La LETTRE de l'ARUCAH
BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 36 – Aout 2021

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Convaincre ou contraindre ?

La menace prématurée d'une 4° vague liée à la diffusion sans cesse croissante du variant delta (variant indien) avait préparé l'opinion publique à de nouvelles restrictions dans notre vie quotidienne , mais peut-être pas aussi contraignantes et aussi rapides que celles annoncées par le Président de la République dans son allocution du 12 juillet (la 8° depuis celle du 12 mars 2020), sur fond de Champs de Mars (lieu chargé de symboles) et sur un ton martial.
Depuis le début du mois de juin, l'opinion , mais aussi les structures les plus officielles (Cf. §1-2-1) appelaient les soignants non vaccinés à la raison et au sens des responsabilités, sans écarter la possibilité de la contrainte s'il le fallait.

La course à la vaccination :

Cette nouvelle menace justifiait l'accélération de la vaccination, seul moyen d'arriver à une immunité collective. Elle était facilitée par la levée des contraintes d'âge, la multiplication des lieux de vaccination et surtout par la mise à disposition des doses, passée de la rareté à l 'abondance.
Sans doute heureux de la récente levée des contraintes du confinement, et pensant surtout à en profiter à l'approche des vacances, les Français ne se sont pas portés massivement vers la vaccination, nombre de doses ne trouvant pas preneur (plus d'offre que de demande).
La persuasion n'ayant pas réussi, il ne restait donc que la contrainte et cela en dépit des engagements antérieur que la vaccination ne serait pas obligatoire et qu'il n'y aurait pas de pass vaccinal. Le principe de réalité a été retenu.

Rétropédalage :

Les mesures annoncées ont soulevé des interrogations faisant apparaitre des difficultés de mise en œuvre. Aussi, dès le lendemain, le Ministre de la Santé a-t-il dû apporter des aménagements à cette rigueur comme par exemple :

- pour les adolescents de 12 à 17 ans (report de la date),
- pour les salariés des lieux et établissements recevant du public (restaurants, bars),
- pour l'ensemble des français , délai d'immunité après la 2° injection.

Le Ministre a même évoqué la possibilité de lever l'obligation du port du masque, partout où le pass sera appliqué.

Saisi du projet de loi, le Conseil d'Etat, sans remettre en cause l'économie globale des mesures a néanmoins préconisé des aménagements (exigence du pass dans les grands centres commerciaux, montant de l'amende pour les restaurateurs, contrôle nocturne de l'isolement par la police…), estimant que certaines de ces mesures constituaient une atteinte disproportionnée à la liberté d'aller et de venir et au respect de la vie privée.

La Défenseure des Droits, et la CNIL ont également émis des réserves s'inquiétant des reculs majeurs en matière de libertés individuelles et collectives.

Un débat parlementaire marathon et animé :

Les mesures envisagées nécessitant de recourir à la loi, le projet de loi « relative à la gestion de la crise sanitaire » a été adopté en conseil des ministres le 19 juillet après déclaration de la procédure accélérée (comme d'habitude) et déposé le lendemain sur le bureau de l'Assemblée Nationale.

Il aura au total fallu 4 jours et 4 nuits consécutifs de débats parfois houleux (1 198 amendements à l'Assemblée), pour que le Parlement, après quelques compromis avec le gouvernement, et après que la commission mixte paritaire (CMP) ait pu trouver un accord sur un texte unique, adopte cette loi le dimanche 25 juillet (156 pour, 60 contre sur 577 députés, et 195 pour, 129 contre sur 348 sénateurs).

La dernière épreuve est celle du Conseil Constitutionnel saisi le 26 juillet, par le 1° ministre, ainsi que par des parlementaires. Il devrait rendre sa décision le 5 aout et ainsi permettre la promulgation de la loi par le Président, et sa publication au Journal Officiel.

Enfin le texte adopté par la CMP permet aux 2 assemblées de « requérir toute information complémentaire dans le cadre du contrôle et de l'évaluation » de ces mesures » et prévoit que des débats peuvent avoir lieu autant que nécessaire …. afin d'associer le parlement à l'évolution de la situation sanitaire ».

De l'obligation vaccinale:

Contrairement à l'idée reçue, elle ne s'applique pas aux seuls soignants. Ceux qui sont assujettis ne sont pas définis par leur métier, mais par la nature d'activité des employeurs et les codes dont ils relèvent.

Qui est concerné ?

Huit catégories sont définies, et la 1° ne comprend pas moins de 14 sous catégories. Pour celles qui nous intéressent plus particulièrement, limitons nous à citer les personnes qui travaillent dans :

- les établissements de santé publics et privés, y compris les établissements des armées,
- les centres de santé et les maisons de santé,
- les établissements et services sociaux et medico -sociaux : 7 catégories sont concernées dont « les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées (EHPAD) ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».
  Sont également concernés les établissements d'éducation adaptée, d'aide par le travail, pour personnes handicapées (FAM)…,
- les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé (DAC),
- les services de médecine préventive et de promotion de la santé,
- les services de santé au travail.

Dans les autres catégories on relève les étudiants se préparant aux professions de santé, les sapeurs-pompiers, les transporteurs sanitaires, et même les « professionnels employés par un particulier … effectuant des interventions au domicile » etc….

La loi renvoie à des décrets pour définir les éléments permettant d'établir le certificat de statut vaccinal et le certificat de rétablissement à la suite d'une contamination.

Qui contrôle et quelles sanctions ?

A compter du 15 septembre, les personnes concernées ne pourront plus exercer leur activité si elles n'ont pas présenté le certificat, cependant elles pourront la poursuivre jusqu'au 15 octobre si elle justifient l'administration d'une dose, sous réserve de présenter le résultat d'un examen de dépistage virologique ne concluant pas à une contamination.

Elles doivent justifier avoir satisfait à leur obligation auprès de leur employeur (y compris pour les agents publics), chargé contrôler.
Celui-ci informe le salarié des conséquences qu'emporte l'interdiction d'exercer, et des moyens de régulariser sa situation. Le salarié peut mobiliser des jours de repos ou de congé avec l'accord de l'employeur. A défaut son contrat de travail est suspendu et sa rémunération interrompue.
La méconnaissance par l'employeur, de l'obligation de contrôler le respect de l'obligation est punie d'une amende. Si une telle violation est verbalisée plus de 3 fois dans un délai de 30 jours, les faits sont punis d'un an d'emprisonnement et de 9 000€ d'amende.

De l'obligation du pass vaccinal dans les établissements de santé et médico-sociaux :
Compte tenu de leur nombre et de la complexité de mise en œuvre, nous n'indiquerons pas la liste des lieux dont l'accès est soumis à l'obligation de présenter un pass vaccinal, pour nous en tenir aux seuls établissements de santé , sociaux et médico-sociaux.
Apres avoir été retirée par les députés le 22 juillet, cette obligation a été réintroduite par le Gouvernement.
Qui est concerné ?
Sauf en cas d'urgence, cette obligation s'impose aux « personnes accompagnant ou rendant visite aux personnes accueillies dans ces services et établissements ainsi que pour celles qui y sont accueillies pour des soins programmés. La personne qui justifie remplir les conditions, ne peut se voir imposer d'autres restrictions d'accès, liées à l'épidémie pour rendre visite à une personne accueillie ».
Il appartiendra donc aux directions de ces établissements de mettre en œuvre les moyens de contrôler cette obligation en faisant appel à des personnels de sécurité supplémentaires. La FHF estime qu'il en coutera 60 millions € par mois aux seuls hôpitaux. Pour les EHPAD le ministère pense que la dépense sera moindre car il y a déjà un passage obligé par l'accueil.

Les EHPAD de nouveau pénalisés :
Si, en établissements de santé, cette obligation peut paraitre justifiée par le fait qu'ils sont des lieux publics, soumis à un important brassage d'usagers, tel n'est pas le cas pour les EHPAD.
Le protocole du 21 juillet (le depuis 4° le 5 mars), donc postérieur aux décisions du Président de la République consacre le « retour au droit commun dans les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap » à compter du 21 juillet.

Les EHPAD lieux publics ?
Ainsi donc les EHPAD sont considérés comme des lieux publics, tout comme les restaurants, les cinémas, parcs d'attraction ou autres lieux de plaisir.
Les pouvoirs publics ignorent donc délibérément le principe qu'ils ne manquent jamais de rappeler selon lequel: la chambre d'un résident en EHPAD est son domicile. Qui va demander un pass sanitaire aux personnes qu'il reçoit chez lui ?
Les différents collectifs et associations (y compris celle des directeurs d'établissements : l'ADPA) ont exprimé leurs inquiétudes quant à la mise en œuvre, mais aussi leur désapprobation. Les échanges du 28 en visio entre les représentants des associations et 2 conseillers de Mme Bourguignon n'ont donné aucun résultat, ceux-ci soutenant que le retour au droit commun n'est pas un retour à la normale !!

La Mutualité Comtoise donne l'exemple :
Dans un point d'actualité du 28 juillet la Mutualité Française Comtoise qui gère de nombreux EHPAD, informe les familles que dès le 2 aout « les portes seront à nouveau closes, chaque entrée sera filtrée en systématique », que le « nouvel horaire d'ouverture : du lundi au dimanche de **13h30 à 17h00** pour la dernière visite » sera mis en place et qu'il « sera demandé de présenter votre passe sanitaire, de remplir le registre d'entrée ».

Sans doute la Mutualité ignore-t-elle que la loi n'a toujours pas été promulguée, ni publiée.
La résidence Granvelle à Besançon est plus réservée lorsqu'elle annonce : « sous réserve de l'avis favorable du Conseil constitutionnel et de certaines dispositions précisées dans des décrets d'application et des protocoles à venir, le pass sanitaire sera exigé pour les visiteurs de plus de 18 ans**,** sauf en cas d'urgence (par exemple pour être au chevet d'un proche en fin de vie) ».

Vigilance :
Nous ne pouvons donc qu'appeler les membres des conseils de vie sociale (CVS) et même les représentants des usagers lorsqu'il existe une USLD, à la vigilance et à la concertation avec les directeurs d'établissements (pour autant qu'ils la souhaite).

1- Echos -covid

La circulation du virus delta et la menace qu'elle constitue justifie le maintien de cette rubrique.

1-1 Les médiateurs de lutte anti covid en BFC :

L'ARS BFC a mis en place des « médiateurs de lutte anti covid ».

1- Qui sont-ils ?

Ce sont des équipes mobiles de 4 à 8 personnes, financées par l'ARS, majoritairement portées par des associations agréées de sécurité civile (Croix-Rouge Française, Protection Civile…).
Elles reçoivent une formation spécifique sur la base d'un module à distance, dispensé par l'École des hautes études en santé publique (EHESP), et d'un enseignement pratique en présentiel porté les CESU(centre d'enseignement des soins d'urgence), les associations départementales de protection civile, les CPAM et l'IREPS.

2- Quelles sont leurs missions ?

Les médiateurs peuvent être mobilisés pour intervenir sur des opérations planifiées ou déployées sans délai en fonction de la situation épidémique locale (évaluation de la situation par l'ARS), y compris les week-ends et jours fériés pour :

- dépister les personnes au plus près des besoins : lieux de travail, d'étude ou lieux publics.
- délivrer des messages de sensibilisation et de prévention (mesures barrières, accompagnement sanitaire, social, vaccination…)
- identifier des personnes contacts pour accélérer la rupture des chaînes de transmission**.**

3- Qui peut les mobiliser ?

Les équipes de médiateurs de lutte anti-Covid peuvent être mobilisées directement par l'ARS et/ou les préfets, en fonction de la situation épidémique du territoire (sur-incidence, clusters...), notamment auprès des collectivités sensibles (centres d'hébergement et de réinsertion sociale par exemple).
Plaquette par le lien :
https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/80913/download

1-2 Vaccination :

1-2-1 Obligation vaccinale : l'union sacrée

Du début du mois de juin à l'intervention télévisée du Président de la République du 12 juillet, l'obligation vaccinale des professionnels de santé, longtemps écartée, a fait l'objet de débats passionnés (certainement pas encore terminés) pour aboutir à un véritable consensus partiellement retracé ci-après par ordre chronologique.

1- Le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) :

*« Obligation vaccinale pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social »*avis du **24 juin.**
Le COSV (présidé par le Pr. Alain Fischer) considère que, «la justification et la légitimité de l'obligation vaccinale de l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social (…) doivent être reconnues » et que « l'obligation vaccinale doit concerner tous les personnels exposés au travers de leur profession au contact de patients ou de résidents d'EHPAD, en admettant des critères d'exemption pour raisons médicales ».

2- Le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) :

Le 5 juillet le CNOM s'est déclaré « prêt à accompagner la mise en œuvre éventuelle d'une obligation vaccinale s'appliquant aux professionnels de la santé ».

3- Le conseil scientifique

« réagir maintenant pour éviter une nouvelle vague associée au variant delta » avis du **6 juillet**, actualisé le 8. (33 pages).
Le conseil scientifique fait des propositions portant sur:

- les mesures générales à amplifier ou mettre en œuvre, en particulier la surveillance du variant delta, y compris le maintien de la gratuité des tests PCR pendant l'été, le retour à des restrictions dans les régions les plus touchées, le contrôle des voyageurs…
- les mesures concernant la vaccination et en particulier :
  - ✓ l'obligation vaccinale chez les soignants et le personnel médicosocial, « cette obligation pouvant être étendue à d'autres catégories, comme les aidants, le personnel des services à la personne ou l'ensemble des professionnels (non sanitaires) exposés et exposants à un risque pour autrui ».
  - ✓ d' « anticiper dès maintenant un rappel de vaccination chez les personnes de plus de 80 ans résidant en EHPAD ou à domicile, ainsi que chez les patients immunodéprimés au sens large.

4- Les professionnels de santé

Le **7 juillet** , les fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux (FHF, FEHAP, FHP, Fnehad, Synerpa, Croix rouge), les ordres professionnels (médecins, pharmaciens, dentistes, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes, pédicures) ont signé une déclaration commune encourageant "les professionnels de santé, du soin et de l'accompagnement à se faire vacciner contre le Sars-CoV-2 », et engageant le gouvernement à aller vers une obligation vaccinale de ces professionnels, tout en se gardant de fustiger les soignants.
Ils posent 3 conditions :

- que le périmètre soit large : établissements et services à domicile,
- que soient respectées d'éventuelles contre-indications médicales,
- que soient rappelées les conséquences individuelles en cas de non-respect de l'obligation.

Les conférences des présidents de CME (commissions médicales d'établissements) des CHU, CH et CHS, et de directeurs (CH et établissements pour personnes âgées et handicapées), ainsi que la Mutualité Française ont emboité le pas.
Seules voix discordantes : le collectif inter-urgences et la CNI (coordination nationale infirmière)

5- La conférence nationale de santé (CNS) :

« Vaccination contre la Covid-19 des soignants : place de l'obligation vaccinale »
Avis du **9 juillet** (4 pages).
« Au regard des données scientifiques disponibles, la CNS estime justifiée à ce moment de l'épidémie, le recours à l'obligation vaccinale pour la vaccination contre la Covid-19 chez les soignants ».

6- La HAS

Dans son communiqué du **9 juillet**, la HAS « recommande que soit envisagée sans délai l'obligation vaccinale de l'ensemble des professionnels en contact avec des personnes vulnérables » et qu'« au-delà, au vu de la progression actuelle de l'épidémie, il est nécessaire d'entamer dès à présent la réflexion sur une extension plus importante de cette obligation vaccinale en population générale afin de pouvoir prendre à temps cette décision si elle s'imposait ».

7- l'Académie de Médecine :

« Obligation vaccinale contre la Covid-19,un devoir de santé publique et un engagement démocratique » communiqué du **9 juillet**.

Dans son communiqué du 23 juin, l''académie avait déjà préconisé le non remboursement des tests de dépistage pour convenances personnelles, pour inciter les gens à se faire vacciner. Elle franchit un pas supplémentaire en considérant que « la Covid-19 réunit toutes les caractéristiques justifiant l'obligation vaccinale » et que « la solidarité vaccinale s'impose au plan international ».

8- Le collectif citoyen sur la vaccination :

Nous avions évoqué sa création en janvier dans le cadre du CESE (conseil économique social et environnemental). Mais depuis cette date nous étions sans information concernant son activité.

Saisi par le ministre de la santé le 8 juillet pour connaitre son regard sur l'obligation vaccinale, il a fait connaitre ses recommandations (10 pages) le **10 juillet**.

Pesant le pour et le contre l'obligation vaccinale , les membres se sont déclarés « partagés sur l'obligation vaccinale pour le personnel soignant …dès maintenant ».

Ils se sont posé la question de savoir « comment faciliter la vaccination des personnes hésitant à se faire vacciner» : communication organisation de la vaccination, et même les moyens incitatifs, y compris innovants (dont certains inattendus), qui pourraient être mis en œuvre

Postérieurement à l'intervention du Président, le collectif a complété ce document par un retour (très limité) sur les annonces.

Le collectif se réunira une dernière fois en septembre pour faire le bilan de ses travaux

9- Le Président de la République … et le ministre :

Lors de son intervention télévisée du 12 juillet le Président a annoncé que « pour les personnels soignants et non soignants des hôpitaux , des cliniques (….), pour les personnels et bénévoles qui travaillent au contact des personnes âgées ou fragiles y compris à domicile , la vaccination sera obligatoire » et qu' « à partir du 15 septembre, des contrôles seront opérés et des sanctions seront prises ».

Et le ministre de la santé d'ajouter aussitôt, s'adressant aux soignants : « si vous n'êtes pas vaccinés (au 15 septembre) vous ne pourrez plus travailler et vous ne serez plus payés ».

1-2-2 Vers la 3° dose :

1- Une annonce et une hypothèse..

Lors de son allocution du 12 juillet, le Président a annoncé que « dès la rentrée, une campagne de rappels sera mise en place pour permettre [aux personne vaccinées en janvier- février] de bénéficier d'une nouvelle injection », visant ainsi les résidents en EHPAD et les personnes de plus de 75 ans, premières vaccinées, dont le taux d'anticorps pourrait baisser. Cette 3° dose est actuellement réservées depuis le 6 mai aux seules personnes sévèrement immunodéprimées.

Il suit ainsi l'avis du conseil scientifique du 6 juillet (cf . supra) bien qu'il reconnaisse que « les données scientifiques pour appuyer cette proposition sont encore limitées ». Il s'agit n'en

doutons pas de protéger ces personnes vulnérables, mais aussi indirectement le système hospitalier.
Avant lui, le patron de Moderna encourageait à vacciner les personnes à risque avec une 3° dose dès la fin de l'été.
Ainsi donc et bien que la pertinence de cette 3° dose reste à prouver, nos EHPAD risquent de se retrouver sur le devant de la scène de la vaccination dès le début septembre.

2 … que ne partage pas la HAS :
Dans son « *avis sur l'identification des données nécessaires pour permettre d'évaluer la pertinence éventuelle d'un rappel chez les personnes ayant eu une primovaccination complète contre la Covid-19 »* du 15 juillet (8 pages), la HAS considère que :
« A ce stade et sur la base des données actuellement disponibles…il n'y a pas d'argument pour recommander l'administration d'une dose de rappel au-delà des personnes ciblées par les annonces gouvernementales (les plus vulnérables et les plus âgés), et ce, quels que soient les vaccins initiaux. La pertinence d'un rappel en population générale pourrait être établie si une diminution de la protection contre la Covid-19 dans le temps était mise en évidence sur la base d'échecs vaccinaux constatés en vie réelle(et pas seulement sur la base d'une baisse du taux d'anticorps) ou qu'un nouveau variant «résistant» aux vaccins actuellement disponibles émergera sur le territoire ».

1-2-3 Brèves

1- L'élan de la vaccination en BFC :
Comme partout ailleurs, à la suite de l'intervention du Président de la République du 12 juillet, le nombre de premières injections s'est accru de façon considérable. Entre le 1° et le 26 juillet il a enregistré une augmentation de 247 322.
Durant la semaine du 19 au 25 juillet : ont été réalisées : 10 000 primo-injections et 115 000 secondes injections (tous lieux confondus)
La couverture vaccinale (1 dose)par tranche d'âge était la suivante au 23 juillet :

12-18ans	32%
12 et +	69%
18 et +	71%
18-49 ans	58%
50-64 ans	77%
65-74 ans	89%
75 et +	88%

2- L'allocation des doses en BFC :
Pour soutenir le rythme constaté, 25 0000 doses supplémentaires ont été allouées pour la dernière semaine de juillet, soit 20 000 pour les centres de vaccination venant s'ajouter aux 140 0000 injections déjà programmées et 5 000 pour les professionnels de ville

3- Les CPAM veillent
Ayant reçu sa 2° injection le 6 mai, l'un de nos lecteurs a été contacté par sa CPAM le 27 juillet pour lui proposer une aide pour se faire vacciner.

1-2-4 Chiffres repères :

Nombre de 1° injections

	1°avril	1° mai	1 juin	1° juillet	30 Juillet
BFC	426 877	701 081	1 118 828	1 452 849	1 771 168
France	8 876 379	15 887 699	26 393 059	34 389 590	41 673 008

Cumul national au 25 juillet :

	nombre	% population totale	Rappel :% au 24 juin
1° injection	39 940 241	59,2%	48,8%
Schéma vaccinal complet	33 261 829	49,3%	29 ,8

1-3 la situation épidémique en BFC :

1- « l'assaut » du variant delta :

Comme dans les autres régions, la dynamique épidémique s'est accélérée dans notre région, tout au long du mois de juillet, sous l'effet de la diffusion du variant delta qui est devenu prédominant à 85% (entre 65% dans la Nièvre et 98% dans le Jura).

Le taux d'incidence s'est accru : il a dépassé le seuil d'alerte de 50 pour 10 000 habitants. le nombre de signalements de regroupement de cas s'est également accru en de nombreux points du territoire.

Pour autant cette accélération est restée sans effet sur l'activité hospitalière qui a fait l'objet d'une décrue régulière

2- Données hospitalières

(source : Santé Publique France)

	1° janv.	1° fév.	1° mars	1° avril	1° mai	1° juin	1°juillet	30 juil
Nb de patients hospitalisés	1856	1824	1402	1255	1249	671	368	218
hospitalisés dernières 24h	121	126	38	89	48	35	6	36
Hospitalisés en réa	182	167	144	158	186	102	34	14
hospitalisés réa dernières 24h	17	18	14	13	11	4	1	2
Nb décès hôpital cumulés depuis le 1° mars 2020	2620	3360	3787	4121	4548	4 768	4 835	4 856

Depuis le 1° Juillet, la pression hospitalière n'a cessé de diminuer :

Personnes hospitalisées : le plus 368 (01/07), le moins : 213 (28/07)

Personnes en réa: leur nombre est passé de 34 (01/07), à 14 (27/07)

Décès : 21 pour le mois. Le nombre moyen quotidien du 1° au 30 Juillet a été ramené à 0,7 (22 en décembre et janvier, 15 en février, 10,45 en mars,14,19 en avril, 7,37 en mai, 2,2 en juin).

Aux 4 856 décès hospitaliers il faut ajouter 2 298 décès survenus dans les établissements médico-sociaux (EHPAD)soit un total de 7 154.

3- *Situation par départements le 30 juillet :*

	Nb. personnes positives à J-3	Taux d'incidence (1)	Nb. hospitalisés	Nb. hosp. réa	Décès hospitaliers
21	118	109,4	68	4	945
25	121	125,3	28	2	522
39	49	122,6	12	1	486
58	15	65,6	20	1	335
70	29	88,3	13	1	266
71	61	72,1	49	3	1 107
89	44	70,8	20	2	595
90	46	184,8	8	0	600
BFC	483		218	14	4 856
France			7 363	1 072	85 312

(1) Semaine glissante (pour 10 000 habitants) du 21 au 27/07

2- Le dossier médical partagé (DMP) : une nouvelle étape

1- *Il n'est plus possible de créer son DMP :*

Depuis le 1° juillet il n'est plus possible de créer son DMP sur le site dmp.fr, ni auprès des professionnels de santé ni à l'accueil des caisses d'Assurance Maladie. Mais ceux qui en disposent , ainsi que les professionnels, peuvent continuer à le consulter et à y ajouter des informations utiles : traitements médicamenteux, soins, comptes rendus d'hospitalisation et de consultation, résultats d'examens...

Tous ceux qui avaient un DMP au 1° juillet (10 millions) le retrouverons automatiquement intégré dans « mon espace santé ».

2- *« Mon espace santé » arrive :*

L'interruption de la création de nouveaux DMP est nécessaire pour préparer l'arrivée, en janvier 2022, du nouveau service « mon espace santé ». Inscrit dans la feuille de route du « numérique en santé », il s'agit d'un espace numérique individuel qui rendra un nouveau service sécurisé comprenant:

- un DMP amélioré pour stocker et partager nos données de santé : ordonnances, traitements, résultats d'examens, antécédents médicaux, vaccination…
- une messagerie sécurisée pour recevoir en toute sécurité des messages des professionnels de santé qui nous accompagnent,
- un agenda de santé pour gérer nos rendez-vous médicaux et recevoir des rappels pour les dates clés de nos examens de contrôle (bilans, mammographie, vaccination…),
- un catalogue de services numériques de santé référencés par l'État, pour découvrir l'offre des services utiles en santé et gérer les accès à nos données de santé.

La mise en place de « mon espace en santé » a été confiée à l'Assurance Maladie. Avant sa généralisation début 2022, il fait l'objet d'une expérimentation dans 3 départements pilotes (4 millions d'assurés) .

Pour le lancement, la délégation (ministérielle) du numérique en santé (DNS) organise un « tour de France de webinaires pour présenter « mon espace santé » et mobiliser la communauté e-santé ?

Début 2022, chaque assuré social (69 millions) recevra un mail l'informant de l'ouverture automatique de son compte, ouvrant le délai d'un mois pour manifester son éventuelle opposition.

3- « les droits des usagers en santé à l'épreuve de la crise sanitaire de la covid19 » : Rapport de la Conférence Nationale de Santé (CNS)

Le premier rapport (25 juin -71 pages) de la nouvelle mandature de la CNS sur le respect du droit des usagers s'inscrit dans le cadre de la crise sanitaire liée à la pandémie au SARS-Cov2.
Ce rapport est né de 51 contributions dont celle de la CRSA de BFC du 19 mai 2020, après celles de l'Ile de France et de la Corse.
La réflexion porte sur 5 thèmes :

1- Les droits des usagers :

Après des constats et retours d'expériences (secret médical, défaut d'informations, discriminations), la CNS propose des recommandations pour :

- le droit à une information juste , claire et compréhensible,
- le respect du secret médical,
- le droit au principe de consentement,

2- L'égalité d'accès aux services de santé :

La CNS fait également des constats sur les points suivants : barrières à la continuité des soins, renoncement aux soins, déprogrammation et priorisation des parcours Covid, rupture d'accès aux dispositifs et médicaments, difficultés d'accès aux soins à domicile, rupture d'accès aux soins pour les publics en situation de précarité, recours à la téléconsultation et aux outils numériques, engagements et coopération des acteurs du système de santé.
Elle propose aussi 7 recommandations en contrepoint de ses constats.

3- la qualité des prises en charge et des accompagnements :

Ses constats portent sur : l'impréparation du système de santé à la crise, la forte baisse des activités usuelles de soins, les professionnels de santé et de l'accompagnement (mobilisation , coopération, place de la téléconsultation).
Ses recommandations sont les suivantes :

- tester et isoler pour protéger,
- décloisonner les prises en charge et l'accompagnement,
- une vaccination la plus rapide et massive possible,
- maintenir une réflexion éthique sur les choix effectués en santé.

4- les instances de démocratie en santé :

la CNS constate une incapacité à se saisir des instances de démocratie en santé, mais aussi une mobilisation progressive de la démocratie en santé.
Ses recommandations portent tant sur les périodes de crise que sur les mesures pérennes.
Les membres des CRSA et CTS ainsi que les représentants des usagers dans les établissements prendront connaissance, avec intérêt, des mesures pérennes proposées.

5- La gouvernance et le pilotage des crises sanitaires :

La CNS note le défaut d'anticipation, la défaillance des politiques de prévention, et le cloisonnement.
Ses recommandations portent sur :

- la constitution de stocks stratégiques,
- la transformation du système de santé et la revalorisation des rémunérations des personnels de santé et du médico-social,

- le décloisonnement et la coordination entre les acteurs.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_cns_du_covid_2021.pdf

4- En Bourgogne Franche Comté :

4-1 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- Autorisations de places d' « appartement de coordination thérapeutique » (ACT) et de « lits halte soin santé » (LHSS) :

Ont été autorisées :

Bénéficiaires	Autorisation (places)	Localisation
ADDSEA	+3 LHSS	Nevers
	LHSS mobiles	Nevers
	+2 ACT	Lons le Saunier
	+1ACT	Salins les Bains
AIR	+3 LHSS	Bletterans
	LHSS mobile	
	2ACT	Lons le Saunier
Empreintes	2 LHSS	Sens
	+ 3 ACT	Auxerre
PEP 71	+2 ACT	St Rémy
ELIAD	+5 ACT	Vesoul
	+3ACT	Dole

Définitions :

- Les LHSS accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée, mais est incompatible avec la vie à la rue.
- Les ACT prennent en charge, quelle que soit leur situation administrative, des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion.
-

2- Suspension des centres de santé dentaire « Proxidentaire » (suite)

- *A Chevigny St Sauveur :*

Après la suspension provisoire du centre de santé « Proxidentaire » le 8 juin (cf lettre n° 35), et à la suite de « plusieurs réclamations de patients faisant état de manquements à la sécurité et à la qualité des soins (pertinence notamment) », l'ARS a désigné deux chirurgiens maxillo- facial et stomatologues experts pour « assister les pharmaciens inspecteurs de santé publique de l'ARS dans leurs missions d'inspection et de contrôles ».

- *A Belfort :*

Maintenant c'est le tour du centre de Belfort , suspendu pour une période de 2 mois à compter du 7 juillet suite à la visite du pharmacien inspecteur du 1° juillet. Il a relevé divers manquements notamment relatifs à la formation de certains personnels, aux règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux, et portant atteinte à la sécurité des soins prodigués et à la sécurité des patients.
Le centre venait d'ouvrir le 18 juin, 6 dentistes y exercent.
« On est dans l'acharnement" estime Jean-Christophe Marie, président de Proxidentaire .

- *Dernière minute :*

Par un communiqué de presse du 26 juillet, l'ARS a annoncé de nouvelles mesures de suspension d'activité de ces 2 centres pour une période de 2 mois pour de nouveaux motifs.
Cette nouvelle décision est fondée sur un rapport de l'Assurance Maladie relevant des pratiques de facturation illicites, et sur les constats des pharmaciens inspecteurs de l'ARS confortés par les conclusions des experts précités .
Il est reproché à la structure :

- ✓ de porter atteinte à l'indépendance professionnelle des praticiens qui y exercent (contrats de travail basés sur un pourcentage du chiffre d'affaire qu'ils rapportent, ce qui constitue une véritable subordination),
- ✓ des anomalies dans la tenue des dossiers médicaux,
- ✓ des actes de mutilation et de délabrement volontaires sur des dents saines et sans justification médicale,

La presse locale a largement rapporté cette information , ainsi que le JT de 20h du 27. Un collectif des usagers victimes s'est constitué. Nous ne savons pas si des suites pénales sont envisagées.

4-2 Le volet investissement du Ségur en BFC :

Apres une première présentation, le 7 avril, au comité régional de pilotage et de concertation du volet investissement du Ségur de la Santé, (cf. lettre n° 33-mai), celui -ci a de nouveau été consulté par l'ARS , essentiellement sur les grands axes de la politique régionale. Avant de présenter celle-ci, il n'est pas inutile de revenir sur les objectifs et moyens de ce dispositif.

1- Le Ségur investissement pour la BFC c'est :

- *Pour le sanitaire 768M€*

Le volet investissement du Ségur est un semble de moyens dont certains proviennent de fonds européens, pour un total de 768 M€ pour notre région , ainsi répartis :

- ✓ 472 M€ sur 10 ans pour la «restauration des capacités financières, autrement dit le désendettement des établissements de santé ,
- ✓ 201 M€ pour les investissements structurants, autrement dit les grosses opérations,
- ✓ 63 M€ pour les investissements courants, autrement dit ceux qui améliorent la vie quotidienne des professionnels,
- ✓ 32 M€ de l'enveloppe FEDER gérée par le Conseil Régional dans le cadre de REACT EU (soutien à la reprise en faveur de la cohésion et des territoires) en faveur du secteur de la santé .

- *Pour le médico-social 30,2 M€ en 2021 pour la BFC*

2 100 M€ (France entière) sur 5 ans (2021-2025)dont 550 en 2021, dont 30,2M€ pour la BFC ainsi répartis :

PAI	17,2
Invest du quotidien	7,4
ESMS numérique	5,6

- *Focus sur les 5,6 M€ pour le numérique des établissements médico-sociaux :*

Sont concernés les établissements publics et privés, et le secteur du domicile (personnes âgées, personnes handicapées),

Objectifs :développer l'usage du numérique pour permettre la modernisation rapide et d'ampleur des systèmes d'informations selon4 axes :

- ✓ les infrastructures, équipements informatiques, et logiciels relatifs à l'accompagnement des usagers,
- ✓ la mise en conformité des solutions avec les référentiels et services socles,
- ✓ l'interopérabilité et la sécurité tels,
- ✓ le soutien à l'usage par l'accompagnement et la formation des professionnels.

Le pilotage est assuré par la CNSA, l'appui technique par le GRADeS , et l'instruction par l'ARS par l'ARS.

Au niveau régional 13 dossiers ont été déposés en phase 1. La phase 2 sera prochainement lancée.

2- La restauration des capacités financières des établissements sanitaires

- Objectif : restaurer les marges de manœuvre des établissements de santé trop endettés, leur permettre de reprendre les investissements courants et d'investir dans des projets structurants.
- Enveloppe BFC : 472M€ sur 10 ans
- répartition :
  - ✓ 80% fléché par le niveau national selon 3 critères : taux d'endettement, capacité d'autofinancement (CAF)< 1%, données populationnelles,
  - ✓ 20% à l'initiative de l'ARS.

3- Les projets prioritaires des établissements sanitaires :

- *Au niveau national :*

  Sur le plan d'investissement total de 15,5Md€ sur 10 ans, 6,5Md€ sont affectés projets prioritaires dont :
  - ✓ 1Md€ au titre du plan de relance, financés par le Fonds pour la Modernisation et l'Investissement en Santé(FMIS qui a remplacé le FMESPP) pour tous les secteurs : public, privé non lucratif et privé lucratif.

    Constitue la 1° tranche 2021-2025
  - ✓ 5,5Md€ : au titre de l'article 50 de la LFSS 2021, financés par la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES), réservés aux établissements assurant le service public hospitalier, et ils ne sont pas intégrés au plan de relance France ni refinancés par l'UE.

    Constitue la 2° tranche 2026-2029

- *Au niveau régional :*

  201M€ sont affectés aux projet prioritaires des établissements sanitaires.

4- Les grands axes de la politique régionale d'investissement :

Les principes directeurs soumis à concertation sont les suivants. Il faudra que l'investissement soit conforme :

- constitue un levier d'innovation et d'amélioration de la qualité, de la pertinence et de la sécurité des prises en charge des patients, notamment en fluidifiant les parcours de soins et le lien ville-hôpital,
- contribue à l'adaptation et à la modernisation de l'offre de soins des territoires, en conciliant les choix d'investissements des établissements avec les besoins de santé et la graduation des soins dans les territoires, et en favorisant les coopérations et les mutualisations.

- anticipe et permette de s'adapter aux éventuels changements d'organisations ou de pratiques au sein des établissements et à l'échelle des territoires
- constitue un levier d'amélioration durable de la performance interne des établissements, notamment en considérant la transformation de leurs organisations,
- porte des objectifs ambitieux en matière de développement durable

5- la déclinaison des axes de politique régionale :

5-1 Des projets répondant à la structuration de l'offre de soins :

5 axes sont retenus

- *Axe 1 Territorialisation, transformation et décloisonnement de l'offre :*
  Il s'agit de privilégier, au-delà de la seule modernisation des établissements, de véritables projets médicaux de territoire concernant :
  - ✓ l'ensemble des prises en charge,
  - ✓ la concentration des plateaux techniques lourds,
  - ✓ l'organisation de la proximité en cohérence avec les CPTS,
  - ✓ le décloisonnement ville-hôpital et médico-social.

  Les projets, appréciés par territoires (la région sera découpée 10 territoires correspondant aux GHT) , devront être conformes au cadre d'orientation stratégique (COS) du PRS et aux projets médicaux partagés des (PMP) des GHT.
  Notons que les territoires du sud Haut marnais (Chaumont, Langres, Bourbonne les Bains), rattachés au GHT 21-52 (CHU de Dijon) ne sont pas pris en compte dans ce découpage , car administrativement rattachés à la région Grand'Est.

- *Axe 2 Réduction des inégalités territoriales d'offre de soins et d'équipement :*
  Une attention particulière sera portée aux hôpitaux susceptibles d'être labellisés « hôpitaux de proximité ».
  Au-delà des seules données populationnelle, l'équite sera appréciée par des critères définis pour :
  - ✓ Le sanitaire : niveau d'endettement tenant compte des aides, montant des projets prioritaires du territoires
  - ✓ Le médico-social : les aides à l'investissement antérieures, le niveau de vétusté, l'engagement des conseils départementaux.
- *Axe 3 Soins non programmés :*
  Objectifs : améliorer l'accès aux soins et améliorer la coordination ville-hôpital.
  Une attention particulière sera portées aux projets :
  - ✓ de création de services d'accès aux soins (SAS)
  - ✓ de modernisation des services d'urgences,
  - ✓ de fluidisation des hospitalisations directes et de proximité notamment des personnes âgées.

- *Axe 4 Soins critiques :*
  Seront pris en compte les enseignements de la crise sanitaire et les conclusions du rapport de la mission IGAS sur le capacitaire des services de réanimation. les projets seront abordés sous les angle : capacitaire, architectural et fonctionnel.

- *Axe 5 Télésoins*
  Dans leurs différentes dimensions, tels qu'intégrés aux projets médicaux et aux projets de territoire.

5-2 Des projets répondant aux politiques de santé publique et aux parcours prioritaires du Projet Régional de Santé :

Seront pris en compte les parcours : santé mentale, plan cancer, maladies chroniques , personnes âgées, soins palliatifs.

5-3 Des projets répondant aux politiques de transition écologique :

Les projets devront intégrer les nouvelles normes environnementales. L'appui de l'ADEME sera recherché pour financer les études de faisabilité et l'investissement de certains projets. La banque des Territoires et la Région (plan Effilogis) pourront intervenir

5-4 Des projets répondant à un objectif de soutenabilité financière dans la durée

Les projets devront s'inscrire dans le cadre d'une trajectoire financière globale, soutenable financièrement et sans recours excessif à l'emprunt,
caractère soutenable de la trajectoire sera évalué au regard de la capacité de l'établissement à: -réaliser un niveau d'investissements courants acceptable, incluant les investissements numériques,-payer ses fournisseurs et ses dettes dans les délais-dégager de l'autofinancement pour ses investissements courants et structurants dans la durée.

6 En conclusion

On ne peut qu'être d'accord avec ces axes , mais , vu leur nombre, on peut penser que les projets présentés seront conformes à l'un ou plusieurs de ces principes. Comment seront-ils donc départagés ?

7 Le calendrier et la gouvernance :

- *Juillet à septembre :*
  - ✓ analyse de l'impact des projets sur la trajectoire financière des établissements et détermination du niveau d'accompagnement,
  - ✓ priorisation des projets
  - ✓ rencontre des présidents des conseils départementaux ,
  - ✓ rencontre du comité régional et des comités départementaux (début septembre)

Le comité régional constitué des commissions de la CRSA, spécialisées pour l'offre de soins (CSOS) et pour le secteur médico-social , devra se réunir avant le 30 septembre, terme de la mandature de la CRSA en exercice. Il devra donc être reconstitué après l'installation de la nouvelle CRSA.

- *Octobre novembre :*
  - ✓ remontée des information au niveau national
  - ✓ contractualisation avec les établissements.

Sur le plan local les comités des élus des GHT se sont réunis courant juin, ce qui n'est pas le cas des comité d'expression des usagers. Rappelons, pour le regretter que les représentants des usagers sont absents des comités départementaux.

4-3 Le comité d'allocation des ressources (section urgences) de BFC :

L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a instauré un nouveau mode de financement des activités de médecine d'urgence (Cf. lettres n° 32 et 33).
Le comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR)a été créé par le décret 2021-216 du 25 février dernier « relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé ». Ces mesures sont codifiées sous les articles R 162-29 et R 162-29-1 du code de la sécurité sociale.
Le CCAR de BFC a été installé par l'ARS le 6 juillet dernier.

1- Qu'est-ce-que le CCAR?

Il est créé auprès de chaque ARS un « comité consultatif d'allocation des ressources » pour les activités d'urgence , de psychiatrie, et de SRR (autrement dit, celles qui ne relèvent pas de la tarification à l'activité T2A) , pour les établissements de santé.

Il comprend une section pour chacune de ces activités. Chacune émet un avis au nom du comité. Ses principales caractéristiques sont les suivantes :

- ✓ il tient compte des travaux des CTS (encore faut-il qu'ils fonctionnent encore) et des avis rendus par la CSOS, à laquelle il présente une fois par ans ses travaux,
- ✓ ses avis sont transmis au DG de l'ARS et rendus publics avant leur mise en œuvre,
- ✓ le DG de l'Ars peut le saisir de toute question liée à l'allocation des ressources des activités concernées, et il l'informe de l'allocation définitive des ressources par établissement,
- ✓ son secrétariat est assuré par l'ARS qui arrête son règlement intérieur qui précise les modalités de désignation des présidents et vice-présidents ainsi que la durée de leur mandat..

Pour l'instant seule la section « urgences » est constituée, les sections pour les activités de psychiatrie et les activités de SSR seront constituées ultérieurement.

2- La section Urgence du CCAR:

- *Composition :*

  Elle compte un maximum de 21 membres dont le nombre varie en fonction du nombre d'habitants de la région. Pour la BFC le nombre de membres est de 14 et autant de suppléants, à savoir :

  - ✓ 8 représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés (6 FHF,1FHP,1FEHAP),
  - ✓ 4 représentants en région des associations professionnelles nationales des médecins urgentistes (2 SAMU de France, 2 AMUF),
  - ✓ 2 représentants « des associations d'usagers et de représentants des familles spécialisées dans le domaine d'activité » (1 France Assos Santé, 1 URAF).

- *Compétences :*

  Elle est compétente pour les activités de prise en charge par les SMUR (adultes et pédiatriques) et par les structures d'accueil des urgences. Sont donc exclues les activités de régulation des appels d'aide médicale urgente.

  Elle est consultée par le DG de l'ARS sur :

  - ✓ les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de santé, au moins un mois avant l'allocation des ressources,
  - ✓ les objectifs de transformation de l'offre de soins et des parcours concernant l'organisation territoriale des structures de médecine d'urgence

- *Fonctionnement:*

  Elle se réunit 2 fois par an. La 1° réunion s'est tenue le 6 juillet, la 2° est prévue en septembre.

  Un président et un vice-président sont désignés dans les conditions prévues au règlement intérieur (non encore élaboré). Les membres sont tenus à l'obligation d'établir une déclaration d'intérêts.

3- Le nouveau mode de financement :

Le nouveau mode de financement des structures d'urgences et des SMUR entrera en vigueur dès 2021, se substituant aux forfaits actuels : accueil et traitement des urgences (ATU) facturé pour chaque passage, et le forfait annuel urgence (FAU) destiné à couvrir les charges fixes (personnel, matériels, ...).

Le nouveau mode de financement est d'une complexité d'autant plus grande que l'année 2021 sera une année de transition (53% pour la dotation populationnelle, 45% pour l'activité et 2% pour la qualité). Rappelons simplement qu'il distingue 2 bases de calcul :

- ✓ la dotation populationnelle,
- ✓ la qualité mesurée par des indicateurs.

Ces 2 dotations seront fixées par le DG de l'ARS.

4-4 Renouvellement de la CRSA :

Rappelons simplement que le décret du 28 juin, que nous avons déjà présenté (cf. lettre 35), est venu modifier , à la marge , la composition et les compétences de la CRSA.
L'ARS a donc pu, à cette date, reprendre le processus de désignation des membres.
Les plus curieux peuvent consulter l'instruction du 22 juin 2021 (donc antérieure au décret)« relative aux modalités de renouvellement des CRSA » (9 pages) pour connaitre les mécanismes de ce processus.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2021.11.sante.pdf
Le mandat de la CRSA actuelle se terminera le 30 septembre et la séance d'installation de la nouvelle est prévue le 5 octobre.

4-5 Etudiants en soins infirmiers : quotas 2021-2022

Le nombre d'étudiants à admettre en 1° année d'études préparatoires au diplôme d'Etat d'infirmier pour les années universitaires 2021-2022 et 2022-2023 est fixé ainsi qu'il suit (JO du 16/07):

	Quota 2021	Quota 2022	écart
France entière	34 037	36 014	+2 067 (+6,07%)
BFC	1 541	1566	+25 +1 ,62%
Part BFC	4,52%	4,34%	

Pour 2021, la BFC se situe en fin du peloton des régions métropolitaines devant la Bretagne, les Pays de Loire et le Centre Val de Loire.
L'écart 2021/22 pourrait laisser penser que la densité de ces professionnels dans notre région est proche de la suffisance. A titre de comparaison, en Pays de Loire l'écart est de + 360 (+24,49%).
Le nombre de places fixé au niveau régional peut comprendre des places dédiées à la réorientation des étudiants issus d'un parcours accès spécifique santé (PASS) ou d'une licence accès santé (LAS) et qui bénéficient de dispenses d'unités d'enseignement de la première année de formation d'infirmier ou d'un accès direct en deuxième année de cette formation.

4-6 La première CPTS de l'Yonne :

Le 19 juillet, à Auxerre a été signé le contrat entre l'ARS, l'Assurance Maladie et le Groupement Interprofessionnel de Proximité et de Santé (GIPS), officialisant la 1° CPTS de l'Yonne

1- Son étendue :

Cette CPTS couvre les 4 communautés de communes du Serein, d'Avallon-Vézelay-Morvan, du Tonnerrois en Bourgogne et de Chablis - Village et Terroirs, soit près de 60 000 habitants.
Ce territoire est doté de

- 2 établissements hospitaliers : les CH d'Avallon et de Tonnerre,

- 2 contrats locaux de santé (CLS) de l'Avallonnais et du Tonnerrois.

La CPTS concerne près de 200 professionnels.

2- Son projet :

Son projet reprend les 5 missions traditionnelles prévues par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) conclu entre l'Assurance Maladie et les syndicats professionnels.
Nous ne disposons pas d'informations concernant : son plan d'actions (calendrier, évaluation), les engagements financiers de l'ARS et de la CPAM, ni sur la représentation des usagers.

Cette nouvelle CPTS vient rejoindre les 5 CPTS déjà été constituées dans notre région : Nièvre, Hauts Doubs, Pays d'Or, CPTS 21-52, Grand Lons .

4-7 Appels à projets en BFC :

La période estivale sera studieuse pour les structures intéressées par les 3 appels à projets lancés par l'ARS.

1- Fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives :

Cet AAP doit permettre de financer des actions, annuelles ou pluriannuelles s'inscrivant dans les 3 axes suivants :

- protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme et d'autres substances psychoactives,
- aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques et les dommages liés aux consommations de substances psychoactives,
- amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalité sociales en santé.

Les projets devront avoir un dimensionnement régional (au moins 4 départements) et d'un montant supérieur à 30 000€ pour 2021
Date limite de dépôt des dossiers : 30 octobre.

2- Forfait « Habitat inclusif » en Haute Saône :

L'habitat inclusif est une solution alternative à la prise en charge institutionnelle, dans les champs du grand âge et du handicap (dont autisme)
Le montant individuel du « forfait habitat inclusif » peut varier entre 3000 € et 8000 € par habitant éligible et par an dans la limite de 60 000 € annuels par porteur de projet. Ce forfait doit financer l'animation du projet de vie sociale et partagée, et, à la marge, les frais générés par celle-ci (petit matériel nécessaire à la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée, sortie collectives)
Date limite de dépôt des candidatures : 15 septembre.

3- « Culture et santé »

Comme chaque année, l'ARS , en partenariat avec la DRAC (direction régionale des affaires culturelles) vient de lancer l'appel à projets 2022 « culture et santé » visant à promouvoir le développement d'actions culturelles dans les établissements sanitaires et médico-sociaux relevant du champ de compétences de l'ARS.
Date limite de candidature :31 octobre.
https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/culture-sante-2022-appel-projets

4-8 MDPH contribution de l'Etat pour 2021:

Les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées) sont des GIP (groupement d 'intérêt public) à durée indéterminée, associant différents financeurs : Etat, départements, CPAM, CAF.
L'Etat vient (15 juillet)de fixer sa contribution pour 2021 à 77,7 millions d'euros .
La part de la BFC s'élève à 4 062 852 € (5,23 % de l'enveloppe nationale). Les dotations par départements sont très hétérogènes, les extrêmes sont : Doubs 667 547€, Territoire de Belfort :311 645€, pour une moyenne régionale de 507 856€.

4-9 La vie de nos territoires, de nos établissements et de nos associations

1- ***Pays des Portes du Haut Doubs : un contrat local de santé***

Le 9 juillet un contrat local de santé (CLS) a été signé entre l'ARS, la communauté de communes des Portes du Haut Doubs (CCPHD), la préfecture du Doubs, le conseil régional, le conseil départemental, la CPAM , la MSA et l'Education Nationale.
La CCPHD associe 47 communes autour de Valdahon, regroupant 25 000 habitants.
Ce CLS est l'aboutissement d'une concertation de près de 2 ans pour établir un diagnostic et définir les principales actions à mettre en œuvre .
Avec l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, d'améliorer l'état de santé de la population de ce territoire, il porte essentiellement sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et d'accompagnement médico-social.
Il lie les acteurs jusqu'en 2025.

2- ***Hôpitaux :***

- ***Nominations :***

- CHU Dijon ,CH Auxonne ,Is sur Tille, EHPAD Mirebeau sur Bèze :
  - ✓ Mme. Lucie Ligier, directrice générale adjointe,
  - ✓ Mr. Thierry Bourget : DA chargé des affaires économiques et de la logistique,
- CH Nevers, Château Chinon : Mme.Marion Ravet, DA chargée des affaires financières et du système d'information,
- CH Sens , Joigny Villeneuve sur Yonne : Mr. Hans N Same Priso, Directeur délégué CH Joigny et Ville<neuve sur Yonne,
- CH Macon :
  - ✓ Mr.Denis Rome , DA chargé des affaires médicales et de la communication,
  - ✓ Mr.Frédéric Durranc : DA chargé des achats et de la logistique
- CHS du jura (Dole) : Mr.Philippe Dubreuil : DA chargé du patrimoine, de la logistique et des travaux,
- CH Auxerre, Avallon, Tonnerre, Clamecy : Mme.Emmanuelle Duigou, directrice EHPAD St Bris le Vineux,
- CH Baume les Dames, EHPAD de Rougemont : Mr. Georges Navarro directeur
- EHPAD de Flanchebouge : Mr. Thibault Euvrard directeur adjoint du CHI de Haute Comté est chargé de l'intérim des fonctions de directeur à compter du 1° juillet,, après le départ de Mme. Marie Claude Kempf
- Hôpital Nord Franche Comté : Mr. Laurent Mouterde directeur (direction commune) du CLS de Bellevaux, du centre de soins et d'hébergement d'Avanne et du centre de soins des Tilleroyes (Besançon) prendra les fonctions de directeur général adjoint le 1° septembre.

Nous présentons à tous nos vœux de réussite dans leurs nouvelles fonctions

- ***CHS de Dole***

Le CHS de Dole St Ylie assure depuis plusieurs années déjà la prise en charge des patients présentant une ou plusieurs addictions sévères dans le cadre d'une unité de recours en addictologie (URA)

Son « projet addictologie » ,présenté au titre d'un appel à projets, a été retenu en 2018.
Il a reçu le 6 juillet 2020 l'autorisation d'activité de soins de médecine à orientation addictologie en hospitalisation complète et en hospitalisation à temps partiel de jour, nécessaire à la mise en œuvre de ce projet.
L'établissement annonce l'ouverture, le 6 septembre, d'une unité temporaire d'addictologie de 10 lits d'hospitalisation, en attendant la construction d'un service d'addictologie médicale de 15 lits d'hospitalisation complète et de 6 à 12 places d'hôpital de jour d'ici 3 ans sur le site de Dole.
Il dispose d'une autorisation d'activité de médecine addictologie de niveau 2, qui lui permet de prendre en charge des sevrages simples mais également complexes.

- ***CH de Cosne sur Loire : une 1° étape***

Depuis la fin 2019, on a beaucoup parlé de la fermeture de la clinique de Cosne sur Loire et de son impact en particulier sur l'imagerie. Des travaux viennent de commencer au CH pour la construction d'une structure modulaire destinée à l'installation d'un scanner qui devrait être opérationnel d'ici la fin de l'année. Il permettra de satisfaire les besoins des patients du service des urgences et de médecine de l'hôpital, comme ceux de la patientèle externe.
Dans l'attente , le scanner de la clinique reste sous la réquisition de la Préfecture.
C'est la première étape du projet de reconstruction de cet établissement annoncée le 9 mars par le 1° ministre venu sur place, dans le cadre du volet investissement du « Ségur de la Santé ».
Rappelons qu'à terme , le CH sera implanté sur 2 sites : au sud de la ville (hospitalisation, urgences, imagerie) et sur le site actuel de centre-ville (EHPAD, maison médicale).

3- Amélioration de l'efficacité énergétique ; 24 candidatures retenues

Dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) lancé en mars dernier par l'ARS et l'ADEME pour améliorer l'efficacité énergétique et le confort hygrothermique dans les établissements de santé et médico-sociaux, 24 candidatures ont été retenues.
Ces structures pourront bénéficier d'un accompagnement technique, méthodologique et financier pendant 3 ans (1ère période) afin de faciliter la mise en œuvre de leurs travaux d'économies d'énergies, se doter d'un outil de suivi énergétique, améliorer la qualité de l'air intérieur de leurs bâtiments, et sensibiliser le personnel et les publics accueillis au sein de leurs établissements.
Cette mission d'ingénierie « partagée » sera portée par le Pôle énergie Bourgogne-Franche-Comté qui proposera également aux lauréats de participer à un réseau régional d'échanges et de partage d'informations, d'expériences et de bonnes pratiques. Ce réseau est ouvert à tous les établissements sanitaires et médico-sociaux de la région.

4- ARS :

Mme. Eve Robert a quitté ses fonctions de déléguée départementale de l'ARS de l'Yonne pour une nouvelle affectation au Ministère. Mr Damien Borgnat assure l'intérim de la fonction. Nous leur souhaitons réussite dans ces nouvelles responsabilités.

5- Corps préfectoral :

Mme Caroline POULLAIN, première conseillère du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel, est nommée sous-préfète de Saint-Claude (16 juillet).

6- ***Conseil régional***

Mme Sandra Iannicelli (Territoire de Belfort) a été élue 4° vice-présidente chargée des formations sanitaires et sociales et de l'accompagnement des personnes handicapées (commission n°3).

5 Publications et bibliographies

1- *« Soigner l'hôpital »*

Sous-titre « des remèdes pour sauver le système de santé »
Pierre Ivorra
Editions mars 2021- 266 pages
Philosophe de formation, pierre Ivorra est journaliste , spécialisé en économie, analyste financier chroniqueur pour l'Humanité.
Encore un livre sur l'hôpital , pourrait-on dire, certes, mais non un ouvrage polémique de plus. Il s'agit plutôt d'une analyse approfondie et critique de notre système d'hospitalisation, étayée de données chiffrées issues des sources officielles les plus sures : DREES, Assurance Maladie, Cour des Comptes, OCDE ..
Sa lecture peut éclairer les représentants des usagers ;

2- *CCNE : « l'évolution des enjeux éthiques relatif au consentement dans le soin » (avis 136 du 15/04 :)*

Le CCNE analyse « les difficultés propres à la complexification du consentement » en population générale et pour les populations vulnérables.
Il propose de « relever ensemble les défis liés aux enjeux éthiques du consentement » en suivant deux directions :

- *dépasser la conception traditionnelle , binaire, du consentement :*
  La recherche systématique du consentement doit être un réflexe, et lorsqu'il n'est plus tout à fait possible , il convient de rechercher « l'assentiment », tout en considérant le consentement comme un processus évolutif,
- *entériner le recours à la décision pour autrui* : *une question de confiance face au consentement impossible :*
  Le CCNE rappelle que la confiance est « la base nécessaire à l'accompagnement éthique du patient dans l'impossibilité de s'exprimer » et il revisite le concept de personne de confiance. Il préconise « le recours maitrisé à la compétence des autres tiers : représentant légal et tuteur ».

3- *Mutualité Française : « l'observatoire- place de la santé » :la santé mentale en France.*

Dans ce numéro (juin 2021-40 pages) l'Observatoire de la Mutualité Française analyse la santé mentale en France sous deux angles :

- *Les réalités :*
  - ✓ une prévention insuffisante,
  - ✓ des inégalités d'accès aux soins, persistantes,
  - ✓ des restes à charge importants.
- *Des perceptions – regards des Français sur la santé mentale* :
  - ✓ regards sur le système de santé et le reste à charge,
  - ✓ la santé mentale, un sujet qui touche une majorité de Français,
  - ✓ le médecin généraliste, figure clé du parcours de soins,
  - ✓ des attentes fortes à l'égard du gouvernement :des français, des médecins généralistes, des psychiatres et des psychologues.

https://www.mutualite.fr/content/uploads/2021/06/MF-Sante-Mentale-Observatoire-Juin-2021.pdf

On peut compléter cette lecture par :

- Les 10 propositions de la mutualité déclinées autour de 3 axes :
  - ✓ développer une culture de la santé mentale, pour renforcer les compétences psychosociales et améliorer la détection des troubles,

- ✓ faciliter l'accès aux soins en organisant une prise en charge graduée adaptée à la sévérité des troubles du patient et à l'offre sur le territoire et en intégrant les psychologues dans le parcours de soins,
- ✓ améliorer l'accès financier aux soins.

- Le « focus BFC » pour de données chiffrées sur la santé mentale en BFC

4- *CESER BFC « l'isolement des femmes en BFC »*

Suite à son rapport "Femmes et monoparentalité, un double constat d'inégalités", et à la demande de la Présidente de Région, le CESER (conseil économique, social et environnemental régional) s'est intéressé à l'isolement des femmes en BFC.

Il vient de publier son rapport sous le titre : ***« de l'invisible détresse à la détresse des invisibles. Isolement des femmes en BFC: mise en lumière et défis à relever ».*** (60 pages, rapporteurs : Caroline Debouvry et Yves Bard).

Le CESER propose 10 préconisations.

http://www.ceser.bourgognefranchecomte.fr/sites/default/files/media/2021-07/Isolement%20des%20femmes%20%28rapport%29.pdf

5- *Etat des lieux des énergies d'origine renouvelable en Bourgogne Franche Comté :*

L'édition 2021 de l'état des lieux (données 2019) des énergies d'origine renouvelable, réalisé par l'ORECA (observatoire régional énergie climat , air) est paru (24 pages).

Y sont abordés les différentes énergies : éolien, photovoltaïque, géothermique , hydraulique, biogaz, bois. On y trouve un intéressant focus sur la méthanisation (56 installations pour une puissance de 16 MW).

L'ORECA BFC est piloté et financé par la Région, l'ADEME et la DREAL, et coordonné par Alterre en partenariat avec ATMO Bourgogne-Franche-Comté

6- ***« Responsabilité populationnelle- 2 ans de développement- quels enseignements ? »***

Article paru dans la Revue hospitalière de France (mai-juin 2021) sous la plume de 7 auteurs dont Rachel Milandou, secrétaire générale du GH 70.

Il tire les premiers enseignements d'une expérience (article 51) lancée en 2018 par la FHF avec la participation de 5 GHT volontaires dans 5 régions différentes (dont celui de la Hte Saône), rassemblant 1,5 million d'habitants et visant 2 populations cibles : environ 400 000 personnes atteintes ou à risque de diabète de type 2 et 180 000 personnes atteintes ou à risque d'insuffisance cardiaque.

Mobilisant l'ensemble des acteurs de santé de chaque territoire, cette expérience démontre que le modèle est reproductible et transposable, et met en évidence la nécessité de réorienter notre système de santé vers la prévention et le maintien en santé.

7- ***IGAS « la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France »***

A la demande du ministère de la santé, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) vient (mai 2021) de publier un rapport (185 pages) sur la pédiatrie et l'organisation des soins de santé de l'enfant en France.

Elle constate que :

- En ce qui concerne les professionnels de santé de l'enfant et les ressources : une croissance et une spécialisation à l'hôpital, le déclin de l'offre médicale ambulatoire, et la sous-utilisation des professions paramédicales,
- En ce qui concerne la satisfaction des besoins : que l'offre en santé ne répond pas à tous les besoins de santé des enfants, qu'il s'agisse du système préventif, le recours croissant aux services d'urgences, ou encore la prise en charge des problématiques spécifiques enfants vulnérables et malades

Il fait 21 propositions autour de 5 thèmes

- les compétences des professionnels de santé en ville
- la pédiatrie hospitalière et le chirurgie pédiatrique,
- la proposition d'un schéma cible de l'organisation des soins de santé de l'enfant,
- les évolutions nécessaires de la formation des professionnels de santé,
- les coopérations territoriales pour organiser les parcours de soins pédiatriques

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2020-074r.pdf

6 Agenda

- ***30 Aout IREPS***

  L'antenne 25 de l'Ireps organise une journée portes-ouvertes le 30/08/2021 de 10h à 16h **dans** ses nouveaux locaux situés 1 rue François Charrière à Besançon.

  Au programme :
  - ✓ présentation des activités de l'Ireps BFC,
  - ✓ exploration de la pédagothèque,
  - ✓ animation autour des déterminants de la santé.

  Renseignements : Sandrine Hennebelle - Tél. : 03 81 41 93 91

- ***24 septembre (rappel) :AG de l'ARUCAH***

L'ARUCAH organise son assemblée générale le 24 septembre après midi à la Maison des Familles (dans l'enceinte de l'hôpital Jean Minjoz du CHU de Besançon). Comme chaque année, elle sera précédée, en matinée d'une conférence débat sur un thème d'actualité , cette année : le cancer (dépistage, prévention , politique, registre…)

- ***17 septembre -11octobre-9 novembre : « les cafés certification V 2020 » de FAS:***

A l'attention représentants des usagers dans les établissements de santé, qui souhaitent s'informer de la démarche de certification et connaitre leur rôle France Assos Santé BFC organise les **« cafés certification V2020 «** avec le concours du RéQua (Réseau Qualité en Santé Bourgogne Franche-Comté)

Le RéQua est la Structure Régionale d'Appui qui accompagne les professionnels de santé dans le déploiement et l'évaluation de leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au service des usagers.

Trois rencontres réunissant 12 participants seront organisées aux dates et lieux suivants :

- **Vendredi 17 septembre, 9h30-12h à Dijon** (hôtel IBIS Gare) – Accueil 9h00
- **Lundi 11 octobre, 14h-16h30 à Besançon** (hôtel IBIS Styles Rue de Trey) – Accueil 13h30,
- **Mardi 9 novembre, 14h-16h30 à Dijon** (hôtel IBIS Gare) – Accueil 13h30

Les personnes intéressées, peuvent s' inscrire dès à présent en utilisant le lien suivant :
https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=ckTIQT7km06l1HD3qDhhXcVS-GwRHZNCubde0cvbn8FURVlVSEQ3MjNLTVBUS0dXMUk2SkJWOTcyVC4u

- ***1°- 3 octobre : 5° édition du Hacking Health- recherche « coachs » :***

La 5° édition du Hacking Health se déroulera du 1° au 3 octobre à l'UFR santé de Besançon : 23 problématiques ont déjà proposées aux équipes participantes. Comme chaque année les organisateurs cherchent des « coachs » (entrepreneurs, patients, professionnels de santé, développeurs, ingénieurs et experts) pour aider les équipes à progresser en les réinterrogeant, et en évitant qu'elles ne tombent dans de fausses pistes. Les coachs seront surtout mobilisés le samedi matin de 9 à 13h.

- ***4 octobre : HAS « 2° rendez-vous de l'engagement des usagers »***

Le 4 octobre de 16 à 18h, la HAS organise (conférence en ligne) le 2° RV de l'engagement des usagers et personnes accompagnées. Inscriptions possibles des maintenant

https://app.livestorm.co/has-1/2e-rendez-vous-de-lengagement-des-usagers-et-personnes-accompagnees?type=detailed

- ***21 octobre Visio FAS « Et si je devenais RU en CPAM ? »***

Le renouvellement des représentants des usagers en conseils d'administration des CPAM aura lieu en mars -avril 2022 pour une durée de 4 ans. Un appel à candidatures sera lancé dans le courant du dernier trimestre (ne sont concernées que les personnes qui seront âgées de **moins de 66 ans à la date de nomination).**

Nous reviendrons dans une prochaine lettre sur le rôle des RU dans les CPAM. Néanmoins pour en savoir plus, France assos Santé organise le jeudi 21 octobre de 14 à 16h30 une réunion d'information en visio-conférence ouverte aux membres des associations adhérentes à l'UNAAASS et aux URAASS.

Les inscriptions sont dès maintenant reçues en ligne en utilisant le lien suivant :
https://forms.office.com/Pages/ResponsePage.aspx?id=ckTIQT7km06l1HD3qDhhXcVS-GwRHZNCubde0cvbn8FUNlI1WFM2R1NLUVhWM1lQRjFIVk1DN1FaQi4u

Bonne fin d'été sans oublier :

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