacité du projet

Cet EHPAD comprendra selon la nomenclature officielle du répertoire FiNESS:

- 78 places d'hébergement complet dont :
  - ✓ 51 places pour personnes âgées dépendantes, dont 5 places identifiées pour la prestation « EHPAD hors les murs » soit un accompagnement à domicile 24h/24,
  - ✓ 10 places pour personnes handicapées vieillissantes,
  - ✓ 14 places pour malades atteints d' Alzheimer ou de maladies apparentées,
  - ✓ 3 places d' hébergement temporaire.
- 10 places d'accueil de jour pour personnes âgées dépendantes.

Sur l'ensemble de toutes ces places , 14 seront identifiées pour la prise en charge de jour dans le cadre d'un pôle d'activités de soins adaptés (PASA).

2- Les candidats en concurrence :

La « commission d'information et de sélection d'appel à projet » médico-sociale conjointe (CISAAP), réunie les 4 et 5 mars pour examiner les 9 dossiers reçus, les a classés ainsi qu'il suit :1- Fondation Partage et Vie, 2 - Association pierre Angulaire, 3- Mutualité Française Comtoise, conjointe avec ADAPEI et ELIAD, 4- groupe Colisée France, 5- SDD la Coupole, 6- ADMR, 7- MBV Ages, 8- CDC-SOS Séniors, 9- groupe Santé Thalès.

3- En savoir plus sur la Fondation Partage et Vie

L' « association Nationale Service Senior Écureuil » a été créée en 1992 pour regrouper des maisons de retraite gérées par les Caisses d'Épargne. Elle se transforme en fondation en 2001 et prend le nom de « Partage et Vie » en 2016.

Elle est présidée par Dominique Coudreau (79 ans), ancien conseiller à la Cour des Comptes, ancien directeur de la CNAM (jusqu'en 1989), ancien directeur de l'ARH d'Ile de France…..

Elle regroupe 122 établissements et services : EHPAD, résidences autonomie, établissements pour personnes handicapées, établissements de SSR , services à domicile, accueils de jour.

En BFC elle gère les maisons de retraite médicalisée Pierre Hauger à Montbéliard, St Georges sur Baulche (89), les Champs Blancs à Sergines (89),et le village de la Croix Blanche à Autun.

7-7 Appel à projets soutien aux incitatives « 1 000 premiers jours »

L'ARS et la DREETS (direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités née le 1° avril (avec la plus grande discrétion) de la fusion de la DRDCS (direction régionale et départementale de la cohésion sociale après la perte de la jeunesse et des sports au 1° janvier) et de la DIREECTE (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi), viennent de lancer un appel à projets pour soutenir les initiatives locales, expérimentales et innovantes portant sur l'enjeu de santé publique des 1000 premiers jours de la vie de l'enfant.
Cet appel à projets porte sur les 6 thèmes identifiés par une instruction du 1° avril :

- le repérage des situations de fragilité,
- le développement d'actions de promotion de la santé pour les plus petits (nutrition, sommeil, environnement…),
- la prévention de l'isolement et de l'épuisement des parents,
- l'aménagement de lieux et de l'offre pour développer l'éveil des tout petits notamment les plus défavorisés,
- la conciliation des temps entre vie professionnelle et parentalité,
- la place du père et du second parent dans les 1 000 premiers jours.

Une dotation de 200 000 € sera répartie entre les différents lauréats retenus.
Sont éligibles les initiatives portées par les collectivités territoriales , les associations et les professionnels.
L'appel à projets est consultable sur le site démarches simplifiées, sur lequel les dossiers devront être déposés.
Date limite de dépôt des dossiers : 20 aout 2021
https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/1000-premiers-jours-2021

7-8 Service civique dans les établissements de santé – appel à candidatures :

L'ARS BFC a lancé un appel à candidatures pour le soutien des établissements de santé publics et privés à but non lucratif pour l'accueil de jeunes en service civique, pour accomplir une ou plusieurs des 10 missions proposées(ex : accompagner des enfants et leurs familles, les personnes âgées et leurs familles, les personnes en attente dans les services d'accueil des urgences etc…)
Rappelons que le service civique est un engagement volontaire de 6 à 12 mois au service de l'intérêt général ouvert aux 16-25 ans, (élargi à 30 ans pour les jeunes en situation de handicap). Il est accessible sans condition de diplôme, et il est indemnisé (467€ par l'Etat et un complément en nature ou argent de107 € pris en charge par la collectivité d'accueil).
L'ARS pourra apporter un concours financier pour compenser la part restant à charge de l'établissement, soit 1 284 € par service civique (107€ x12 mois). L'établissement doit désigner un tuteur formé pour accompagner le jeune.
Les candidatures doivent être déposées en ligne (site démarches simplifiées)avant le 31 aout

7-9 Hôpitaux de proximité – labellisation - appel à candidatures :

Nous ne souhaitons pas revenir sur le thème des hôpitaux de proximité qui a déjà été largement abordé dans les lettres 8 (avril 2019) et 15 (Novembre 2019). Nous ne manquerons pas de le faire lorsque la procédure de labellisation sera davantage engagée. Nous souhaitons simplement

signaler l'appel à candidatures ainsi que l'appel à manifestations d'intérêt, lancé le 25 juin par l'ARS.
Rappelons que l'ordonnance du 12 mai 2021 relative à la labellisation, à la gouvernance et au fonctionnement des hôpitaux de proximité précise que la liste des hôpitaux de proximité de la région est établie par le directeur général de l'ARS.

- *L'appel à candidatures :*

Il permet aux établissements de santé candidats, éligibles aux critères du décret du 12 mai 2021 de s'inscrire dans la démarche de labellisation. La trame (20 pages) du « dossier d'inscription sur la liste régionale des hôpitaux de proximité » est accessible sur le site de l'ARS.

- *L' appel à manifestations d'intérêt :*

Il ouvre la possibilité à d'autres acteurs, pas encore éligibles, de se positionner pour une candidature ultérieure. La réponse est libre et sans formalisme au niveau des documents à envoyer à l'ARS , mais elle peut s'appuyer sur la trame du dossier de labellisatioN

- *Délai :*

Les réponses à ces appels doivent parvenir par mail à l'ARS (direction de l'organisation de soins) pour le 30 septembre.

- *Calendrier de la procédure :*

On trouvera également sur le site de l'ARS une note (7 pages) explicitant la procédure de labellisation et donnant en particulier son calendrier.

- ✓ instruction des candidatures : octobre à mi-novembre,
- ✓ réunion du comité régional des hôpitaux de proximité deuxième quinzaine de novembre,
- ✓ information (et non avis !) en CSOS deuxième quinzaine de Novembre
- ✓ arrêté du DGARS notifiant la liste des établissements labellisés pour 2021 : Décembre 2021

Une 2° fenêtre devrait être ouverte en 2022.

https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/labellisation-des-hopitaux-de-proximite

7-10 Dossier médical partagé (DMP) : la BFC bonne élève:

Au 31 décembre 2020, on comptait en BFC 43 436 DMP ouverts soit 17,1% de la population, pour 14,6% au niveau national. Les départements francs comtois se distinguent particulièrement :la Hte Saône :23,2%, le Doubs :22,0M%, et le Jura :21 ,7%. La lanterne rouge revient à l'Yonne (11,6) et à la Côte d'Or (12,6).
Cette situation s'explique par une politique ancienne et particulièrement volontaristes des établissements de santé de la Franche Comté .
A la même date, 30,1% des DMP de BFC contenaient au moins un document ajouté par un professionnel ou un établissement de santé (19,1% au niveau national).
Force est de constater la « réserve » des médecins libéraux à l'usage du DMP, invoquant soit l'absence d'interopérabilité de leur logiciel métier avec le DMP, soit le manque de formation.
L'assurance maladie qui a en charge le déploiement du DMP devrait prochainement concentrer ses efforts en leur direction, mais aussi en direction des laboratoires de biologie, des EHPAD et des établissements de santé.
Rappelons qu'à partir de 2022 chacun d'entre nous devrait disposer d'un « espace numérique de santé » entrainant l'ouverture automatique d'un DMP. Les DPM déjà ouverts seront automatiquement intégrés à cet espace sauf opposition de leurs titulaires ou de leur représentants légaux.

7-11 La vie de nos territoires, de nos établissements et de nos associations

1- Nouvelles de nos associations :

- ***ASEPT Franche Comté- Bourgogne :***

  L'association santé-éducation et prévention sur les territoires (ASEPT) Franche -Comté - Bourgogne est une association crée en 2 007 par la MSA FC et les CPAM pour promouvoir des actions dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé et plus spécialement pour les personnes habitant dans les territoires ruraux. Elle est constituée de 3 pôles :

  - ✓ pôle animation territoriale en santé,
  - ✓ pôle bien vieillir,
  - ✓ pôle recherche et innovation en santé publique

  Elle vient de publier son rapport d'activité pour 2020.

https://www.asept.org/20-qui-sommes-nous/398-decouvrez-notre-rapport-d-activites-2020.html

- ***Le Don du Souffle (DDS)-Besançon***

A l'occasion de son assemblée générale le 23 juin, DDS a élu son nouveau président. Le professeur Gilles Capellier, du CHRU de Besançon, succède au Dr Fergane, qui lui-même avait pris le relai du Pr François Barale (président fondateur).

Ce fut également l'occasion de remettre les bourses de recherche qu'elle attribue chaque année à de jeunes chercheurs du CHRU de Besançon, et qui cette année ont été attribuées aux projets suivants :

- ✓ COV RECUP : « devenir à moyen terme des patients infectés par le Sars-Cov-2 et pris en charge au CHU de Besançon : recherche et caractérisation des séquelles pulmonaires ».
  Cette étude associe l'équipe de pneumologie et les services de réanimation, de radiologie, de maladies infectieuses, de médecine physique et réadaptation et l'unité de méthodologie et de qualité de vie en cancérologie. Elle propose un suivi à 3, 6 puis 12 mois après l'infection à SARS-COV-2 avec des explorations pneumologiques et neuropsychologiques afin de dépister les séquelles et de proposer un traitement adapté.
  Le CHU de Dijon est également centre investigateur.
- ✓ COLONEA : « comportement au long terme des endoprothèses pour anévrysmes de l'aorte abdominale sous rénale ».
  Les anévrysmes de l'aorte abdominale sous rénale est une pathologie grave et fréquente imposant une prise en charge chirurgicale prophylactique. Actuellement la technique la plus utilisée est le traitement endovasculaire par endoprothèses.
  Le but de cette étude est d'évaluer l'impact du déplacement latéral du corps principal de l'endoprothèse sur le taux de réintervention après traitement d'un anévrysme de l'aorte abdominale sous rénale.

- ***Urilco Franche Comté :***

Réunie en assemblée générale, à Besançon le 26 Juin, sous la présidence d'Elisabeth Godot, URILCO a fêté son quarantième anniversaire. Fondée en 1981 par le Pr Georges Mantion chirurgien au CHU de Besançon et quelques patients, Urilco regroupe , dans le périmètre de l'ex Franche Comté des personnes porteuse d'une stomie. Elles leur apporte des informations et un soutien.

L'assemblée générale est toujours l'occasion pour les spécialistes (urologues, chirurgiens digestifs) d'apporter aux participants des informations sur les dernières évolutions de la science et des techniques chirurgicales.

2- Mouvement préfectoral dans le Doubs :

Mr Joel Mathurin préfet du Doubs est nommé dans le Morbihan. Il était arrivé dans le Doubs en 2018. Auparavant il avait été secrétaire général de la préfecture du Doubs en 2013, et préfet de la Nièvre en 2016.
Il sera remplacé par Mr Jean-François Colombet préfet de Mayotte nommé préfet du Doubs le 23 juin.

3- *Hôpitaux :*

- ***Emplois de direction vacants :***
  - CH de Sens, Joigny, Villeneuve-sur-Yonne : DA chargé des ressources humaines,
  - CHS de l'Yonne à Auxerre :DA chargé de la patientèle, du parcours patient et des affaires générales et juridiques.
  - CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, Autun, Chagny, La-Guiche-sur-Mont-Saint-Vincent, Toulon-sur-Arroux et EHPAD d'Epinac et Couches : DA chargé des ressources humaines et des affaires médicales du centre hospitalier de Montceau-les-Mines ;
  - CH Nord Franche-Comté à Trévenans et centre hospitalier de soins longue durée à Bavilliers (Territoire-de-Belfort) : DA chargé des EHPAD et de la filière gériatrique.
  - EHPAD de Saint Bris le Vineux (89) emploi de directeur,
  - EHPAD d'Ancy le Franc et de Ravières (89 : emploi de directeur.

    Emplois de directeurs(trices) des soins :
  - CH de Semur en Auxois et EHPAD de Moutiers Saint-Jean : un emploi de coordonnateur général ou coordonnatrice générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, avec mise à disposition auprès du CH de la Côte d'Or à Vitteaux,
  - CHU de Besançon, un emploi d'adjoint ou adjointe au coordonnateur de l'institut de formation de professions de santé ,
  - CHU de Dijon, CH d'Auxonne, d'Is-sur-Tille et EHPAD de Mirebeau : un emploi de directeur ou directrice des soins, chargé(e) de la qualité du parcours de soins des patients, référent(e) de la psychiatrie,
  - CH d'Auxerre, Avallon, Tonnerre et de Clamecy : un emploi de coordonnateur général ou coordonnatrice générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CH d'Auxerre et du groupement hospitalier de territoire « Unyon» .

4- *Le groupe Elsan rachète le groupe C2S*

L'annonce, en décembre, par le groupe Elsan , de son intention de racheter le groupe C2S se concrétise. Apres l'autorisation de l'Autorité de de la concurrence, permettant à Elsan de prendre le contrôle exclusif du groupe C2S, propriété du fonds d'investissement Eurazeo, , qui l'avait acquis auprès du fonds Bridgepoint début 2018, l'annonce officielle du rachat a été faite le 17 juin, sans toutefois en indiquer le montant.

- *Le groupe Elsan :*

Elsan est actuellement le 2° groupe privé français.
Il regroupe 137 établissements, essentiellement de court séjour MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) mais aussi de SSR et des services d'HAD et de chirurgie esthétique. Il compte 28 000 collaborateurs, 7 500 médecins, pour un chiffre d'affaire annuel de 2,6 milliards d'euros.
Le groupe est né en 2 000 sous le nom de Vedici pour devenir Elsan en 2016 après de nombreux rapprochements (Seny en 2002,Vitalia 2015, MédiPôle Partenaires en 2017…)

- *10 établissements concernés en BFC :*

C2S compte 17 établissements et 2 services de HAD, dont 9 en BFC : polyclinique du Val de Saône à Mâcon, clinique St Pierre à Pontarlier, clinique St Vincent à Besançon, polyclinique de Franche Comté (PFC) à Besançon, clinique du Parc à Dole, clinique du Jura à Lons le Saunier, clinique St Martin à Vesoul (aout 2018), polyclinique Ste Marguerite à Auxerre (juin 2018), et clinique Paul Piquet à Sens.

Les 8 autres établissements de C2S sont situés en Auvergne Rhône-Alpes (ARA) : St Priest, Roanne, Montbrison, Grenoble, Lyon , Ambérieu , Moulins, le Puy en Velay.
L'ensemble représente 2 300 lits, 3 200 agents , 1 000 médecins, un chiffre d'affaire annuel de 300 millions.

- *La valse des rachats :*

Certains des établissements situés en BFC ont été acquis très récemment par C2S***. :*** la PFC à Besançon et la clinique du Parc à Dole ont été cédées par la Mutualité en 2019, St Vincent et St Pierre, par le groupe Ramsay.
Ainsi les cliniques St Vincent de Besançon et St Pierre de Pontarlier seront passées de Clin-Invest, à Capio (dont le logo figure encore sur les murs), à Ramsay , puis à C2S et maintenant à Elsan. On peut comprendre les inquiétudes des personnels de ces établissements qui se sont mis en grève le 30 mai, pour manifester leurs inquiétudes face à ces mutations successives qui les assimilent à un bien marchand, au même titre que le fond et les murs.
Au fait, quelle plus-value espère C2S après une si courte période ?

5- Vivalto rachète Dracy

Le groupe Vivalto qui possède déjà 41 établissements a confirmé qu'il doit finaliser d'ici l'été 2021, 9 nouvelles acquisitions dont les 3 établissements du groupe Dracy Santé situés en BFC : le centre médico-chirurgical de Dracy le Fort , la clinique du Parc à Autun et la clinique de La Miotte à Belfort (qui dépendait auparavant de la Mutualité).

Toutes ces transactions témoignent si besoin en était que la santé constitue toujours une source de profits alléchants pour les investisseurs.

6- CHU de Besançon : extension de la PUI :

Apres de précédentes extensions de sa pharmacie à usage intérieur (PUI), le CHU de Besançon vient d'être autorisé (21 mai) à approvisionner celle du CHS de Novillars.
Outre la desserte de ses propres lits et places, la PUI du CHRU assure désormais celle des :

- centre de soins et d' hébergement de longue durée Jacques Weinmann à Avanne-Aveney,
- centre de long séjour de Bellevaux à Besançon,
- centre de soins et de réadaptation des Tilleroyes à Besançon,
- CH de Beaume les Dames,
- établissement de Quingey,
- CHS de Novillars.

Tous ces établissements font partie du GHT Centre Franche Comté. Ces regroupements n'affectent normalement en rien, ni l'existence des PUI de ces établissements, ni la situation de leurs personnels.

7- CHU de Dijon-SAMU 21 : un nouvel hélicoptère :

Le 26 mai, à l'aéroport de Dijon- Bourgogne, a été inauguré le nouvel hélicoptère du SAMU 21.
Fabriqué par Airbus cet appareil de nouvelle génération est équipé des dernières technologies d'aide à la navigation, son agencement sur mesure a été conçu spécialement pour le CHU afin d'accueillir une équipe médicale bénéficiant de conditions de travail optimum.
Il pourra accomplir des missions interrégionales et en cas de besoin, intervenir dans les départements limitrophes.
Une équipe composée de 6 pilotes de la société Mont Blanc Hélicoptères (MBH), 5 assistants de vol et un mécanicien est dédiée spécialement à cet hélicoptère. Il est basé actuellement à l'aéroport Dijon Bourgogne. Un projet de 2ème hélistation est en cours, ce qui permettra de stationner l'appareil au CHU.

L'acquisition de cet appareil a bénéficié du concours financier de l'Etat de la Région, qui intervient par ailleurs (1,5M€) pour moderniser les hélistations mais aussi pour équiper en caméras une quinzaine de sites afin de faciliter l'atterrissage des appareils dans des conditions optimales.
Son cout annuel de fonctionnement est évalué à environ 2 200 000€, selon le nombre d'heures réalisées.
Rappelons enfin que notre Région compte 5 villes équipées d'un hélicoptère sanitaire dédié : Dijon, Besançon, Chalons sur Saône, Auxerre, Nevers.

8 Publications et bibliographies :

1- « Et le bien dans tout ça ? » Axel Khan

Stock (les essais) – mars 2021- 354 pages.
C'est le dernier, et on peut craindre, l'ultime ouvrage d'Axel Kahn.
On ne présente plus Axel Khan : le médecin, le généticien , le chercheur, l'éthicien, le philosophe… c'est certainement ce dernier qui a rédigé cet ouvrage.
Partant de la recommandation « sois raisonnable et humain » que lui a laissée son père Jean Kahn avant de se donner la mort, l'auteur se demande si tel « un Minotaure des temps modernes » il a toujours suivi ce fil d'Ariane dans le labyrinthe de la vie. Il porte son regard de philosophe sur tous les aspects de notre société, les analysant à l'aune de l'éthique, y compris à la fin de son ouvrage, la pandémie.
A lire !

2- « Bien vieillir -faire murir nos ambitions » Institut Montaigne

Sous-titre : comparaisons internationales sur la prévention de la perte d'autonomie.
L'auteur :Thomas Rapp maitre de conférence à l'université de Paris, établit une série de 6 constats qui appellent des actions de politiques publiques, et identifie des exemples concrets, dans certains pays, qui pourraient influencer les politiques menées en France en faveur des seniors. Ce travail s'appuie sur les données issues du rapport de l'OCDE

3- « L'EHPAD du futur commence aujourd'hui »

Le Think Tank « Matières Grises » a publié le 4 juin une étude : « l'EHPAD du futur commence aujourd'hui – propositions pour un changement radical de modèle » (80 pages).
Parmi les auteurs on retrouve Jérôme Guedj, qui le 16 juillet 2020 a remis à Olivier Véran, qui lui en avait confié la mission, un rapport, portant « 36 propositions et pistes pour une politique pérenne de lutte contre l'isolement des personnes âgées ».
Alimentée des auditions d'une centaine d'experts du secteur et de plus de 150 contributions venant de directeurs d'établissements et d'acteurs de la société civile, l'étude se décompose en trois axes :

- comment imaginer la relation établissement-personnes âgées à l'horizon 2030 ?(16 propositions),
- comment repenser l'architecture et les espaces ?(14 propositions),
- comment imaginer un EHPAD plateforme ? (3 proposions).

On prendra, avec beaucoup d'intérêt, connaissance de ce dernier chapitre dans lequel Matières Grises en appelle à un bouleversement radical en plaidant pour un EHPAD plateforme qui dépasse, établissement et domicile, atour de notions qui commencent à émerger : EHPAD hors-les-murs, EHPAD à domicile, pôle de ressources gériatriques, pôle de services gérontologiques…et d'expériences qui se multiplient.
On retiendra cette proposition : «Il serait temps, en préparant l'objectif 2030, de mettre fin à l'étanchéité absurde qui persiste depuis des décennies entre l'aide à domicile et les EHPAD. »

L'EHPAD du futur : il est temps d'en parler , nous sommes tous concernés alors que le projet de loi grand âge- autonomie, depuis longtemps attendu est toujours en gestation.
A lire et faire connaitre!
file:///C:/Users/33770/AppData/Local/Temp/https%20__matieres-grises.fr_wp-content_uploads_2021_06_Rapport-Ehpad-du-futur.pdf

4- « Feuille de route des maladies neurodégénératives 2021-2022 » :

Le Ministère des Solidarités et de la Santé vient de publier sa feuille de route 2021-2022 pour les maladies neurodégénératives (MND)(60 pages) : maladie d'Alzheimer (1,2 millions de malades et 2 millions d'aidants), maladie de Parkinson (200 000 malades), sclérose en plaque (115 000 malades et leurs familles) .
Elle vient prendre le relais du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019.
Elle présente :

- les 10 axes retenus et les 18 fiches- action qui les déclinent. Parmi ces axes citons : le secteur médico-social (4 fiches action) et la démocratie en santé (1 fiche action)
- la mise en œuvre et la gouvernance : comité de suivi et calendrier.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_pmnd_version_longue.pdf

5- « bilan à mi-parcours du programme national nutrition santé (PNNS) 2019-2023 » :

Mai 2021 -100 pages. Précisons qu'il s'agit du 4° PNNS
Sont analysés les 5 axes, les 22 objectifs, les 54 actions et les 10 mesures phare prévues.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns_4_bilan_5mai2021.pdf

9 Agenda

L'effet conjugué de la crise finissante et d'une forte aspiration à une pause estivale rend l'agenda événementiel particulièrement dégarni. Citons seulement les quelques annonces suivantes, qui devront être confirmées et précisées.

24 Septembre : Assemblée générale de l'ARUCAH à Besançon
28 septembre : assemblée régionale de France Assos Santé BFC à Dole
16 novembre : Journée e-Santé à Chalons sur Saône

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette lettre, nous vous invitons à exercer votre droit de désinscription en envoyant un message à arucah.bfc@orange.fr

A TOUS NOUS SOUHAITONS DE BONNES VACANCES

Restez néanmoins vigilants et n'oubliez pas la vaccination