La LETTRE de l'ARUCAH
BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 33 – Mai 2021

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Droit de visite :

Votée par le Parlement, la loi est issue de l'initiative, soit de l'exécutif (le plus souvent), il s'agit alors d'un projet de loi, soit des parlementaires, et il s'agit alors d'une proposition de loi.
L'actualité nous donne l'exemple récent de 2 propositions, portant sur un même sujet : le droit de visite des personnes séjournant en établissements de santé et médico-sociaux.

Deux propositions pour un droit :
Nous avons déjà évoqué (lettre 32) le dépôt, le 23 février, sur le bureau de L'Assemblée Nationale, d'une proposition de loi (n°3920) « visant à créer un droit de visite des familles et des proches dans les établissements de santé et d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » (EHPAD), présentée par Mr Julien Aubert (député LR du Vaucluse) et signée par 37 députés (dont 5 de notre région). Cette proposition a été renvoyée à la commission des affaires sociales de L'Assemblée.

Bis ! cette fois au Sénat. Le 23 avril, Mr Bruno Retailleau sénateur LR de Vendée a déposé à la présidence de la Haute Assemblée une proposition de loi « tendant à créer un droit de visite pour les malades, les personnes âgées et handicapées qui séjournent en établissement ». Comme l'autre, cette proposition a été renvoyée à la commission des affaires sociales.

Le droit de visite des personnes en établissements :
Ces 2 propositions ont un point commun : elles consacrent un droit de visite quotidien à tout patient séjournant dans un établissement de santé (domaine sanitaire), ainsi qu' à tout résident accueilli dans un établissement recevant des personnes âgées (EHPAD…)ou des personnes handicapées (foyer d'accueil médicalisé…),quel que soit leur handicap et leur âge (domaine médico-social), où ils reçoivent une « assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

Elles prévoient que le refus de ce droit est encadré par la loi et doit demeurer une exception sous le contrôle du juge. Dans un établissement de santé ce droit ne peut être refusé que s'il y a menace pour l'ordre public appréciée par le directeur, ou pour la santé appréciée par le seul médecin chef de service.
Dans les EHPAD et foyers pour personnes handicapées le refus doit être motivé individuellement au cas par cas (pas de refus général). S'il est lié à la protection de la santé, l'accord du médecin (coordonnateur en EHPAD)est toujours nécessaire.
Pour les situations de fin de vie, tous ces établissements sont tenus d'assurer les visites et de mettre en place les conditions qui les permettent, sans qu'aucune mesure ne puisse avoir pour objet ou pour effet d'y faire obstacle.

Une nouvelle loi est-elle nécessaire pour consacrer ce droit?
On ne peut que se féliciter de cette initiative de nos parlementaires : elle témoigne de l'intérêt qu'ils portent aux droits des personnes vulnérables , mais on peut s'étonner, qu'en 2021, il faille une nouvelle loi pour consacrer ce droit.

La France est un pays de droit, sa constitution fait toujours référence à la déclaration des droits de l'homme et du citoyen 1789, qui défend « les droits naturels, inaliénables et sacrés de l'Homme ». Le droit de recevoir et de rencontrer toute personne de son choix, n'en ferait-il pas partie ? Sans toutefois oublier que « la liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui ».
Pour rester sur le terrain du droit faut-il rappeler que la loi Kouchner du 4 mars 2002 « relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé », et la loi du 2 janvier 2002 « rénovant l'action sociale et médico-sociale », consacrent déjà largement les droits du patient hospitalisé et du résident en établissement médico-social. Nous pourrions encore citer d'autres textes et chartes divers, voire les contrats de séjour.
Faut-il enfin rappeler qu'un résident en EHPAD est chez lui, c'est son domicile , comme le rappelaient certains protocoles ou avis éthiques au cours de la crise sanitaire que nous traversons.

Ces 2 propositions de loi nous amènent à nouveau à nous interroger sur la situation actuelle des résidents en EHPAD qui, en dépit de leur vaccination, restent encore trop souvent soumis à des contraintes limitant leur droit de visite.

D'ailleurs faut-il une loi ?
Mais quittons pour une fois le terrain du droit, pour nous situer sur celui du soin et de l'exercice professionnel. Prendre soin n'est-ce pas aussi se soucier du bien être global du malade ou du résident ? Un soignant peut-il ignorer combien la visite d'êtres chers contribue à ce bien être ?A-t-il besoin d'une norme pour favoriser ce lien social ? Son éthique professionnelle n'est-elle pas suffisante ?

1- Echos -covid :

1-1 Avis et stratégie :

1- Conseil scientifique :

- *«le variant brésilien P1 : anticiper pour l'été »* avis du 16 avril (26 pages).
  Parmi les constats du conseil scientifique , notons que:
  - ✓ Le variant BRP1 est largement dominant en Amérique du Sud et responsable d'une crise sanitaire majeure au Brésil,
  - ✓ Son niveau de transmission est élevé, un peu moins que le variant UK, et on ne sait pas encore s'il est plus létal,
  - ✓ les vaccins ARNm ont une efficacité conservée mais diminuée,
  - ✓ la France métropolitaine est probablement en partie protégée actuellement (mi-avril 2021) par la présence du variant UK et que le niveau de circulation de ce variant reste très bas,
  - ✓ l'incidence augmente fortement en Guyane avec une présence très majoritaire de ce variant BR-P1,
  - ✓ le risque d'extension du variant BR-P1 doit être pris en compte durant l'été 2021, si on observe une baisse du variant UK et une couverture vaccinale avec les vaccins à ARNm à un niveau encore insuffisant

Le conseil scientifique fait des propositions, tant pour la France métropolitaine que pour la Guyane, qui visent essentiellement le contrôle des transports aériens : suspension des vols, contrôle à l'arrivée (tests- isolement…)

- *« Projet de décret modifiant les dispositions relatives à la quarantaine et à l'isolement »* remarques du 22 avril (3 pages)
  Tout en rappelant qu'il n'est pas compétent pour donner un avis sur la pertinence juridique, et politique d'un texte, il considère, en ce qui concerne les variants brésilien et indien, que « la combinaison de tests effectués avant et après l'entrée sur le territoire ainsi que de mesures de quarantaine, d'une durée minimale de 10jours…sont de nature à réduire le

risque d'introduction du virus et de variants [et qu']il importe que ces mesures soient effectives ».
Le conseil légitime ainsi les mesures prises par l'exécutif, y compris les contrôles de l'observance de la quarantaine par les forces de l'ordre.

2- Haut conseil de santé publique (HCSP):

- *« éviction des professionnels positifs au SARS-CoV-2 travaillant en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux »* avis du 2 avril actualisant celui du 3 février.
  - ✓ S'agissant des professionnels non vacciné: éviction pour une durée de 10 jours.
  - ✓ S'agissant des professionnels diagnostiqués positifs avec un Covid-19 asymptomatique et ayant reçu un schéma vaccinal complet : maintien en exercice possible , seulement en cas de « tension hospitalière ».
  - ✓ S'agissant des professionnels diagnostiqués positifs avec un Covid-19 pauci-symptomatique ou symptomatique, et ayant reçu un schéma vaccinal complet : éviction de 10 jours.
- « *avis relatif à l'adaptation des conduites à tenir et des recommandations pour les personnes ayant bénéficié d'un schéma vaccinal complet contre leCovid-19 »* 11 avril -54 pages

Que doit-on et que peut-on faire lorsque l'on est complétement vacciné ? Les recommandations du HCSP s'adressent aux pouvoirs publics et aux individus vaccinés. On peut citer :

- ✓ poursuivre l'application des mesures barrières , même en étant vacciné,
- ✓ poursuivre l'inclusion des personnes ayant bénéficié d'un schéma vaccinal complet dans la politique de « contact tracing »,
- ✓ considérer que les personnes ayant bénéficié d'un schéma vaccinal complet restent définies comme des contacts à risque, même si ce risque est probablement diminué.
- ✓ concernant les mesures barrières dans un cadre privé en milieu fermé : possibilité de ne pas porter le masque, mais maintien de tous les gestes barrières,
- ✓ concernant les mesures barrières dans un cadre collectif en milieu extérieur ouvert : continuer à respecter ces mesures y compris le port du masque et la limitation des déplacements, ne pas participer ni organiser des regroupements de personnes au-delà de ce qui est autorisé.

3- Conférence nationale de santé (CNS):

- *« le secteur médico-social à l'épreuve de la crise de la covid 19 »* (avis du 7 avril -8 pages)

La CNS propose 4 recommandations qu'elle considère elle-même « ni originales, ni nouvelles, mais qu'elle veut resituer dans le cadre de la crise sanitaire, dont l'ampleur et la durée sont inédites ».

- ✓ permettre et financer les ressources, humaines et matérielles, nécessaires aux établissements et aux services,
- ✓ organiser l'articulation des interventions, entre le sanitaire, le médico-social et le social,
- ✓ déployer la réponse vaccinale au plus près des professionnels et des populations,
- ✓ concilier au mieux la sécurité, la qualité et la continuité du service et le respect des droits.

1-2 les autotests sont arrivés :

Suite à l'avis de la HAS du 16 mars, un arrêté du 10 avril (JO du 11) a autorisé, à partir du 12 avril, la vente en pharmacie d'autotests antigéniques par prélèvement nasal de dépistage du Covid-19, pour les personnes asymptomatiques de plus de 15 ans qui ne sont pas cas contacts.
Les tests PCR et antigéniques sur prélèvement nasopharyngé, réalisés par des professionnels, restent les uniques outils de diagnostic pour les personnes symptomatiques et pour les personnes contact.

1- Comment les acquérir ?

Ils ne seront en vente ni en grandes surfaces comme dans les autres pays d'Europe (cf la protestation de Leclerc en pleine page du Monde du 19 avril) ni par internet, au motif que la vente nécessite un conseil pharmaceutique .

Ils sont cédés au prix de 6 € jusqu'au 15 mai puis de 5,20€ et ne sont pas remboursables par l'assurance maladie.

Ils seront délivrés gratuitement, sur justificatif, aux salariés à domicile travaillant au contact de personnes âgées ou en situation de handicap, ainsi qu'aux accueillants familiaux accompagnant ces personnes.

2- Utilisation :

Ils devraient « *être rapidement mis à disposition dans les établissements scolaires… jusqu'à deux tests par semaine par élève et par enseignant » (O. Véran JDD 11/04)*.

Moins invasifs que les tests RT-PCR, ils ne nécessitent pas la présence de professionnels. Ils permettent d'obtenir un résultat facile à lire en moins de 30 mn.

Ce test étant moins étant moins sensible que le test RT-PCR, il faut en cas de résultat positif :

- réaliser un test RT-PCR en laboratoire qui confirmera ou non le résultat,
- s'isoler immédiatement,
- prévenir les personnes avec qui on a été récemment été en contact.

Le résultat négatif ne dispense pas de respecter les gestes barrières et la distanciation physique.

3- Revue de littérature sur les autotests :

- *Document « DGS – urgent »*
  - ✓ *« lancement de la dispensation des autotests covid19 en officine »* (11 avril)
- *Conseil scientifique :*
  - ✓ *« Les autotests, une opportunité de santé publique »* avis du 19 avril -17 pages

  Le conseil cible 2 priorités d'utilisation : dépistage en milieu scolaire dès la réouverture des classes, et la sécurisation sanitaire auprès des personnes les plus fragiles (personnels médico-sociaux hors EHPAD non encore vaccinés intervenant au contact des personnes les plus fragiles, non encore vaccinées).

- *Académie Nationale de médecine*
  - ✓ *« Peut-on faire confiance aux auto-tests de dépistage face aux variants du SARS-CoV-2 ? »* avis du16 avril

  L'académie considère que ces autotests : « pourraient renforcer la stratégie de dépistage en milieu familial, mais aussi en entreprise, au lycée et à l'université, à condition de les utiliser correctement et d'en connaître les limites. Leur principal inconvénient réside dans leur faible sensibilité chez les sujets asymptomatiques, auxquels ils sont destinés, aggravée par la possibilité de prélèvements insuffisants,….et d'erreurs d'interprétation. Un résultat considéré comme négatif par l'utilisateur peut induire un sentiment de fausse sécurité et un relâchement inapproprié des mesures de prévention ».

1-3 Certification des tests et attestation de vaccination: le passe arrive

Le 19 avril, la France a été le 1° pays d'Europe à adopter le modèle de certification électronique des tests et attestations de vaccination, en projet au niveau européen.

Pour l'instant limitée au contrôle des vols vers la Corse, l'expérimentation pourrait étendre l'utilisation de ces documents certifiés à d'autres situations : concerts , festivals…, les bars et restaurants étant à priori écartés.

En pratique un certificat de test authentifié par l'Etat à partir de la base Sidep, et d'attestation de vaccination à partir de la base Vac-Si, pourra, d'ici la fin mai, être téléchargé dans l'application « Tous anti covid ». L'authentification prendra la forme d'un code barre (QR code)contenant plusieurs informations : nom de la personne, du médecin ou laboratoire à l'origine de l'acte, date et type de test et de vaccin.

Ce dispositif sera d'un grand intérêt pour les travailleurs frontaliers, sous réserve d'accord entre états.
Par ailleurs le lancement du « certificat numérique vert » européen est annoncé pour la mi-juin .

1-4 Vaccination :

1-4.1 Revue de la littérature :

1- Documents « DGS -urgent » :

- *« rappel des cibles vaccinales au 3/04 ».* Dans la confusion actuelle ce rappel n'est pas inutile Il cite les personnes concernées par la vaccination, distinguant : la vaccination grand public de la vaccination des professionnels (modalités de vaccination, vaccins utilisés)
- *« évolution de la cible vaccinale avec les vaccins Astra Zénéca et Janssen et modalités de commande par les pharmaciens, médecins et IDE du 12 au 13 avril »*
- *« vaccins contre la Covid 19 : modalités d'administration des rappels »* (11 avril-3 pages)
  - ✓ les personnes de moins de 55ans ayant reçu une 1° dose en Astra Zénéca recevront la 2° avec un vaccin ARN, administrée après un délai de 12 semaines
  - ✓ le délai entre 2 doses de vaccins ARN est porté à 6 semaines (42 jours) à partir du 14 avril,
  - ✓ le délai entre 2 doses d'Astra Zénéca est de 12 semaines,
  - ✓ une 3° dose est recommandée pour les personnes immunodéprimées,
  - ✓ les personnes ayant un antécédent d'infection à Sars-Cov-2 n'ont besoin que d'une seule dose de vaccin(Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca)
  - ✓ le vaccin Janssen ne nécessite pas de 2° dose.

2- Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion :

- « *protocole pour la vaccination par les service de santé au travail au moyen des vaccins Astra Zeneca »* version du 14 avril -8 pages

1-4.2 Qui peut être vacciné ?

Les critères d'origine : l'âge et la vulnérabilité (l'âge élevé état considéré comme une vulnérabilité) auxquels sont venus s'ajouter dernièrement des critères professionnels, n'ont cessé d'évoluer depuis le début de la vaccination, créant incertitude et incompréhension.
Il n'est donc pas inutile de se poser une nouvelle fois la question de savoir qui, aujourd'hui, après les annonces du Président de la République des 29 et 30 avril, peut espérer être vacciné.
En essayant de simplifier au mieux , sont éligibles à partir de 18 ans :

- Sans conditions d'âge :
  - ✓ les personnes ayant une pathologie à très haut risque de forme grave de covid 19 : cancers et maladies hématologiques malignes, maladies rénales chroniques dont patients dialysés, certaines maladies rares, patients greffés ,
  - ✓ les personnes présentant des comorbidités pouvant faire courir un risque de forme grave de covid 19. Il s'agit de maladies cardio-vasculaires (hypertension, antécédent d'AVC…),de diabète de type 1 et 2, de maladies respiratoires chroniques (BPCO, asthme sévère, apnée du sommeil…), d'obésité IMC ≥30, de pathologies neurologiques…
  - ✓ les personnes vivant auprès d'une autre sévèrement immunodéprimée,
  - ✓ les femmes enceintes à partir du 2° trimestre de grossesse
  - ✓ certains professionnels : ceux de la santé et du secteur médico-social, les sapeurs-pompiers, étudiants et élèves en santé en contact avec des malades, assistants de régulation, secrétaire médicaux, vétérinaires…,
- toutes les personnes de + de 55 ans quel que soit leur état de santé et leur lieu de vie,
- professionnels de plus de 55 ans bénéficiaires de créneaux spécifiques prioritaires réservés :

- ✓ enseignants et auxiliaires de l'éducation nationale (AESH, ATSEM..), depuis le 17 avril. Les premiers constats montrent que ces créneaux n'ont pas connu un grand succès ,
- ✓ forces de l'ordre et personnels pénitentiaires,
- ✓ métiers prioritaires (dits de 2° ligne !)depuis le 25 avril : chauffeurs de taxi, de bus, routiers, métiers de l'alimentation, agents d'entretien de gardiennage et de sécurité, pompe funèbres, industrie agro-alimentaire…

A l'avenir, comme annoncé par le Président de la République lors de sa conférence de presse du 19 avril, seront vaccinées :

- les personnes à partir de 50 ans à compter du 15 mai,
- les moins de 50 ans (18-49 ans) : à compter du 15 juin.

Rappelons que les vaccins Astra Zeneca et Janssen sont réservés aux plus de 55 ans.

Actuellement se pose de savoir s'il ne faut pas vacciner les moins de 18 ans si l'on veut atteindre l'immunité collective dans des délais moindres ? Déjà des laboratoires ont lancé des études sur la vaccination à partir de 12 ans.

Signalons que le site Ameli de l'Assurance maladie donne des informations accessibles et à jour : https://www.ameli.fr/doubs/assure/covid-19/vaccination-contre-la-covid-19/qui-peut-se-faire-vacciner-quand-et-comment#text_14

1-4.3 Coup d'accélérateur

Le seuil des 10 millions de primo-injections (soit 19,42% de la population vaccinable) a été franchi le 8 avril et en même temps l'engagement a été pris de le porter à 20 millions le 15 mai et à 30 millions le 15 juin.
A la même date 609 274 résidents d'EHPAD -USLD avaient reçu la 1° injection et 467 500 la seconde.

A compter du 12 avril la vaccination a été ouverte à toutes les personnes âgées de plus de 55 ans sans condition de comorbidité avec les vaccins Astra Zénéca et Johnson &Johnson (dont la première livraison de200 000 doses est intervenue à la même date), les vaccins Pfizer et Moderna étant offerts aux plus de 60 ans à compter du 16 avril.

Par ailleurs, le 11 avril le ministre annonçait que *"l'espacement des deux doses de vaccin à ARN messager de Pfizer-BioNTech et Moderna"* passerait, pour toutes les premières injections faites à partir du 14 avril , de 28 à 42 jours pour *« vacciner plus vite sans voir se réduire la protection"*.
Pour les 50-54 la vaccination sera ouverte à partir du 15 mai et pour les moins de 50 ans le 15 juin.

1-4.4 Chiffres repères :

Le nombre total de primo -injection est le suivant :
(*source : santé publique France)*

	1° Mars	1°avril	30 Avril	Nb avril
BFC	162 167	430 159	673 487	243 328
France entière	3 111 330	8 957 854	15 254 118	6 296 264

Pour notre région 673 487 personnes ont reçu une 1° injection au 30 avril pour une population de 2 802 000 habitants dont 77,2 % de plus de 18 ans(source Insee)
Ont reçu une 1° injection : 53% des personnes de 60 ans et plus et 72% des plus de 75 ans.
Le 30 avril les USA ont franchi le seuil de 100 millions de vaccinés.

1-5 la situation épidémique en BFC

1- tendance générale :

La troisième vague de l'épidémie s'est avérée sévère dans notre région entraînant un afflux de patients nécessitant une hospitalisation et un fort impact sur notre système de soins.
Le 9 avril le taux d'occupation des places de réanimation s'élevait à 90%,les malades souffrant de COVID-19 représentant près de 60% des malades en réanimation.
Le même jour l'ARS déclarait le passage de la phase de tension à celle de débordement entrainant de nouvelles déprogrammations de soins .
Le 23 avril, 3 patients ont été transférés d'hôpitaux de Saône-et-Loire et du Doubs, vers des établissements de Nouvelle-Aquitaine.
La fin du mois d'avril permet de constater une lente décrue de la circulation du virus . Le taux d'incidence est en décroissance mais reste encore de 250. Le taux de positivité des tests reste de 10%.

2- Données hospitalières

(source : Santé Publique France) (le chiffre entre parenthèses est l'évolution par rapport à la veille)

	1°déc.	1° janv.	1° fév.	1° mars	1° avril	30 avril
Nb de patients hospitalisés	1719 (-25)	1856 (+16)	1824 (+31)	1402 +20	1255 +15	1272 -74
Nouveaux hospit. dernières 24h	103	121	126	38	89	70
Nb de patients en réa	235 (+5)	182 (+3)	167 (+5)	144 -5	158 -5	186 -19
Nouveaux patients réa dernières 24h	21	17	18	14	13	8
Nb décès hôpital cumulés depuis le 1° mars	1948 (+21)	2620 (+27)	3360 (+32)	3787 +22	4121 +10	4 540 +19

Personnes hospitalisées : le plus 1 391 (20/04), le moins : 1 255 (1/04)
Personnes en réa : leur nombre a varié entre 160 et 220 (aux alentours de 150 en mars). Le plus 229 (25/04), le moins : 158 (1/04).
Décès : Le nombre moyen quotidien de décès du 1° au 30 avril a été de 14 (22 en décembre et janvier, 15 en février, 10,45 en mars).
Aux 4 540 décès hospitaliers il faut ajouter 2 273 décès survenus dans les établissements médico-sociaux (EHPAD)soit un total de 6 813.

3- Situation par départements le 30 avril :

	Nb. personnes positives à J-3 (1)	Taux d'incidence (2)	Nb. hospitalisés	Nb. hosp. réa	Décès hospitaliers
21	185	232,9	233	48	890
25	207	298,6	128	37	490
39	85	244,7	92	8	462
58	75	238,0	165	9	294
70	85	206,7	96	16	248
71	172	213,0	229	29	1 060
89	150	293,6	240	18	539
90	58	276,9	89	21	557
BFC	1 017	(3)	1 272	186	4 540
France	28 302	279,7	28 930	5 675	78 261

(1) Soit la date du 27 avril

(2) sur 7 jours glissants (semaine du 21 au 27)
(3) le taux d'incidence pour la région était de 264 pour la semaine du 20 au 26 avril

2- Fonction publique hospitalière-revalorisation des carrières paramédicales :

Après une première revalorisation de 183 € par mois pour le champ sanitaire et les EHPAD, intervenue en 2020 dans le cadre du 1° volet du Ségur de la Santé (accord salarial du 13 juillet) , une nouvelle revalorisation des professions paramédicales de la fonction publique hospitalière (FPH) est annoncée pour le 1° octobre.

1- Pour qui ? :

Cette revalorisation profitera aux personnels soignants (cadres, infirmier(e)s de soins généraux et spécialisé(e)s, aide-soignant(e)s…), médico-techniques (manipulateurs, techniciens de laboratoire) et de rééducation (kinésithérapeutes), soit 500.000 professionnels paramédicaux en équivalent temps plein (ETP).

2- De combien ?

Exemple pour une infirmière de « soins généraux » (153 000). Il s'agit de rémunération nette mensuelle, comprenant, pour l'après Ségur, la 1° revalorisation de 183€ et la revalorisation des grilles de catégorie A

	Avant Ségur	Après Ségur	écart
Après 1 an	1736	2026	+290
Après 20 ans	2464	2925	+461
Fin carrière	2863	3399	+536

Une aide-soignante (200 000)en fin de carrière devrait passer de 2 303 à 2 954€ (+ 651) comprenant la revalorisation de 183€ et l'incidence du passage en catégorie B.
Ces revalorisations nécessiteront une enveloppe de 740M€ dès 2022

3- Et après ?

Il restera à traiter :

- le cas des autres fonctions publiques et des professionnels du secteur privé (lucratif et non lucratif),
- la valorisation de l' « engagement collectif », tel que prévu par le décret du 13 mars 2020 relatif à la prime d'intéressement collectif,
- la refonte du régime indemnitaire.

3- Réforme du financement des structures d'urgence et des SMUR (suite) :

Nous avons déjà évoqué (lettre 32) la réforme du financement des structures d'urgences. Après la LFSS(loi de financement de la sécurité sociale) pour 2020 (article 36), le décret du 25 février (6 pages de JO), l'arrêté du 6 avril (4 pages) est venu préciser les conditions de mise en œuvre de cette réforme. Le nouveau financement doit intervenir sur une double base : une dotation populationnelle et un financement de la qualité au vu d'indicateurs pour chaque établissement. L'arrêté précise la notion de dotation populationnelle et la stratégie de réduction des inégalités entre régions.
Cette réforme entrera en vigueur dès 2021 se substituant au système actuellement en vigueur constitué des forfaits : accueil et traitement des urgences (ATU), et activité de médecine d'urgence (FAU),
Outre d'expliciter les principes de ce nouveau financement, les informations données ci-après ont pour objectif de démontrer la complexité du système et l'éloignement de la simplification annoncée.

1- *La dotation populationnelle :*

On devra distinguer :

- *La dotation de base :*
  Elle prendra en compte les montants alloués en 2020 au titre des différents forfaits.
- *La dotation modélisée :*
  La modélisation sera réalisée pour chaque département puis agrégée au niveau régional. Pour chaque département, sont calculés :
  - ✓ le nombre de passages dans une structure des urgences pour 1.000 habitants tenant compte : du nombre de passages des non-résidents, du taux de fuite, le % de la population en ALD, le taux de mortalité standardisé , le pourcentage de la population résidant dans une commune à moins de 10 minutes et à plus de 30 minutes d'une structure des urgences, et le pourcentage de la population dans des communes plus ou moins bien dotées en offre de soins de ville et ayant un accès plus ou moins rapide à des spécialités.
  - ✓ le financement SMUR par habitant, tenant compte de critères que nous renonçons à citer tant ils sont nombreux , à l'exception du nombre d'entités géographiques SMUR pour 100.000 habitants, du pourcentage d'interventions secondaires.

2- *La réduction des inégalités entre régions :*

Pour chaque région sera calculé l'écart entre la dotation populationnelle de base et la dotation populationnelle modélisée, dans la perspective de réduire les inégalités dans un délai de 5 ans. Si l'écart est :

- ✓ positif, c'est-à-dire que la dotation modélisée est plus élevée, il correspondra au rattrapage pluriannuel estimé pour la région concernée.
- ✓ négatif, la dotation populationnelle de la région concernée ne sera pas éligible au rattrapage pluriannuel,

Pendant ce délai de 5 ans aucune dotation régionale ne baissera et seules les régions historiquement sous-dotées verront leur dotation croître.
Pour 2021 le montant national de la dotation populationnelle tiendra compte des montants du rattrapage annuel de chaque région. Le montant restant après déduction de ces rattrapages sera alloué entre les régions au prorata de la dotation populationnelle de base.
Pour la BFC , la dotation populationnelle 2021 est fixée à 132 010k€ (arrêté du 15 avril).

3- *la section urgences du comité régional consultatif d'allocation des ressources :*

Au niveau régional le montant alloué à chaque établissement sera fixé par le DG de l'ARS sur la base de critères définis après avis de la section urgence du comité régional consultatif d'allocation des ressources (qui en connait l'existence en dehors des membres ?).
Le nombre de ses membres varie en fonction de la population de la région. Pour la BFC (2,8 millions d'habitants) elle devrait être constituée de 14 membres comprenant :

- ✓ 8 représentants des organisations nationales représentatives des établissements de santé, (FHF, FHP…)
- ✓ 4 représentants des associations professionnelles nationales des médecins urgentistes,
- ✓ 2 représentants **des associations d'usagers et de familles**.

4- Etablissements publics de santé et GHT : médicalisation des décisions- intégration

L'article 37 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) a habilité le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance des dispositions visant, d'une part, à renforcer la gouvernance médicale tant des groupements hospitaliers des territoire (GHT) ,que des établissements publics de santé (EPS) et, d'autre part, à ouvrir aux établissements, la faculté d'approfondir, dans le cadre des GHT, l'intégration de leurs instances représentatives ou consultatives.

C'est chose faite avec l'ordonnance du 17 mars (JO du 18) « relative aux GHT et à la médicalisation des décisions à l'hôpital ». Elle vient modifier la partie législative du code de la santé publique (CSP) en ce qui concerne la gouvernance tant des GHT que des EPS

4-1 Dans les GHT :

Cette ordonnance vient préciser les missions de la commission médicale de groupement (CMG) et de son président, tout en ouvrant la voie à une plus grande intégration des établissements membres au sein du GHT, par la création d'une *commission médicale unifiée* (CMU) et d'une *commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CSIRMT) unifiée.*

1- Une nouvelle étape dans la vie des GHT

Issus de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et mis en place dès le mois de juillet suivant, le GHT ont cheminé, au fil des réformes successives, vers une plus grande intégration et un accroissement du pouvoir médical.

2- La commission médicale de groupement (CMG) :

- *Missions et attributions :*
  - ✓ élabore la stratégie médicale et le projet médical du GHT,
  - ✓ contribue à l'élaboration de la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins,

  Elle élit son président. Sa composition et son fonctionnement doivent être précisés par décret.

- *Le président :*
  - ✓ coordonne, en lien avec le président du comité stratégique (COSTRA dont le président est le directeur de l'établissement support du GHT)), l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical,
  - ✓ coordonne la politique médicale du GHT,
  - ✓ veille avec le président du COSTRA, à la cohérence des projets médicaux d'établissements avec le projet médical du GHT,
  - ✓ définit conjointement avec le président du COSTRA, la politique territoriale d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
  - ✓ informe la commission de l'exercice de ses missions et attributions.

  Une charte de gouvernance est conclue entre le président du COSTRA et le président de la commission

3- ***La commission médicale unifiée (CMU)*** *:*

- *Sa création :*

  Le GHT peut être autorisé par le DG de l'ARS à instituer une CMU entrainant la suppression des commissions médicales des établissements (CME)membres. La demande est présentée par le directeur de l'établissement support en accord avec les directeurs des établissements et après avis favorable du COSTRA, de la CMG et des CME.

  Elle peut être dissoute par le DG de l'ARS
- *Ses missions et attributions :*

  La CMU exerce l'emble des compétences de la CMG et des CME, et à ce titre, elle :
  - ✓ élabore la stratégie médicale et le projet médical partagé du groupement,
  - ✓ élabore le projet médical de chaque établissement,
  - ✓ contribue à l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
  - ✓ propose au directeur de chaque établissement un programme d'action assorti d'indicateurs de suivi, qui prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la CDU de l'établissement.

- *Son président :*
  - ✓ est vice-président du COSTRA et vice- président des directoires des établissements membres,
  - ✓ exerce les attributions des présidents de la CMG et des CME auxquelles la CMU se substitue,
  - ✓ coordonne en lien avec le président du COSTRA et les directeurs d'établissements, les projets médicaux du groupement et des établissements
  - ✓ coordonne la politique médicale du groupement et des établissements

  Un décret doit fixer les modalités d'exercice de ses fonctions, les moyens humains et matériels mis à sa disposition pour les assurer.

4- la stratégie des emplois médicaux :

Des orientations stratégiques communes pour la gestion prospective des emplois et des compétences, l'attractivité et le recrutement, la rémunération et le temps de travail des personnels médicaux, pharmaceutiques et maïeutiques sont établies [dans les limites de la réglementation nationale] en cohérence avec la stratégie médicale du groupement et soumises à l'approbation du COSTRA. L'établissement support veille à leur respect.

5- La CSIRMT unifiée :

Selon le même processus le GHT peut être autorisé par le DG de l'ARS a constituer une commission des soins infirmiers de rééducation, et médico-technique (CSIRMT) unifiée qui se substitue à l'actuelle CSIRMT de groupement et à celles des établissements.
Son président *e*st un coordonnateur général des soins ou un directeur des soins désigné par le directeur de l'établissement support.
Un décret doit préciser sa composition, ses règles de fonctionnement et les matières sur lesquelles elle est consultée.

6- En BFC :

Rappelons que la BFC compte 11 GHT regroupant de 2 (Nord Franche-Comté) à 12 (Centre Franche-Comté) établissements, et même le GHT de la Haute Saône ne compte qu'un établissement (le GHT 70) si l'on ne tient pas compte des 2 EHPAD (de Saulx les Vesoul et Scey sur Saône) qui lui sont rattachés par convention de direction commune .

Pour l'instant nous n'avons pas connaissance de demande d'autorisation de création de CMU et/ou de CSIRMT unifiée. On peut imaginer que les directeurs d'établissements et les présidents de CME ont en ce moment d'autres préoccupations bien plus sérieuses.

4-2 Dans les établissements :

Cette ordonnance adapte les attributions du président de la CME d'établissement en cohérence avec la création de la CMG et les compétence de son président.

1- Les compétences du président de la CME

- « S'agissant des activités cliniques et médico-techniques, le directeur et le président de la CME arrêtent conjointement l'organisation interne et signent conjointement les contrats de pôle d'activité »
- Le président de la CME qui était déjà le vice-président du directoire depuis la loi du 26 janvier 2016 exerce les missions et attributions suivantes :
  - ✓ Il coordonne, en lien avec le directeur, l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et avec le projet médical partagé si l'établissement est partie à un GHT,
  - ✓ Il coordonne la politique médicale de l'établissement,
  - ✓ Conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire, il :

- définit la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- arrête l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques,
- signe les contrats de pôles cliniques ou médico-techniques.

✓ Conjointement avec le directeur il procède à la nomination et met fin aux fonctions :
- des chefs pôles d'activité clinique et médico-technique. Dans les CHU, la décision est prise conjointement avec le directeur de l'UFR,
- des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique et médico-technique

✓ Il tient la commission régulièrement informée de l'exercice de ses missions et attributions.

2- *Une charte de gouvernance*

Une charte est conclue entre le président de la CME et le directeur : qui prévoit notamment :

✓ les modalités de participation du président de la CME aux échanges avec des autorités ou organismes extérieurs, qui concernent l'établissement,

✓ pour les activités relevant des compétences de la CME : les modalités de fonctionnement retenues pour les relations entre le président de la CME et les directions fonctionnelles,

✓ les moyens matériels et humains mis à la disposition du président de la CME pour assurer ses missions.

3- *La co-décision :*

- Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement définissent conjointement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis, dans les CHU, du directeur de l'UFR (unité de formation et de recherche) médicale.

- Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le chef de pôle est nommé par décision conjointe du directeur et du président de la CME, et dans les CHU , par décision conjointe du directeur, du président de la CME, et du directeur de l'UFR,

- Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la CME et le directeur signent conjointement (au lieu de « le président de la CME contresigne » auparavant !) le contrat de pôle.

- Dans les pôles hospitalo-universitaires, le contrat est signé conjointement par le président de la CME, le directeur de l'établissement et le directeur de l'UFR.

5- Proposition de loi donnant le droit à une fin de vie libre et choisie : échec

1- *Qu'est-ce qu'une « niche parlementaire ? »*

L'ordre du jour des séances du parlement est défini par la conférence des président dans le cadre fixé par la constitution, qui laisse une large priorité aux textes dont le gouvernement demande l'inscription (2 semaines sur 4). Néanmoins un jour de séance par mois est consacré à un ordre du jour arrêté à l'initiative des groupes d'opposition et des groupes minoritaires : c'est la « niche ».

Une « niche parlementaire » est une journée (3 séances entre 9h30 et 0h00)réservée à un groupe parlementaire, pendant laquelle celui-ci est libre d'inscrire à l'ordre du jour les textes de son choix.

Le 8 avril , dans le cadre de la niche du groupe « Libertés et Territoires » l'Assemblée Nationale a examiné la proposition de loi sur « la protection patrimoniale des langues régionales » adoptée

contre l'avis du gouvernement, puis à partir de 16h la proposition donnant droit à une fin de vie libre et choisie.

2- La proposition de loi « fin de vie libre et choisie » victime de l'obstruction

La proposition de loi « donnant le droit à une fin de vie libre et choisie » a été déposée le 17 octobre 2017 (n°288) , par Olivier Falorni , député des Charentes Maritimes.

Le rapport de la commission des affaires sociales a été remis le 1° avril dernier, et discuté en séance publique le 8 avril.

Placée en 2° position sur le planning de la journée, cette proposition n'a pu être débattue qu'à partir de 16h.

Elle avait de fortes chances d'être adoptée, mais c'était sans compter sans l'ardeur de 5 députés du groupe LR défavorables au texte, qui ont déposé 3866 amendements, rendant impossible leur examen avant la fin de la séance à minuit, alors que 277 députés de leur groupe avaient signé une pétition pour demander de pouvoir « discuter et voter ». Cette pratique a été dénoncée comme une obstruction au débat parlementaire.

Seul l'article 1° (sur 9)a été adopté (248 pour-48 non) :il ajoute 3 articles (1110-14 à 16)au code de la santé publique concernant :

- La définition : « L'assistance médicalisée active à mourir est définie comme la prescription à une personne par un médecin, à la demande expresse de celle-ci, d'un produit létal et l'assistance à l'administration de ce produit par un médecin »
- Les conditions de la demande : « Une assistance médicalisée active à mourir peut être demandée par toute personne capable et majeure si elle se trouve dans une phase avancée ou terminale d'une affection grave incurable, quelle qu'en soit la cause, qui provoque une souffrance physique ou psychique qui ne peut être apaisée ou que la personne concernée considère comme insupportable ».
- La clause de conscience : « Les professionnels de santé peuvent refuser d'apporter leur concours à la mise en œuvre d'une assistance médicalisée active à mourir. Ce refus du médecin ou de l'un des membres de l'équipe soignante de participer activement à une procédure d'assistance médicalisée active à mourir doit être notifié au demandeur. En cas de refus du médecin ou d'un ou plusieurs membres de l'équipe soignante, le médecin a pour obligation d'orienter immédiatement la personne concernée vers un autre praticien susceptible d'accepter sa demande.»

Ainsi donc il aura suffi d'un quarteron (de 5) députés pour mettre en échec l'ouverture d'un débat sur une question qui intéresse tous les Français. Autrement dit ceux qui revendiquent une mort digne et choisie, qui ne sont pas certains de trouver une « oreille attentive » dans notre pays, devront continuer à s'exiler en Suisse, en Belgique ou au Luxembourg, s'ils en ont les moyens.

Au cours de ce débat le Ministre de la Santé a annoncé une mission d'évaluation de la loi Claeys -Léonetti de 2016, ainsi qu'un 5° plan national de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie.

6- Loi du 26 avril « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » :

A défaut d'accord avec le Sénat, l'Assemblée Nationale a adopté en dernière lecture (14 avril) , la loi du 26 avril visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification

Sans entrer dans le détail , rappelons qu'elle compte 6 chapitres :

1- Exercice en pratique avancée et protocole de coopération :

La loi prévoit qu'un rapport fera des propositions permettant

- d'accélérer le déploiement de l'exercice en pratique avancée et des protocoles de coopération ainsi que de simplifier et d'améliorer ces deux dispositifs
- d'évaluer l'opportunité de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de pratiquer leur art sans prescription médicale.

Elle prévoit également la possibilité pour des professionnels de santé exerçant au sein d'un même établissement, d'un même GHT ou d'un même territoire d'élaborer et mettre en œuvre à leur initiative des protocoles locaux de coopération.

2- ***Evolution des professions de sages-femmes et de certains auxiliaires médicaux :***
La loi étend le champ du pouvoir de prescription des sages-femmes : dépistage et traitement d'infections sexuellement transmissibles, certains médicaments, dispositifs médicaux et aides techniques, renouvellement de prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie… la plupart de ces nouvelles prérogatives doivent faire l'objet d'arrêtés d'application. Elle leur donne également le droit de pratiquer certains actes de vaccination.

3- ***Recrutement des praticiens hospitaliers :***
Pour une durée de trois ans, le directeur de l'établissement support d'un GHT……peut décider de la création de postes de praticien hospitalier au sein d'un établissement partie.

4- ***Simplification de la gouvernance des établissements publics de santé :***
Il s'agit essentiellement de dispositions administratives portant sur les compétences des chefs de service et cadres de santé ainsi que sur l'amélioration de la concertation et du dialogue interne entre professionnels.
Le directeur … peut décider la création d'une commission médico-soignante se substituant à la CME et à la CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques), présidée par un médecin et dont le coordonnateur général des soins sera le vice-président.
Ces dispositions nécessitent un décret d'application et apportent certainement plus de complexité que de simplification !

5- ***Simplification de la gouvernance des organismes mutualistes :***
Il s'agit de modifications du code de la Mutualité.

6- ***Simplification des démarches des personnes en situation de handicap :***
La loi prévoit :
- la création par la CNSA d'une « plateforme [de déploiement] des services numériques permettant de faciliter les démarches administratives des personnes handicapées, de leurs aidants et de leurs représentants légaux ainsi que le suivi personnalisé de leur parcours, notamment en matière d'accès à l'emploi et à la formation ».
  Ces services « sont proposés en complément des modalités d'accueil physique et téléphonique, établies par chaque département »
- la nomination d'un référent handicap dans chaque établissement de santé assurant une mission de service public hospitalier. Un décret définira ses misions

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- ***Modifications du « zonage » des médecin libéraux (Nièvre et Yonne) :***
Par arrêté du 12 mars , le DG de l'ARS a modifié pour la 6° fois, son arrêté du 30 novembre 2017, relatif à la détermination des zones caractérisées par une offre insuffisante, ou par des difficultés dans l'accès aux soins concernant la profession de médecin.
Sont classés
- en zone d'intervention prioritaire (ZIP) les territoires de vie santé (TVS) de Corbigny, Luzy, Fourchambault, Nevers, et Toucy (89)

- en zone d'action complémentaire (ZAC) les TVS de Cosne-Cours-sur-Loire, Clamecy, Saint Pierre le Moutier, Decize, et Château Chinon (58) et Saint sauveur en Puisaye (89).

Rappelons que seules les ZIP bénéficient des dispositifs conventionnels incitatifs à l'installation .
Par la même occasion le DG de l'ARS a modifié les contrats types régionaux (CAIM- COTRAM-COSCOM-CSIM) concernant les différents dispositifs.

2- Modification du cahier des charges régional de la PDSA (Jura- secteur de Dole).

Cette modification prend acte de la nouvelle organisation de la PDSA mise depuis le 1° avril 2020 : les secteurs de garde Jura 04-08-09 et 11 ont fusionné en un seul secteur appelé Jura 04.
Dans le cadre de la PDSA, les médecins généralistes de ces ex secteurs, membres de l'association des médecins du Nord Jura (AMNOJ) exercent leur activité, régulée par l'ACORELI, au sein de la maison médicale de garde (MMG) qui fonctionne, depuis le 1° septembre 2020, au sein du service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Dole.
Les horaires sont les suivants :

- tous les soirs de la semaine, du lundi au dimanche , fériés et ponts : de 20h à 24h (astreinte de 50€)
- le samedi après-midi : de 12h à 20h, (astreinte de 100€)
- le dimanche, fériées et ponts :de 8h à 20h (astreinte de 150€).

Les consultations sont prises en charge par le CH qui facture à la CPAM et reverse les honoraires aux médecins.

3- Création de 3 établissements de santé privés :

Par décisions du 30 mars, le DG de l'ARS a autorisé la création de 3 nouveaux établissements de santé privés :

- centre de radiothérapie du Parc, dans les locaux de la polyclinique du Parc Drevon, à Dijon,
- centre de radiothérapie de Chalons sur Saône, dans les locaux de la clinique St Marie,
- centre de radiothérapie d'Auxerre, dans les locaux du centre hospitalier.

Ces 3 établissements ont été créés pour mettre en œuvre les autorisations d'activité de traitement du cancer par radiothérapie externe, détenues par la société d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS)« Institut de Cancérologie de Bourgogne » (ICG), après les avoir acquises, en début d'année, de la société civile de moyens (SCM) constituées de 7 médecins.
Les décisions du DG de l'ARS prévoient bien que chacun de ces établissements sera soumis aux obligations imposées à tout établissement de santé privé : CME, commission des usagers, politique médicale, politique qualité, certification HAS …

4- Autorisations dérogatoires d'activité de médecine :

Compte tenu de la menace sanitaire grave, la clinique médicale Brugnon Agache à Beaujeu (Fondation Arc en Ciel-Hte Saône) et la Clinique du Pays de Montbéliard (qui sont des établissements de SSR) ont été autorisées, à titre dérogatoire, et pour une durée de 4 mois (à partir de la mise en œuvre de l'autorisation) à exercer l'activité de soins de médecine .
L'objectif est que ces établissements puissent venir en appui aux établissements de 1° recours en particulier en aval des soins critiques et de réanimation.
Bien entendu cette autorisation sous-entend que ces établissements disposent des ressources médicales et matérielles suffisantes.
On peut se demander si cette autorisation n'est pas la reconnaissance implicite d'un manque de lits de médecine en hospitalisation complète dans le Nord Franche Comté en particulier sur l'aire urbaine Belfort-Montbéliard-Héricourt.
En effet, si le taux d'équipement (nombre de lits pour 1 000 habitants) est de 3,50 sur le Territoire de Belfort, il est de 1,69 pour le Doubs et 1,35 pour la Haute Saône et 2,10 pour l'ensemble de la BFC.

7-2 Le déploiement du plan de relance de l'investissement Ségur en BFC :

Il s'agit du déploiement régional du pilier n°2 du Ségur de la Santé relatif à la politique d'investissement et de financement, et en particulier des mesures 9 : « 19 milliards d'investissements (ville -hôpital – médico-social) », et 10 : « donner le pouvoir aux territoires en matière d'investissement en santé ».

Rappelons que ces 19 milliards doivent être consacrés à :

- la reprise de la dette des établissements publics pour 13 milliards,
- un plan massif d'investissement de 6 milliards pour :
  - ✓ les établissements médico-sociaux (transformation, rénovation, équipements) : 2,1 milliards d'euros sur 5ans dont 1,5 Md€ pour la modernisation des EHPAD et 0,6Md€ pour le numérique,
  - ✓ les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville hôpital : 2,5 milliards sur 5 ans,
  - ✓ le rattrapage du retard du numérique en santé :1,4 milliard sur 3 ans.

1- *Le déploiement du volet investissement*

Déjà annoncé par le 1° ministre à l'occasion de sa avenue à Cosne sur Loire le 9 mars (cf. lettre n°32), le volet investissement du Ségur a fait l'objet d'une circulaire du 10 mars (16 pages) ,du même 1° ministre, aux DG des ARS et aux Préfets, fixant en particulier les modalités dans chacun des secteurs concernés (sanitaire, médico-social, et numérique en santé) et le calendrier de ce déploiement sur la période 2021-2029.

2- *En Bourgogne-Franche Comté*

Le 15 avril, Pierre Pribile, DG de l'ARS a personnellement réuni en visio les membres de la CSOS (commissions spécialisée de l'offre de soins) et de la CSMS (commission spécialisée médico-sociale).

A noter qu'au sein de l'ARS il a confié la responsabilité du déploiement de ce plan à Mme Valérie Ganzer jusqu'alors directrice générale adjointe à l'hôpital Nord Franche Comté.

- ***Volet reprise de la dette :***
  - ✓ Objectif : restaurer les marges de manœuvre des établissements de santé trop endettés.
  - ✓ Bénéficiaires : les établissements publics de santé (EPS), et les établissements[privés] à but non lucratifs (EBNL).
  - ✓ Enveloppe BFC : 472M€ dont
    - 80% fléchés par le niveau national qui désignera les établissements bénéficiaires sur la base de 3 critères : taux d'endettement supérieur à 30%, capacité d'autofinancement (CAF) et population
    - 20% de marge de manœuvre à disposition des ARS.

- ***Volet « investissements majeurs » :***
  - ✓ Objectif : accélérer la transformation de l'offre de soins,
  - ✓ Bénéficiaires : établissements de santé,
  - ✓ Enveloppe BFC : 201M€
  - ✓ Modalités : contractualisation avec les établissements avant novembre 2021, versement pluriannuel.

    Dans ce volet devrait se situer le projet de construction d'un nouvel hôpital à Cosne sur Loire annoncé par le 1° Ministre lors de son déplacement sur place le 9 mars.

- ***Volet « investissements du quotidien »(sanitaire) :***
  - ✓ Objectif : améliorer rapidement le fonctionnement des services au quotidien,

- ✓ Bénéficiaires : établissements de santé, publics et privés (y compris psy, USLD, SSR, HAD et dialyse)
- ✓ Enveloppe BFC : 63 M€ dont **22M€ en 2021**,
- ✓ Modalités : contractualisation, versement pluriannuel
- ✓

- ***Les investissements du quotidien (sanitaire) en 2021 en BFC :***

  Après une 1° enveloppe de 7,2M€ au titre du plan « investir à l 'hôpital »,allouée par l'ARS en 2020, aux établissements publics, la région recevra une enveloppe de 31 M€ ainsi répartie :

  - ✓ *Investissements courants :22 M€*

    L'objectif est de financer des investissements courants sur remontée des services de soins

    Cette enveloppe sera répartie en 2 sous enveloppes :

    - ➢ 8 800k€ (40%) pour les établissements les plus en difficulté pour satisfaire leurs besoins d'investissement (taux de vétusté, CAF négative)
    - ➢ 13 200 k€ (60%) au prorata des recettes des établissements publics , privés à but non lucratif et lucratif
  - ✓ *Réduction des inégalités de santé : 9M€*

    Il s'agit de crédits ciblés pour financer des investissements dans les départements les plus touchés par les difficultés d'accès aux soins (indicateurs dégradés).

    Pour la BFC sont concernés les départements de la ***Nièvre, de l'Yonne et de Haute Saône. S***eront particulièrement ciblés les établissements éligibles au label « hôpital de proximité ».

- ***Secteur médico-social (national):***

  Pour 2021 il est prévu une enveloppe de 450 M€ pour la modernisation des EHPAD dont

  - ✓ 280M€ pour les opérations immobilières
  - ✓ 125 M€ pour les investissements du quotidien
  - ✓ 45 m€ : régions insulaires (20M€), résidences autonomie (20M€) ….

  Nous n'avons pas d'information concernant la ventilation régionale de ces crédits.

3- La gouvernance :

- ***Au niveau national :***

  La gouvernance nationale est partagée entre :

  - ✓ le conseil national de l'investissement en santé (CNIS): chargé de la stratégie. Il a été installé le 7 avril. Il est présidé par le ministre de la santé
  - ✓ le conseil scientifique : chargé de définir les référentiels d'appréciation des projets dans une approche médico-soignante. Il sera présidé par le Pr. François-René Pruvot, chirurgien, président de la CME du CHU de Lille et de la conférence des présidents des CME de CHU. 70 candidats se sont manifestés pour le constituer.
  - ✓ le comité de pilotage :validation et suivi des projets majeurs (> 150m€).

- ***Au niveau régional :***

  Un comité régional de pilotage et de concertation :

  Le DG de l'ARS a fait le choix de ne pas multiplier les instances, préférant mobiliser celles qui existent déjà. Ce comité réunira donc, sous la présidence du DG de l'ARS, les membres de la :

  - ✓ commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS) de la CRSA,
  - ✓ commission spécialisée médico -sociale (CSMS)

  L'une et l'autre réunissent un large éventail de représentants d'horizons divers. On y trouvera donc des représentants des usagers siégeant dans chacune de ces 2 commissions.

Le comité régional de pilotage travaillera en articulation avec les instances mises en place par le préfet de région dans le cadre du plan de relance.

- ***Au niveau infra-régional***
  Le comité départemental de concertation réunira : le DG de l'ARS, le préfet du département, un représentant du conseil régional, le président du conseil départemental, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale, au moins 5 maires, et les parlementaires.
  Ce comité travaillera en concertation avec :
  - ✓ l'instance départementale de concertation avec les élus,
  - ✓ les comités territoriaux des élus locaux des GHT,
  - ✓ les conseils départementaux sur les enjeux médico-sociaux .

  A noter qu'il n'est fait aucune place aux représentants des usagers.
  On peut regretter qu'il n'y ait pas de représentants des usagers à ce niveau. Ceux qui siègent au CTS ne pourraient-ils pas être associés au comité territorial des élus du GHT ?

4- Le calendrier :

- *De mars à début juin :*
  Approfondissement technique des projets et trajectoires financières,
- *D'avril à septembre :*
  Phase de concertation sur les projets retenus et susceptibles d'être financés,
  - ✓ Comité régional: réunions 7 avril, début juillet (avant le 12), début septembre (avant le 15/09)
  - ✓ Comité des élus GHT: réunions à programmer par les GHT jusqu'au 30 juin
  - ✓ Comités départementaux : réunions de juillet à septembre
- *Septembre à fin octobre :*
  Programmation budgétaire et transmission aux instances nationales de la stratégie régionale
- *Novembre-décembre :*
  Notification aux établissements et contractualisation.

7-3 Renouvellement de la CRSA :

Le décret attendu n'est pas encore paru(à la date du 2 mai) et pourtant la procédure de renouvellement est engagée par l'ARS.
Pour la désignation des représentants des usagers du collège 2a,(8 titulaires et 16 suppléants) rappelons que l'ARS a déjà adressé une information à toutes les associations agréées de la région et lancé l'appel à candidatures sur le site « ma santé en Bourgogne Franche Comté» :
https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/files/files/aac_ru_associations_agreees_version_vv.pdf
IMPORTANT :

- ✓ les membres siégeant dans l'actuelle CRSA et qui souhaitent renouveler leur mandat doivent faire acte de candidature,
- ✓ le souhait d'être titulaire ou suppléant doit être inscrit sur la fiche de candidature,
- ✓ une même association peut présenter un ou plusieurs candidats.

1- Conditions de candidature :

- Date limite : 31 mai,
- Modalités : les candidatures se font au moyen d'une fiche de candidature obtenue en ligne selon le dispositif « démarche «simplifiée »
  https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/ars-bfc-appel-a-candidature-designation-des-representants-des-usagers-crsa

- Une lettre de motivation sera obligatoirement jointe à la candidature. Un guide de la lettre de motivation est disponible sur le site « ma santé en BFC ».

2- *Désignation :*

Les représentants des usagers sont désignés par le directeur Général de l'ARS. Seront pris en compte :

- l'existence de l'agrément de l'association,
- la présence ou l'activité de l'association sur l'ensemble du territoire régional,
- la motivation du candidat,

L'ARS veillera à assurer

- un équilibre entre les associations,
- la parité homme –femme au sein de la CRSA.

3- *Renseignements :*

Pour tout renseignement, les personnes qui envisagent de se porter candidates peuvent s'adresser :

- à l'association agréée dont elles sont membres (en priorité) et qui devra valider la candidature,
- à l'ARS : ars-bfc-democratie-sanitaire@ars.sante.frTéléphone:03.81.47.88.01

7-4 La représentation des usagers :

1- *Au sein du GRADeS :*

Lors de sa dernière assemblée générale du 7 octobre dernier , le groupement régional d'appui et de développement de la e-santé (statut de GIP) a modifié sa convention constitutive (la V 12), publiée le 19 avril .

Parmi ces modifications notons, l'inclusion de France Assos Santé BFC parmi les « personnes qualifiées » pouvant « être invitées à participer aux assemblées générales ainsi qu'à toutes les instances du groupement… sans pouvoir voter les résolutions ».

Parmi ces personnes qualifiées, seules les fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP) peuvent participer au conseil d'administration avec voix consultative.

France Assos Santé BFC a désigné Philippe Flammarion (ARUCAH BFC), et Gérard Perrier (suppléant-Génération Mouvement Yonne) pour la représenter au GRADeS. Le premier a participé à l 'assemblée générale du 30 avril.

Aujourd'hui le GRADeS compte 160 membres adhérents.

2- *Au sein de la Commission de conciliation et d'indemnisation (CCI) de Bourgogne*

Par arrêté du 1° avril le DG de l'ARS a renouvelé la *commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* de Bourgogne *(*la Franche Comté dispose d'une même commission, présidée par le même magistrat).

Ses membres sont répartis entre 6 catégories dont des représentants des usagers proposés par des associations d'usagers du système de santé ayant fait l'objet d'un agrément au niveau régional ou national.

Ont été désignés :

- Mme Agnés Chandioux (UFC que Choisir) (suppléants non désignés)
- Mme Françoise Plassard (URAF)-suppléante Mme Catherine Verne (URAF)
- Mr Bernard Drujon (AFD 89) suppléante Mme Anne Marie Bonnot (URAF)

Leur mandat est de 3 ans .

7-5 La vie de nos territoires, de nos établissements et de nos associations :

1- *Hôpitaux :*

- ***Emplois de direction déclarés vacants :***
  - CH de Beaune et EHPAD de Bligny-sur- Ouche : DA chargé des achats et de la logistique.

- CH Jura Sud à Lons le Saunier, Morez et Saint Claude :
  - ✓ DA chargé des affaires financières,
  - ✓ DA chargé des ressources humaines.
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, et centres de soins de longue durée de Luzy et Saint-Pierre-le-Moûtier :
  - ✓ DA chargé de la direction des achats et des équipements du centre hospitalier de Nevers et du GHT 58,
  - ✓ DA chargé des ressources humaines et des affaires médicales,
- CH du Pays Charolais-Brionnais à Paray-le-Monial et EHPAD de Bois-Sainte-Marie, Chauffailles, Digoin, Marcigny et Semur en Brionnais : DA chargé des affaires financières, du contrôle de gestion et des admissions,
- CH d'Auxerre, Avallon, Tonnerre et Clamecy : DA chargé des services financiers, du contrôle de gestion et de la contractualisation interne,
- CH de Sens, Joigny et 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 Nord Franche-Comté à Trevenans et centre hospitalier de soins longue durée à Bavilliers (Territoire de Belfort) : DA - secrétaire général(e).

- ***Emplois de directions mouvements :***
  - CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité sur Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes et centres de long séjour de Luzy et Saint-Pierre le Moutier :
    Mr. Jean François Ségovia a été nommé directeur de cet établissements pour succéder à Mr. Jean Michel Scherrer qui a pris les fonctions de directeur du CH de Colmar en début d'année. En attendant qu'il prenne ses fonctions(probablement en mai), Mr. Philippe Collange directeur du CHS de Sevray continuera d'assurer l'intérim.
    Mr. Ségovia est directeur général du centre national d'ophtalmologie (CHNO) de Quinze-Vingt à Paris.
    Nous lui souhaitons la bienvenue dans notre région.
  - Hôpital Nord Franche Comté -ARS:
    Mme. Valérie Ganzer quittera en mai ses fonctions de directrice générale adjointe de l'HNFC pour rejoindre l'ARS en qualité de chargée de mission responsable du plan investissement du Ségur de la Santé. Il lui souhaitons de réussir dans sa nouvelle mission dont les enjeux sont considérables pour nos établissements de santé et médico-sociaux.

2- *CH de Villeneuve sur Yonne -EHPAD Carnot :*

Le CH Roland Bonnion de Villeneuve sur Yonne (5 200 habitants) , comme beaucoup d'établissements de cette taille compte un secteur sanitaire plutôt modeste : 26 places de SSR et un important secteur médico-social : un EHPAD sur 2 sites : Carnot pour 139 places, Rives de l'Yonne pour 69 place et un SSIAD de 63 places.
Avec les CH de Sens (établissement support) et de Joigny , il constitue le GHT Nord Yonne . Il est lié au CH de Sens par une convention de direction commune, autrement dit son directeur est celui du CH de Sens, qui délègue sur place la directrice des soins de ce même établissement.

- *Des inquiétudes pour l'EHPAD :*

Au vu de l'avis défavorable de la commission de sécurité qui visite régulièrement les établissements recevant du public, la maire de Villeneuve a décidé la fermeture du 1° étage des bâtiments B et F du site Carnot de l'EHPAD soit 54 places .
Le 6 avril, à l'appel des syndicats de l'établissement, près de 300 personnes, soutenues par les élus, se sont mobilisées pour demander la pérennité de cet EHPAD qui répond aux besoins de la population.

- *Des engagements du conseil départemental et de l'ARS :*

Dans un communiqué commun du 15 avril, l'ARS et le conseil départemental de l'Yonne ont déclaré « prendre acte des conclusions de la commission de sécurité préfectorale concernant les bâtiments B et F du site Carnot » , tout en garantissant que « la fermeture du site Carnot n'est pas, et n'a jamais été à l'ordre du jour [et que] L'ARS et le Département entendent préserver une offre d'EHPAD publique, à Villeneuve – sur –Yonne et moderniser les locaux destinés à accueillir les seniors ».
Le GHT Nord Yonne, avec le concours d'une mission d'appui, financée par l'ARS, travaille à la définition d'un projet architectural cohérent… prenant en compte la nécessité de réaliser des travaux de sécurisation et d'humanisation au sein des EHPAD, y compris pour le site Carnot. Ses propositions seront connues dans les prochaines semaines.
Le conseil départemental a déjà voté en avril 2020, une subvention d'investissement pour soutenir ces travaux.

- *Dans un désert médical :*

Le CH de Villeneuve est situé dans ce que l'on appelle un « désert médical », qui affecte non seulement la médecine de ville, puisque, dans 8 mois, il n'y aura plus aucun médecin sur l'agglomération, mais aussi l'établissement lui-même qui ne dispose plus que d'un seul médecin retraité, employé sous un contrat de clinicien hospitalier (nouvelle modalité de recrutement), pour son EHPAD (médecin coordinateur) et son service de SSR qui sert actuellement de passerelle entre la sortie d 'hôpital et l'entrée en EHPAD .

3- Hôpital du Creusot :

L'Hôtel Dieu du Creusot (groupe SOS santé) a ouvert le 6 avril une unité ambulatoire de cardiologie permettant la prise en charge : des actes programmés, des urgences (douleurs thoraciques, troubles du rythme cardiaque, décompensation cardiaque) ainsi que les consultations et avis interservices.
En parallèle l'établissement a développé l'imagerie cardiaque : échographie thoracique, trans-œsophagienne, scintigraphie d'effort (2 gamma caméras), coro-scanner, IRM cardiaque.
Ce même établissement vient d'annoncer l'ouverture d'un centre de compétence pour l 'endométriose.

4- Groupe Dracy

Le groupe Vivalto Santé est en négociation pour le rachat du groupe Dracy Santé qui compte 3 établissements dans notre région : le centre médico-chirurgical de Dracy le Fort (196 lits en Saône et Loire) , la clinique du Parc (56 lits et places) à Autun et la clinique de la Miotte(93 lits et places) à Belfort.
Dracy est un groupe familial régional dont 33% du capital est détenu par les praticiens.
Le groupe Vivalto Santé regroupe 41 établissements, et compte 9 400 salariés pour un chiffre d'affaire de 900M€ qui en fait le 3° groupe privé français.

8 Publications et bibliographies :

1- « Décidément, ils n'ont toujours rien compris ! »

Professeur Christian Perronne - Albin Michel -avril 2021 - 277 pages
Le Pr Perronne était chef du service des maladies infectieuses de l'hôpital de Garches (APHP). Il a été pendant 15 ans, expert, président ou membre de nombreuses sociétés savantes et instances officielles de santé publique, en même temps que l'un des principaux conseillers en matière de santé de plusieurs gouvernements.
Il a été démis de ses fonctions de chef de service par Martin Hirsch, directeur général de l'APHP pour avoir « tenu des propos indignes de la fonction qu'il exerce ». Il fait l'objet de procédures disciplinaires devant les instances ordinales, et de poursuites judiciaires engagées par le conseil national de l'ordre des médecins et par des confrères.

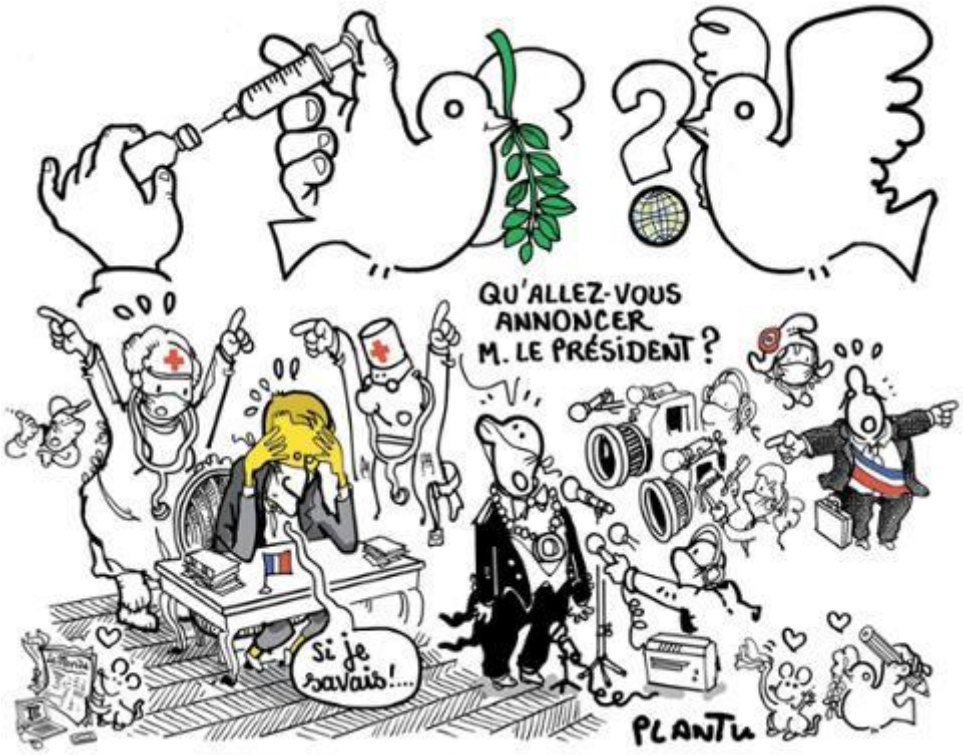
L'auteur de « y-a-t-il une erreur qu'ils n'ont pas commises ?» persiste et signe, tout le monde en prend pour son compte. Mais au-delà de son ton polémique il s'agit d'un ouvrage bien argumenté, preuves à l'appui, dont les raisonnements sont ceux d'un scientifique de grand renom.

2- ***Les dossiers de la Drees « accès aux soins et pratiques de recours » (n° 77 avril)***

Dans ce dossier la Drees analyse la logique spatiale (proximité) d'accès aux soins, les autres déterminants (disponibilités, obligations professionnelles, charges familiales, le rapport à la santé…) et le vécu des patients de leurs parcours d'accès aux soins

3- ***Les derniers Origami de l'ORS BFC :***

- ***allergies*** (n° 36 -mars).
  Concernant notre région on y trouve des informations sur la surveillance des pollens, la cartographie du PACET(plans climat, énergie, territoriaux), la surveillance de la qualité de l'air par l'ATMO BFC, le réseau d'allergologie de Franche Comté (RAFT) (réseau ville-hôpital rattaché au CHU de Besançon), le site Alterre BFC etc..
- ***maladie de parkinson*** (n° 37 avril)
  En BFC 15 900 personnes sont prises en charge pour cette maladie , le taux de prévalence (pour 100 000 habitants) est de 398,6 (taux national 352,7). On y trouve des informations sur l'association Franche -Comté Parkinson et le réseau Réséda BFC.

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

Le Monde 31 mars le dernier dessin de Plantu