Arucah Bourgogne Franche-Comté
La démocratie en santé

La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 31 - Mars 2021

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Une si longue attente :

L'annonce des vaccins, fin 2020, a créé dans la population, un espoir d'autant plus grand, que le nombre des sceptiques n'a cessé de diminuer, laissant la majorité (proche aujourd'hui de 60%) aux personnes favorables à la vaccination.

Tout le monde , tout de suite :

Dès lors, tous les « adeptes » de la vaccination n'ont eu qu'un vœu : sinon tout de suite, du moins le plus tôt possible. Mais chacun comprend bien qu'un tel vœu est du domaine de l'utopie. D'une part, nous sommes quand même près de 66 millions, et d'autre part il n'y a pas encore beaucoup de vaccins sur le marché, et leur fabrication, pour l'ensemble des pays, ne peut se faire instantanément, sans parler des défis logistiques à relever pour vacciner tout un pays.
Aussi chacun a pu comprendre qu'il fallait établir des règles de priorité.

Des priorités acceptées

Les autorités sanitaires ont retenu la priorisation proposée par la HAS dans son argumentaire du 27 novembre (« stratégie de priorisation des populations à vacciner »), essentiellement basée sur les critères d'âge et de vulnérabilité et la détermination de 5 phases de montée en charge, en commençant par les résidents des EHPAD -USLD, les professionnels de ces établissements présentant eux-mêmes un risque accru de forme grave, puis les personnes de 75 ans et plus etc…,les mineurs de 18 ans restant exclus.
Ces priorités de départ sont apparues légitimes et n'ont pas été contestées.

Des règles nombreuses et complexes :

Devant la lenteur du début de la campagne de vaccination pourtant « assumée » par le Ministre de la Santé, le Président de la République a exigé un coup d'accélérateur, et pour ce faire le champ des publics prioritaires a été étendu aux professionnels de santé , aux aides à domicile, et aux sapeurs-pompiers, sous certaines conditions, et enfin aux personnes ayant une pathologie qui les expose à un très haut risque (diabète, insuffisance rénal chronique, cancer..).
Parallèlement on a multiplié le nombre des centres vaccinateurs, et autorisé, à partir du 25 février les médecins libéraux, et les médecins du travail à vacciner.
La multiplication des règles a entrainé une grande complexité.

De l'impatience et même de la colère :

Mais c'était sans compter sur : l'augmentation de l'adhésion des Français à la vaccination, le non-respect des plannings d'approvisionnement par les fabricants, des inégalités de répartition entre territoires (cf le « coup de gueule du Président du conseil départemental de Hte Saône),et centres vaccinateurs, l'apparition des variants, les doutes, y compris chez les soignants sur le vaccin Astra Zénéca (efficacité et effets secondaires) contraignant à le réserver aux moins de 65 ans, la circulation accrue du virus dans certains départements et métropoles (Moselle, Alpes Maritimes, Dunkerque) justifiant des attributions supplémentaires de doses.

Si la vaccination dans les EHPAD a connu un réel succès (près de 80% des résidents ont reçu au moins une dose à fin février), la situation pour les autres publics est devenue beaucoup plus tendue courant février avec le début des 2° doses, qui a contraint au « gel » des primo injections, avec des annulations de rendez-vous.
On constate encore aujourd'hui, que des personnes âgées de plus de 75 ans, des malades chroniques ou atteints de pathologies graves « galèrent » toujours pour tenter de décrocher un rendez-vous. Comme le titrait Le Monde du 15 février il s'en suit « colère et désarroi chez les patients de plus de 75 ans sans rendez-vous ».
On constate que des tranches de population restent encore dans le flou le plus total ; c'est le cas des 65-75 ans (trop jeunes pour être prioritaires et trop âgés pour recevoir l'Astra Zenéca) même si le 1° ministre a tenté de les rassurer lors de sa conférence de presse du 25 .

Mais des espoirs :
Aujourd'hui, à défaut de certitudes sur un calendrier, il reste des espoirs :

- *Celui d'un plus grand nombre de doses de vaccins :*
  C'est certainement le moyen le plus efficace. Il ne peut résulter que d'une augmentation de la production des 3 vaccins actuellement utilisés (nouvelles usines en Europe, sous-traitance de fabrication à d'autres laboratoires (Sanofi par ex.) , ou du recours à d'autres vaccins : soit déjà existants (le Russe, le Chinois) à condition d'obtenir les autorisations (AMM) en Europe et en France (HAS), soit de vaccins à venir comme le Johnson and Johnson (vaccin à une dose) qui vient d'être autorisé aux USA.

- *Celui des promesses*
  Le 2 février, le Président de la République a fait la promesse que « tous les français adultes qui le souhaitent » seraient vaccinés d'ici la fin de l'été, soit sur la base d'un taux d'adhésion de 60% : 31 millions de personnes vaccinables.
  Cette promesse a été confirmée par le 1° ministre et celui de la santé lors de la conférence de presse du 25 février.

- *Celui de traitements pour les formes graves*
  A défaut de moyens préventifs suffisants, on peut espérer des moyens curatifs évitant les formes graves. Ils ont été exposés par le Pr Fischer à l'occasion de la conférence de presse du 25. Il s'agit de l'interféron et des anticorps monoclonaux (voire polyclonaux), ces derniers étant d'un cout élevé (de l'ordre de 2 000€ l'injection) et soumis à une ATU (autorisation temporaire d'utilisation, au cas par cas) seront certainement réservés aux CHU.

1- Echos -covid

Sans vouloir rajouter des informations au flot qui déferle, contribuant à la confusion, nous nous limitons à quelques focus.

1-1 L'auto-confinement c'est non !

Le conseil scientifique qui vient d'augmenter son effectif de 4 nouveaux membres (cf infra §6-6) est resté quasiment muet depuis la 13 janvier, date de son dernier avis : « entre vaccins et variants : une course contre la montre ». Faut-il y voir la conséquence des divergences qui semblent opposer le Gouvernement, ou plutôt le Président de la République, et les scientifiques ? Pour autant, certains de ses membres ont fait entendre leur voix : 5 d'entre eux dont son président le Pr Delfraissy (le même qui en janvier prônait un reconfinement) ont en effet publié le 18 février dans le « Lancet » une « lettre » appelant à ne recourir au reconfinement généralisé qu'en dernier recours, et proposant à la place des mesures ciblant les différents groupes générationnels, comme **l'auto-isolement des catégories de personnes les plus âgées et vulnérables**.

Ils pensent qu' « en vertu [d'un] contrat social [clair et transparent], les plus jeunes générations accepteraient la contrainte de mesures de prévention (comme les masques, la distance physique), à la condition que les groupes les plus âgés et les plus vulnérables adoptent, non seulement ces mesures-là, mais aussi d'autres, plus spécifiques (comme **l'auto-isolement** selon un critère de fragilité), afin de réduire leur risque d'infection ».
Les auteurs de cette lettre n'apportent aucune précision en ce qui concerne les notions d'âge et de fragilité ni sur l'impact attendu. Ils semblent ignorer que la plupart des personnes qui se savent à risques vivent déjà de manière confinée depuis plus d'un an.
Cette proposition des scientifiques arrive alors qu'une enquête d'Odoxa révèle que 56 % des Français craignent un conflit de générations entre les personnes âgées et la jeunesse. (Le Monde 16 février). A quoi bon alimenter cette crainte ?
Ce n'est pas une idée tout à fait nouvelle : le Président de la République s'y était déjà opposé le 28 octobre, Olivier Véran lui a emboité le pas lors de sa conférence de presse du 18 février, et Brigitte Bourguignon a rejeté le 25 février , « l'idée d'un auto-confinement sur le seul critère de l'âge ». Cette idée a enfin provoqué le tollé des gériatres appartenant aux 8 organisations composant le conseil national professionnel (CNP) de gériatrie (cf Le Monde 25/02)

1-2 Que pensez-vous du « passeport vaccinal » ? consultation citoyenne :

Du 17 février au 7 mars , Le conseil économique et social et environnemental(CESE) organise une consultation citoyenne pour connaitre l'avis des Français sur le passeport vaccinal. Deux questions seulement : êtes-vous défavorable ou favorable …, pourquoi ?
Voici l'avis du Pr Axel Kahn : « Il faut différencier le carnet de vaccination pour les voyages, inéluctable, du passeport vert pour les activités sociales. Il serait une discrimination anticonstitutionnelle tant que tous les candidats au vaccin n'ont pu se faire vacciner… »
Qu'on l'appelle « pass santé », passeport ou encore « permis de retrouvailles » pour les EHPAD (Cf §1-6-3) le débat ne fait que commencer. D'autres pays l'on déjà mené.

1-3 Prorogation de l'état d'urgence : la loi est votée

- Jusqu'au 31 décembre :
Votée le 9 février en dernière lecture par l'Assemblée Nationale la loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire, a été promulguée le 15 février et publiée le 16. Elle proroge :

- ✓ du 1°avril (fixé par la loi du 23 mars 2020) au 31 décembre, la possibilité de déclarer l'état d'urgence (art L3131-12 à 20 du CSP),
- ✓ du 16 février (fixé par la loi du 14 novembre 2020)au 1° juin, l'état d'urgence en cours, déclaré par le décret du 14 octobre et en vigueur depuis le 17 octobre.
- ✓ du 1° avril (fixé par la loi du 11 mai 2020) au 31 décembre, la caducité des systèmes d'information institués pour suivre l'évolution de l'épidémie.

L'article du projet de loi, prorogeant du 1° juin au 30 septembre le régime de sortie de l'état d'urgence n'a pas été voté par le Parlement.
Cette même loi prévoit que le conseil scientifique peut être consulté par les commissions parlementaires.

- Une absence de consensus parlementaire :
Cette loi a mis en évidence, une absence de consensus entre l'Assemblée Nationale et le Sénat conduisant à épuiser toutes les étapes de la « navette » parlementaire : après une 1° lecture par chacune des 2 assemblées, et l'échec de la commission mixte paritaire pour trouver un texte consensuel, le texte a fait l'objet d'une nouvelle lecture par chacune des 2 assemblées, et à défaut d'accord sur un texte commun, le dernier mot est revenu à l'Assemblée Nationale au terme de la lecture définitive (278 pour, 193 contre et 13 abstentions).

C'est le 7° texte relatif à l'état d'urgence voté par le Parlement, le dérogatoire n'est-il pas en train de devenir le droit commun ?

C'est la crainte qu'a exprimé une quarantaine de députés de la majorité réunis au sein du groupe « En commun » qui ont écrit, le 18 février, au 1° ministre pour lui faire part de leurs inquiétudes estimant que l'état d'urgence sanitaire qui n'en finit plus, constitue « un danger réel pour notre démocratie », et laissant planer un doute sur leur présence au prochain rendez-vous la 1° juin.

1-4 Lutte contre la pandémie

Outre les textes spécifiques à la vaccination en voici quelques autres de portée générale :

1- Haute Autorité de santé :

- *« prise en charge dérogatoire de la détection antigénique N du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement sanguin* » avis du 4 février.
  La HAS donne un avis favorable à la prise en charge au titre du forfait innovation des tests antigéniques sur prélèvement sanguin considérant que « cette nouvelle modalité apparaît plus acceptable que les tests sur prélèvement nasopharyngé et représenterait une alternative de plus pour couvrir le besoin de diagnostic et de dépistage de la Covid-19 »

- « *méta-analyse de l'intérêt diagnostique des tests RT PCR salivaires de détection du SARS CoV2 »* rapport d'évaluation du 10 février (54 pages) complète une 1° évaluation de septembre 2020.
  La HAS donne un avis favorable à l'utilisation de ces tests. Ils présentent la même fiabilité que les test PCR sur écouvillonnage nasopharyngé dont ils ne présentent pas les inconvénients (désagréments).
  Attention : il ne s'agit pas de tests rapides à faire chez soi, la HAS les recommande dans 2 situations :
  - en seconde intention chez les personnes contact pour qui un prélèvement nasopharyngé n'est pas envisageable,
  - en première intention dans le cadre de dépistages ciblés à large échelle en particulier s'ils sont répétés régulièrement : au sein d'écoles, d'universités, pour le personnel des établissements de santé, des EHPAD...

  Pour les établissements scolaires, le 1° ministre a fixé un objectif de 200 000 tests salivaires par semaine au retour des vacances scolaires et annoncé sa volonté de les déployer chez les soignants.

2- Journal officiel :

« décret du 12 février relatif au traitement de données dénommé « Stop Covid»(JO du 14)
Stop Covid change de nom et devient « TousAntiCovid ». Le texte complète ses finalités pour permettre aux utilisateurs de faire état de leur statut de « contacts à risque de contamination» afin de bénéficier d'un test ou d'un examen de dépistage de la covid-19 et d'accéder à des informations complémentaires sur la situation sanitaire. Il permet en outre la collecte de la date du dernier contact avec une personne diagnostiquée ou dépistée positive au virus du covid-19, et prolonge la durée de mise en œuvre de l'application jusqu'au 31-12-2021.

3- Conseil scientifique :

- *« point de situation sur les variants- modélisations- perspectives pour le mois de mars »* note d'éclairage du 29 janvier -32 pages
  « Avec beaucoup d'incertitudes et d'humilité » le conseil scientifique recommandait,
  - ✓ « un confinement strict en février [permettant] de «gagner du temps».
  - ✓ de traiter précocement, dès début mars, un maximum de personnes âgées à risque avec des anticorps monoclonaux,

- *« variant « sud -africain »501YV2 et les départements de l'est de la France »*avis du 12 février-15 pages

4- *Académie Nationale de médecine*

- *« Les anticorps monoclonaux anti-SARS-CoV-2, une opportunité à saisir »* Communiqué du 8 février.
  Considérant l'insuffisance de la couverture vaccinale des populations à haut risque, l'Académie recommande d'accélérer le processus permettant d'autoriser l'utilisation des anticorps monoclonaux, d'en constituer des stocks adaptés et d'organiser le circuit logistique permettant leur administration aux patients âgés et fragiles dès les premiers jours de l'infection.

5- *Haut conseil de la santé publique (HCSP)*

- « *mesures de contrôle et de prévention de la diffusion des nouveaux variants du SARS-CoV-2 »* avis du 14 janvier -23 pages
- « *durée d'isolement des personnes infectées par un nouveau variant du SARS-CoV-2 »* réponse du 6 février au directeur général de la santé.
  Le HCSP recommande : « de porter à 10 jours la durée d'isolement d'un cas confirmé de Covid-19 porteur de l'un des variants d'intérêt du SARS-CoV-2 (20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3) et d'appliquer cette mesure à tout cas confirmé d'infection par le SARS-CoV-2 »

1-5 Vaccination :

1-5-1 Revue de la littérature

Lorsque l'on parle de littérature, il ne s'agit bien sûr que de la « littérature officielle » issue de la « puissance publique ». Il serait en effet tout aussi impossible qu'inutile de rendre compte de tous les écrits de toutes origines qui paraissent sur le sujet.

1- *Haute Autorité de santé :*

- *« Covid 19 : se vacciner décider avec son médecin »* décision du 28 janvier approuvant le « document usagers »du même intitulé sous les logos de France Assos Santé et du CNGE (collège national des généralistes enseignants). C'est un document de référence tant pour le médecin vaccinateur que pour le candidat à la vaccination. Il a le mérite d'être mis à jour régulièrement.
  www.has-sante.fr/jcms/p_3234447/fr/covid-19-se-vacciner-decider-avec-son-medecin

- *« Place du Covid-19 Vaccine Astra Zeneca® »* synthèse du 2 février (8 pages) et recommandation du même jour (81 pages) ;
  Après l'agence européenne du médicament (29 janvier) la HAS a donné le 2 février un avis favorable à l'utilisation du vaccin Astra Zeneca (AZ). Compte tenu des données qu'elle connait, la HAS recommande :
  - ✓ de réserver ce vaccin « préférentiellement aux professionnels du secteur de la santé ou du médico-social de moins de 65 ans et aux personnes de moins de 65 ans, en commençant par les personnes âgées de 50 à 64 ans et qui présentent des comorbidités.
  - ✓ « de privilégier les vaccins à ARNm chez les personnes âgées de 65 ans et plus, en commençant par les plus âgées et présentant des comorbidités »,
  - ✓ « de privilégier un intervalle de 9 à 12 semaines entre les deux doses »
  - ✓ « de maintenir l'ensemble des gestes barrières et des mesures de distanciation sociale,
  - ✓ « de simplifier le plus possible l'accès à la vaccination » (puisse-t-elle être entendue !).
  - ✓ « en complément des acteurs habituels de la vaccination que sont les médecins et les infirmiers, de permettre aux sages -femmes et pharmaciens d'officine déjà formés à la

vaccination et ayant déclaré une telle activité (pour la grippe) de prescrire et de réaliser la vaccination avec le vaccin AZ et, dans tous lieux d'exercice »

Rappelons que le vaccin AZ est le 3° vaccin autorisé en France pour les personnes âgées de 18 ans et plus. C'est un vaccin à vecteur viral recombinant. Il se conserve au réfrigérateur entre 2-8°C, et après sa première ouverture, le flacon peut être conservé moins de 6 heures à température ambiante (à moins de 30°C) ou 48 heures au réfrigérateur entre 2°C et 8°C.

- *« vaccination des personnes ayant un antécédent de covid 19 »* synthèse du 11 février -15 pages.
  Fin décembre, la HAS avait recommandé d'attendre 3 mois minimum après la fin des symptômes avant d'envisager la vaccination. Aujourd'hui, compte tenu de l'avancée des connaissances, elle confirme l'attente des 3 mois minimum, et recommande de se rapprocher de 6 mois et de n'utiliser dans ce cas, qu'une seule dose de vaccin. Les exceptions :
  - ✓ les personnes présentant une immunodépression avérée (en particulier celles qui reçoivent un traitement immunosuppresseur) doivent, 3 mois après le début de l'infection par le SARS-CoV-2, être vaccinées par le schéma à deux doses,
  - ✓ les personnes qui ont reçu une 1°dose de vaccin et qui présentent une infection par le SARS-CoV-2 avec PCR positive dans les jours qui suivent cette première vaccination ne doivent pas recevoir la 2° dose dans les délais habituels, mais dans un délai de 3 à 6 mois après l'infection.

2- Haut conseil de la santé publique (HCSP)

- *Exclusion des donneurs de sang , tissus et organes* (avis du 21 Janvier)
  Consulté par le directeur général de la santé, le HCSP recommande qu'aucune exclusion, même très provisoire, ne soit effectuée pour un don de sang, d'organes, de tissus ou de cellules chez les sujets récemment immunisés par un vaccin anti-Covid-19 à base d'ARN messager,

3- ANSM :

- ***«*** *Point de situation sur la surveillance des vaccins contre la COVID-19 »* au 5 février
  Depuis le début de la vaccination 1356 cas d'effets indésirables ont été analysés (au 29 janvier). Il n'y a pas de signal confirmé de sécurité avec les vaccins contre la COVID-19.
  Au 29 janvier 2021, 23 cas d'effets indésirables avec le vaccin Moderna, dont un cas grave d'évolution favorable, ont été rapportés et transmis aux CRPV rapporteurs (Lille et Besançon).

1-5-2 De nouvelles possibilités de vaccination

Depuis le 25 février , peuvent vacciner uniquement avec du vaccin Astra Zeneca :

- les médecins libéraux ou exerçant en centre de santé les patients de 50 à 64 ans avec comorbidité identifiée par la HAS, identifiés par le médecin dans sa patientèle (sans avis de la CPAM comme pour la grippe). Chaque médecin qui s'inscrit auprès d'une pharmacie peut recevoir un flacon (10 doses par semaine) voire 2 pour certains. Les premiers chiffres traduisent une certaine frilosité sachant que pour les 2 premières semaines de vaccination en ville, 35 000 sont disponibles
- les médecins du travail : mêmes conditions, sur la base du volontariat et du respect de la confidentialité vis-à-vis de l'employeur. Celui-ci doit informer la salariés y compris à temps partiel ou en télétravail.

1-5-3 Nombre de vaccinations :

Au niveau national, depuis le 27 décembre et **à la date du 19 février**, 3 668 354 injections ont été faites dont :1° injections : 2 535 436 (4,8% de la population majeure) et 2° injections :1 132 918. Sur les 1° injections, les 75 ans et plus représentent 60,3%.
En BFC, on comptait (**au 26/02)** : cumul 1° injections 154 381 (cf infra, par département), dont 2° injection 94 242. A cette même date près du tiers des plus de 75 ans ont reçu au moins une dose (source communiqué ARS du 26/2).

1-6 Du côté des EHPAD :

1- A lire :

« Pendant la pandémie et après , quelle éthique dans les établissements accueillant des citoyens âgés ? Un document repère pour soutenir l'engagement et la réflexion des professionnels » (janvier 2021 -102 pages).

Ce document a été élaboré par l'espace de réflexion éthique d'Ile de France et l'espace national de réflexion, éthique et maladies neuro-dégénératives, à la demande de Brigitte Bourguignon , ministre déléguée en charge de l'autonomie, après une large concertation nationale qui a permis de recueillir l'expression de 1 800 personnes de 35 métiers différents.

Il est articulé autour de 10 thèmes, parmi lesquels on peut citer :

- ✓ Favoriser autant que possible l'information, l'expression, et le libre choix des résidents
- ✓ préserver les liens et la confiance avec les familles,
- ✓ réduire au maximum les contraintes et les restrictions de liberté,
- ✓ prendre en compte les spécificités des personnes ayant des troubles cognitifs.

Il est d'une lecture aisée et d'une utilisation très pratique . Il donne en outre de très nombreuses références bibliographiques.
https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/document_repere_ethique_ehpad.pdf

2- La vaccination :

La vaccination dans les EHPAD s'est déroulée dans de bonnes conditions grâce à la forte adhésion des résidents et à l'implication des médecins coordonnateurs et des personnels.
Pour les résidents : la couverture vaccinale dans les EHPAD s'élevait (au 19 /02) à 68% pour la 1° injection et à 36% pour les 2 injections (source communiqué ARS).
Au niveau national Sante Publique France annonce un taux de 82,7% au 27/02 (1° dose).
Pour les personnels, nous ne disposons pas d'informations récentes. Le 9 février et pour l'ensemble de la BFC, la couverture vaccinale était (source Santé publique France -Géodes)de:

- avec 1 dose : 8 088 soit 31,1% (43% au niveau national à la date du 25)
- avec 2 doses : 5 444 soit 21,0% (20% au niveau national au 25)

3- L'après vaccination :

La campagne arrive à son terme et va se poser la question de l'organisation, après le délai nécessaire à la meilleure immunité après la 2° dose, de l'organisation de la vie des résidents et en particulier de leurs contacts avec le monde extérieur, toujours dans le respect des gestes barrières.
L'espoir de retrouver la vie d'avant a certainement compté pour beaucoup dans l'adhésion des résidents à la vaccination et il serait regrettable, sinon condamnable, de les décevoir tout autant que leurs familles.
Certes tous les résidents ne seront pas vaccinés, mais cela ne saurait justifier des différences de traitement entre les vaccinés et les non vaccinés.
Certains établissements envisagent déjà quelques aménagements à l'organisation des contacts entre les résidents, leurs familles et le monde extérieur, voire la reprise des sorties à l'extérieur, alors que d'autres annoncent que rien ne changera.

Des recommandations pour l'adaptation des visites dans les EHPAD sont attendues. Mme Bourguignon ministre déléguée à l'autonomie a saisi le HCSP ainsi que le conseil d'orientation de la stratégie vaccinale pour avis sur de « possibles allégements des mesures en établissement ». Ces avis sont attendus début mars. Elle parle même d'un « permis de retrouvailles pour les résidents et leurs proches » !

De son côté la FHF a coordonné le recueil des propositions des différents partenaires, pour « tirer les conséquences [de la vaccination]en termes de reprise maitrisée de la vie sociale ».

Dans les semaines qui viennent, les représentants de usagers (CDU et CVS) devront donc se montrer particulièrement vigilants et rester à l'écoute des familles.

4- L'avis de la cellule de soutien éthique (CSE) sollicité par les associations :

Dans le cadre de la gestion de la pandémie de COVID-19, et conformément aux recommandations du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) dans son avis du 13 mars 2020,l'ERE (espace de réflexion éthique)BFC a mis en place une Cellule de Soutien Ethique qui peut être saisie par toutes les personnes qui le souhaitent (cf lettre n° 28 §1-8).
Le 8 février , 16 associations agréées ,dont l'ARUCAH BFC, fédérées au sein de France Assos Santé BFC, ont saisi cette cellule pour solliciter son avis sur l'organisation du lien social , après la campagne de vaccination dans ces établissements, ou, autrement dit, quel compromis devra être recherché entre santé biologique et santé psychique, entre sécurité collective et libertés individuelles.
La commission permanente de la CRSA, réunie (en visio) le 9 février s'est jointe à cette saisine.

1-7 la situation épidémique en BFC :

1- Tendance générale :l'amorce d'un rebond

La stabilité de l'incidence (environ 160/100 000 habitants) constatée sur la fin février coïncide avec une baisse du nombre de tests. Le taux de positivité (7%) est en hausse, témoignant de l'amorce d'un rebond.
Le taux de circulation du variant anglais a doublé en une semaine : 31% des cas positifs (semaine du 15 au 21). Il affecte plus particulièrement la Nièvre (50%) et le Doubs (43%) .
Le nombre de personnes hospitalisées pour covid a décru depuis le début du mois alors que le nombre de patients hospitalisés en « soins critiques »(réa -SI) reste encore situé aux alentours de 150.

2- Données hospitalières

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

	1° oct.	1° nov.	1°déc.	1° janv.	1° fév.	27 fev
Nb de patients hospitalisés	116 (-4)	973 (+59)	1719 (-25)	1856 (+16)	1824 (+31)	1 369
Nouveaux hospit. dernières 24h	8	97	103	121	126 (+86)	30
Nb de patients en réa	30 (+2)	124 (+5)	235 (+5)	182 (+3)	167 (+5)	146
Nouveaux patients réa dernières 24h	3	13	21	17	18	7
Nb décès hôpital cumulés depuis le 1° mars	1085 (+2)	1219 (+11)	1948 (+21)	2620 (+27)	3360 (+32)	3760

Pic des personnes hospitalisées :1 824 (1/02), en réa :167 (1/02), décès : 33 (2/02)

Le nombre moyen quotidien de décès du 1° au 27 février a été proche de 15 (22 en décembre et janvier)
Aux 3760 décès hospitaliers il faut ajouter 2182 décès survenus dans les établissements médico-sociaux (EHPAD)soit un total de 5 942 (sur 86 332 au niveau national) .

3- Situation par départements le 27/02:

(source Santé Publique France-Geodes)

	Vaccins 1° dose (1)	Nb. Personnes positives à J-3	Taux d'incidence(2)	Nb. hospitalisés	Nb. hosp. réa	Décès hospitaliers
21	28 896	96	131,5	233	30	760
25	27 234	174	187,6	165	41	403
39	19 291	60	225,3	130	5	402
58	14 531	42	180,4	155	6	195
70	10 046	58	183,5	92	18	210
71	29 571	135	147,7	353	20	900
89	15 511	85	167,1	177	13	386
90	9 301	12	69,2	64	13	504
BFC	154 381	662	160	1 369	146	3 760
France	2,91 millions	23 840	221,4	24 989	3 453	61 450

(1) A la date du 26/02 . le nb total de 2° doses était de 94 242
(2) Sur la semaine glissante du 18 au 24

2- Renouvellement des CRSA :

Les CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie)ont été créées par la loi HPST du 21 juillet 2009, se substituant aux conférences régionales de santé (CRS), au comité régional de l'organisation sanitaire (CROS) et au comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS) .
« La durée du mandat des membres de la CRSA est de cinq ans, renouvelable une fois » (art D 1432-44 CSP). Il a été porté de 4 à 5 ans par le décret du 11-12-2019. Les CRSA en exercice ayant été installées en 2016 (le 24 juin en BFC) doivent donc être renouvelées en 2021.

1- Le calendrier prévu

La conférence nationale de santé (CNS) a demandé « que le renouvellement des CRSA se fasse dans le respect du calendrier réglementaire, malgré la situation de crise sanitaire » (avis du 20 janvier 2021).
En BFC, la dernière séance plénière devrait, selon le calendrier prévu, se tenir le 15 juin à Besançon, elle sera l'occasion de dresser le bilan de la mandature.
L'installation de la nouvelle CRSA devrait intervenir en septembre. Auparavant sera déroulée la procédure de désignation des nouveaux membres, à partir de la publication du décret attendu.

2- Les réformes attendues par les CRSA :

Le renouvellement des CRSA est l'occasion de reconsidérer leurs missions et leur fonctionnement. Il y a les réformes qui sont attendues, celles qui sont annoncées, et celles qui viendront.
La CRSA BFC avait fait connaitre ses attentes et propositions dans le cadre de la concertation du Ségur (ateliers du 18 juin 2020).

En octobre dernier, à l'initiative des CRSA de Bretagne et d'Ile de France et à l'occasion des 10 ans des CRSA, l'ensemble de leurs membres (titulaires et suppléants) ont été invités à faire connaitre leurs avis et propositions. La CRSA BFC a bien sûr apporté sa contribution à laquelle l'ARUCAH et France Assos santé BFC ont pris une part active.
De son côté la conférence nationale de santé (CNS)a fait part de ses attentes dans son avis du 23 juin intitulé « contribution de la CNS au Ségur de la Santé – pour un renforcement de la démocratie en santé » , et en particuliers ses attentes aux niveaux : régional (dont les CRSA), territorial (dont les CTS) et local.

3- Les réformes annoncées du Ségur de la santé :

La mesure 32 du Ségur de la Santé annonçait l'ambition de « renforcer les missions et l'indépendance des CRSA afin d'en faire de véritables « parlements de santé » et proposait 3 pistes d'action :

- renforcer leur autonomie en les dotant de moyens de travail et d'organisation en propre,
- revoir le décret relatif à leurs missions, leur organisation et leur gestion, afin d'étendre leur capacité de consultation et mieux les articuler avec les autres instances de la démocratie sanitaire dans les territoires,
- inscrire dans les textes relatifs le principe de la consultation des CRSA, aux décisions prises pendant les périodes de crises sanitaires.

4- Les réformes supposées :

A quelques semaines seulement du renouvellement, nous ne connaissons pas encore le profil des nouvelles CRSA : aucun texte n'est paru. Il ne s'agira pas d'une loi puisqu'en dépit des intentions affichées, les principes fondamentaux de la démocratie en santé au niveau territorial ne sont pas remis en cause. Il s'agira d'un simple décret dont le projet navigue encore entres différentes instances.

Des informations qui ont pu « filtrer » les modifications pourraient porter sur les points suivants:

- la limitation à 3 du nombre de renouvellements des mandats (mesure sans effet pour ce renouvellement)

- *composition :*
  - ✓ représentation des CTS au sein des CRSA : elle existe déjà mais dans des conditions qui ne permettent pas la représentation de tous les CTS (4 sur 8 en BFC), Désormais le président de chaque CTS (ou son représentant) siégera à la CRSA.
  - ✓ le collège 7 sera complété par 2 représentants des CPTS et 2 représentants des DAC (dispositifs d'appui à la coordination qui remplacent les PTA (plateformes territoriales d'appui),
  - ✓ le ministère de la Défense déjà présent à la CRSA sera représenté à la CSOS,
  - ✓ le collège 8 sera complété d'un représentant de la MSA avec voix consultative,

  Pour mémoire, rappelons (cf lettren°26-octobre 2020) que la CRSA compte actuellement 109 titulaires dont 16 pour les représentants des usagers et 214 suppléants répartis entre 8 collèges et 41 sous-colléges.

- *renforcement du rôle de la CRSA :*
  - ✓ au début de chaque mandature, le président de la CRSA présentera au DG de l'ARS un programme de travail assorti d'une évaluation des moyens souhaités pour le mener à bien,
  - ✓ la commission spécialisée médico-sociale donnera un avis sur la politique de réduction des inégalités de santé dans la région
  - ✓ la CRSA sera associée aux travaux d'évaluation du PRS,
  - ✓ elle sera obligatoirement consultée en cas de crise sanitaire,

- *meilleure information de la CRSA*
  - ✓ chaque trimestre le DG de l'ARS présentera à la CRSA les suites données à ses avis en précisant les motifs des décisions prises,
  - ✓ une fois par an le DG de l'ARS informera la CRSA : des orientations stratégiques, du bilan d'utilisation du FIR, des grandes orientations des politiques d'investissement et de formation.

  Ce décret devrait également prévoir de nouvelles articulations entre CRSA et CTS (ceux-ci seront renouvelés en 2022), avec possibilité de saisine réciproque.
  Nous sommes donc loin du « parlement régional de santé » annoncé par le Ségur, qui était, sinon un abus de langage, du moins un effet d'annonce.

3- Renouvellement des assemblées des URPS

Le scrutin pour le renouvellement des assemblées des unions régionales des professionnels de santé (URPS) aura lieu du 31 mars au 7 avril. C'est une excellente occasion pour les mieux connaitre.

1- Historique :

Les URPS ont été créées par la loi HPST (hôpital, patient, santé et territoire) du 21 juillet 2009 (connue aussi sous le nom de loi Bachelot), modifiée sur ce point par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (loi Touraine). Ces dispositions sont codifiées sous les articles L 4031-1 à7 du code de la santé publique (CSP).
Pour les médecins elles ont pris la suite des unions régionales des médecins libéraux (URML) créées par une loi de 1993.

2- Ne pas confondre avec … :

Les URPS ne doivent pas être confondues avec :

- *Les ordres professionnels :*
  Ce sont des organismes de droit privé, assurant une mission de service public de régulation des professions concernées (déontologie, discipline…)
  - ✓ Le conseil national de l'ordre des médecins a été créé par une ordonnance du 24 septembre 1945, avec pour mission de veiller au respect de l'éthique médicale. Les membres sont élus par les médecins inscrits au tableau. Le premier code de déontologie a été publié en 1947.
  - ✓ Les conseils de l'ordre des autres professions médicales (dentistes, sages-femmes-pharmaciens) et para médicales (infirmier, masseur kiné, pédicures podologues) sont plus récents.
- *Les syndicats professionnels :*
  Comme toutes les professions, les professions médicales et paramédicales ont constitué des syndicats. Entre autres rôles, ils représentent les diverses professions dans la négociation des conventions avec l'assurance maladie. Ainsi la convention médicale de 2016 a-t-elle été signée par les syndicats suivants: MG, FMF,SML, CSMF, « Le Bloc ».

3- Statut :

Les URPS sont des associations (loi 1901) regroupant les seuls professionnels libéraux. Leurs statuts sont conformes à des statuts-types fixés par décret en Conseil d'Etat. Elles ont leur siège dans la commune siège de l'ARS sauf décision contraire de l'assemblée. Celle-ci élit un bureau dont au minimum un président, un secrétaire et un trésorier.

4- Missions :

Les URPS ont pour principales missions de :

- contribuer à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional :
  A ce titre elles participent notamment:

- ✓ à la préparation et à la mise en œuvre du projet régional de santé (PRS),
- ✓ à l'analyse des besoins de santé et de l'offre de soins, en vue notamment de l'élaboration du schéma régional de santé (SRS),
- ✓ à l'organisation de l'exercice professionnel, notamment en ce qui concerne la permanence des soins (PDS), la continuité des soins et les nouveaux modes d'exercice,
- ✓ à des actions dans le domaine des soins, de la prévention, de la veille sanitaire, de la gestion des crises sanitaires, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique,
- ✓ à la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les réseaux de santé, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé, ou des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins,
- ✓ au déploiement et à l'utilisation des systèmes de communication et d'information partagés ,
- ✓ à la mise en œuvre du développement professionnel continu (DPC).

- assurer dans le cadre de contrats conclus avec l'ARS des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de celle-ci,
- assumer les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales.

5- Financement :

Le financement des URPS est essentiellement assuré par la contribution aux URPS **(CURPS),** perçue par l'URSSAF, versée (en mai) à titre obligatoire par chaque adhérent, calculée annuellement sur la base du revenu d'activité retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sur la base des taux suivants : 0,50% pour les médecins, 0,30% pour les dentistes, pharmaciens et directeurs de laboratoires, 0 ,10% pour les autres (infirmiers , kiné …)
Le montant de la contribution ne pouvait excéder 206 € pour 2020, soit 0,50 % du montant de la valeur annuelle du plafond de la Sécurité Sociale en vigueur au 1er janvier de chaque année.
Les URPS peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers.
Le budget, les comptes annuels et le rapport de la commission sont communiqués au DG de l'ARS.

6- Désignation

Il existe 2 modes de désignation :

- ***Par élection*** lorsque les effectifs des professionnels sont supérieurs à 20 000. C'est le cas pour les 6 URPS suivantes : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, et orthophonistes.
  L'URPS médecins comprend 2 collèges : les généralistes, et les spécialistes au lieu de 3 jusqu'à présent (généralistes, chirurgiens-anesthésistes-obstétriciens et autres spécialistes).
  Le nombre de membres à élire est fonction de l'effectif régional de la profession (ex : pour les médecins : de 10 à 60).
  Il s'agit d'un scrutin de listes, présentées par les organisations syndicales de la profession, à la proportionnelle et à la plus forte moyenne. La campagne électorale a commencé le 17 février. Pour la première fois cette année le vote aura lieu par voie électronique, les frais d'organisation étant à la charge des URPS. En BFC les nombres de listes et de sièges sont les suivants :

	Méd géné	Méd spéc	Chir dentistes	Pharm.	Inf.	Masseurs Kiné-	orthopho
Nb listes	5	4	3	2	3	4	1
Nb sièges	15	15	9	9	15	12	11

- ***Par désignation*** pour les autres, par les organisations syndicales de la profession, reconnues représentatives au niveau national en fonction du nombre de cotisants,. Ils sont nommés par arrêté des DG des ARS.

Dans les 2 cas , la durée du mandat de 5 ans, renouvelable. Le 1° mandat a déjà été prorogé par un décret du 23 décembre 2019.

4- Le conseil de surveillance des ARS : représentation des usagers

Les ARS sont des établissements publics à caractère administratif placés sous la tutelle du ministre des Solidarités et de la Santé. Elles sont dotées d'un conseil de surveillance, présidé par le représentant de l'Etat dans la région (donc le Préfet de région ou la personne qu'il désigne),

1- Composition du conseil de surveillance

Le conseil de surveillance, est composé de :

- 3 représentants de l'Etat,
- 9 membres des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort
- 4 ou 5 représentants des collectivités territoriales du ressort de l'agence,
- 3 représentants d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le collège de la CRSA réunissant les associations œuvrant dans les domaines de compétences de l'agence régionale de santé,
- 4 personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'agence.

Chaque membre titulaire dispose de 1 ou 2 suppléants en fonction de la catégorie.

2- Compétences :

Le conseil de surveillance :

- approuve le budget et le budget annexe de l'agence, sur proposition du directeur général, ainsi que le compte financier,
- émet un avis sur le projet régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.

Chaque année, le DG de l'ARS lui transmet :

- un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'ARS,
- un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.

3- Durée du mandat et renouvellement dérogatoire des représentants des usagers :

Les représentants de l'Etat, des associations de patients, personnes âgées et handicapées, et les personnes qualifiées sont nommés pour 4 ans.

Le mandat des membres du conseil de surveillance est renouvelable sans limite, à l'exception du mandat des représentants des associations et des personnes qualifiées qui n'est renouvelable qu'une fois.

Les mandats des représentants des usagers sont arrivés à leur terme le 31 décembre 2020, mais le ministère ayant omis (au motif de crise sanitaire) de prendre les dispositions pour leur renouvellement, a décidé par décret (15 février JO du 16) de confier à titre dérogatoire, leur désignation au président de la CRSA, à charge pour celui-ci de transmettre au ministère les noms dans un délai de 10 jours (soit avant le 26 février). Le mandat de ces représentants sera d'un an.

En BFC , Mr.Bruno Herry, président de la CRSA a choisi, de proposer aux représentants en exercice de proroger leur mandat d'an. Il s'agit de:

Nom	Tit-Sup	catégories	associations
Odile Jeunet	T	Patients	ARUCAH BFC
Nadia Sech	S	Patients	AFD
Robert yvray	S	Patients	AFD
Guy Coulon	T	P.Handicapées	APEI
Serge Jentzer	S	P.Handicapées	ADSEA 58
Josette Harstrich	T	P. Agées	Génération mouv 71
Jacqueline Michel	S	P. Agées	UTR CFDT 90
J.Claude Beauchemin	S	P. Agées	UTR CFDT 89

La crise justifie tout et l'état d'urgence permet tout.

5- Les oubliés du Ségur : réparation d'une injustice :

L'accord salarial signé le 13 juillet 2020 dans le cadre du Ségur de la Santé, a institué un complément de traitement indiciaire(CTI) de 183€ nets par mois pour les personnels des établissements publics de santé (EPS) et EHPAD publics, qui est devenu effectif au 1° décembre 2020, bénéficiant à 1,5 million d'agents.

1- Les 180 000 oubliés :

Cet accord ne concernait pas les personnels des établissements et services médico-sociaux rattachés à des EPS, relevant cependant du statut de la fonction publique hospitalière (FPH), à savoir les personnels, qui pour la plupart accompagnent des personnes handicapées ou en perte d'autonomie dans les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile), FAM (foyers d'accueil spécialisé), MAS (maisons d'accueil spécialisé) IME (instituts médico-éducatifs) etc….Cette situation avait fait l'objet de nombreuses manifestations (y compris en BFC), et des conseils de surveillance avaient apporté leur soutien à ces professionnels.
Ainsi, au sein d'un même établissement, des salariés d'un même corps professionnel (ex : une infirmière), ayant le même statut (celui de la FHP) recevaient une rémunération différente en fonction de leur service d'affectation (l'infirmière de la MAS étant moins rémunérée que sa collègue en service de soins ou en EHPAD).
Le protocole d'accord signé le 11 février par le ministère, la FHF et les organisations syndicales (CFDT, FO, UNSA) (la CGT et Sud n'avaient pas signé l'accord initial), vient réparer cette injustice
Le cout de cette mesure est évalué à 83 millions d'euro par an à la charge de l'assurance maladie.

2- *Mais ce n'est qu'une 1° étape :*

Cette mesure doit encore faire l'objet d'un décret ; elle prendra effet au 1° juin. Il s'agit d'un dispositif transitoire en attendant que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 (qui sera publiée fin 2021) lui donne un effet rétroactif.
Par ailleurs les discussions doivent se poursuivre pour étendre ce même dispositif aux établissements autonomes, du champ du handicap et du champ médico-social à but non lucratif (environ 20 000 professionnels).
Dans un communiqué du 11 février, la FHF exprime sa satisfaction et appelle de ses vœux la 2° étape.

6- En Bourgogne Franche Comté :

6-1 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- *Clinique du Parc -Autun*

La clinique du Parc à Autun (groupe Dracy Santé) a reçu l'autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR)polyvalents en hospitalisation complète, pour une unité de 24 lits.
Cette autorisation intervient dans le cadre d'une coopération public -privé avec le CH d'Autun avec pour objectif de compléter l'offre proposée par celui-ci, de conforter l'offre de soins de suite sur le territoire (suite au changement de lieu d'implantation du CMPR Mardor de Couches à Chalon) et de moderniser l'offre de soins sur le territoire.

2- *Regroupement de PUI dans le Jura:*

Nous avons déjà cité le cas du regroupement de pharmacies à usage intérieur (PUI) au niveau du GHT centre Franche Comté . En voici un nouvel exemple dans le Jura. Il aura fallu 6 décisions différentes pour concentrer les PUI des établissements membres du GHT « Jura » .

- Centre hospitalier intercommunal du Pays de Revermont (CHIPR) : les PUI des sites d'Arbois et de Poligny sont supprimées et regroupées au sein d'une PUI unique sur le site de Salins les Bains .
  Il s'agit d'une situation temporaire dans l'attente, d'ici l'été 2021 du dépôt d'un dossier de fusion des autorisations en vue de la création d'une PUI unique commune aux établissements du GHT « Jura »,
- CHI Jura Sud (Lons le Saunier) : la PUI de cet établissement est autorisée à desservir les sites de Lons le Saunier, Champagnole, Orgelet, Arinthod, St Julien sur Suran, dépendant tous du CHI, et de disposer d'un site annexe au CH de St Claude,
- CH Louis Jaillon de St Claude : la PUI de cet établissement est supprimée, et remplacée par une annexe de la PUI du CHI jura Sud,
- CH Léon Bérard de Morez (Hauts de Bienne : nouvelle commune) : la PUI de cet établissement est supprimée, il sera approvisionné par l'annexe de St Claude de la PUI du CHI Jura Sud.

Pourquoi de telles concentrations ? On peut espérer qu'il ne s'agit pas uniquement d'un motif économique puisque déjà les établissements pivots des GHT concentrent la fonction achat (y compris des médicaments). Cette « uniformisation » peut parfois contrarier les spécificités des établissements, en ce qui concerne en particulier les dispositifs médicaux.

6-2 Les capacités en lits de « soins critiques » en BFC :

La crise que nous traversons a mis en lumière la capacité des établissements de santé à recevoir des patients dans des lits de réanimation, pour en déplorer l'insuffisance ou en vanter l'augmentation. Mais de quoi parle-t-on exactement ? Les médias ont mis sous cette appellation d'autres modes de prise en charge, que l'on pourrait regrouper sous le terme de soins « critiques » ou de soins « complexes » pour les différencier des soins hospitaliers ordinaires.

D'un point de vue juridique il existe toute une gamme de soins selon leur degré de criticité, dont les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement font l'objet d'une réglementation abondante et complexe.

1- *La réanimation :*

- *Définition :*

« Les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance ».
On distingue la réanimation adulte (médicale, médico-chirurgicale ou chirurgicale,) pédiatrique, et pédiatrique spécialisée (néonatale)

- *Conditions techniques de fonctionnement:*

Elles sont nombreuses, concernant : les personnels (effectifs et compétences), l'architecture et l'organisation des locaux (zones différentiées, circuits), les équipements du service, le plateau technique de l'établissements (imagerie, biologie…), et l'organisation interne (permanence médicale 24h/24 ..)

Une unité de réanimation comporte au minimum 8 lits.

Du seul point de vue du personnel celui-ci doit être au minimum de 2 infirmier(e)s pour cinq patients et d'un(e) aide-soignant(e) pour quatre patients, soit pour un service de10 lits : 24 infirmièr(e)s et15 AS .

2- Les soins intensifs (SI) :

- *Définition :*

Les soins intensifs sont destinés aux « patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une défaillance aiguë de l'organe concerné par la spécialité au titre de laquelle ils sont traités mettant directement en jeu à court terme leur pronostic vital et impliquant le recours à une méthode de suppléance ».

On peut donc distinguer des unités de SI par organes .

- *Conditions de fonctionnement :*

Une unité de SI doit être « en mesure d'assurer la mise en œuvre prolongée de techniques spécifiques, l'utilisation de dispositifs médicaux spécialisés ainsi qu'une permanence médicale et paramédicale permettant l'accueil des patients et leur prise en charge 2'h/24, tous les jours de l'année ».

Seules les unités de SI de cardiologie (USIC) font l'objet de conditions techniques spécifiques.

(ex : au moins 6 lits, 1 infirmière et 1 AS pour 4 patients le jour…)

3- La surveillance continue (SC)

- *Définition :*

La surveillance continue a pour objet de « prendre en charge des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique ».

- *Conditions de fonctionnement:*

La SC peut exister dans un établissement ne disposant ni de réanimation, ni de soins intensifs. On distingue les SC pédiatriques. Les unités de SC ne font l'objet d'aucune condition particulière de fonctionnement.

4- Situation en BFC

- *En nombre de lits fin 2019*

Les données qui suivent sont celles au 31-12-2019 issues du dernier recensement 2019 de la DREES (ministère), qui les a extraites de la statistique annuelle des établissements (SAE)

	Réanimation (1)		Soins intensifs (2)		Surv. Continue (1)	
	lits	Etab (3)	lits	Etab (3)	lits	Etab(3)
BFC	203	10	321	15	374	39
France	5 433	323	5 954	354	8 217	766

(1) Adultes et enfants
(2) Y compris soins intensifs de cardiologie (USIC) t neurovasculaires (UNV)
(3) Etablissements géographiques

Départ.	Réa	SI	SC
21	63	95	100
25	43	131	104
39	6	9	13
58	12	18	18
70	12	12	25
71	26	22	65
89	18	14	35
90	23	20	14
BFC	203	321 (1)	374

(1) Dont USIC 131, UNV : 39, autres : 151

- *Ce que prévoit le SRS 2018 – 2023 :*
  Le schéma régional de santé (SRS) 2018-2023 consacre de longs développements (13 pages) à ces 3 types de prise en charge.
  Cependant seule l'activité de réanimation, soumise à autorisation fait l'objet de prévisions non pas en nombre de lits mais en implantations (sites) par zones de planification (il existe 10 zones correspondant aux GHT). Il ne prévoit aucune modification par rapport à la situation antérieure :
  - réanimation adulte : 1 site par zone (établissements supports des GHT)
  - réanimation pédiatrique : 1 en Côte d'Or , de 0 à 1 en centre FC (les 2 CHU)

  Les activités de SI et de SC ne sont pas soumises à autorisation, mais font l'objet d'une reconnaissance contractuelle entre l'établissement et l'ARS. La SC correspond à 46 implantations (dont 3 pédiatriques), et les SI (hors cardio et neurologie)) à 6 implantations.

6-3 France Asssos Santé BFC : l'annuaire inter associatif est en ligne :

C'est chose faite , l'annuaire inter associatif des 60 associations agréées pour représenter les usagers du système de santé, fédérées au sein de France Assos Santé (FAS) BFC est en ligne :

https://annuaire.france-assos-sante-bfc.fr/

Cet annuaire grand public, atteste de la volonté régionale de promouvoir les associations membres à travers la richesse de leurs activités, leurs compétences et savoirs faire, pour l'accompagnement de leurs adhérents et des usagers.
Cet annuaire est accessible à 3 niveaux :

- Niveau 1, accès tous publics,
- Niveau 2, accès réservé aux associations, au moyen d'un code, permettant à chaque association d'actualiser sa fiche,
- Niveau 3, accès réservé à l'URAASS

Il constitue un véritable outil de communication permettant d'augmenter la visibilité des associations et la connaissance du monde associatif.

Pour toute question concernant le fonctionnement de l'annuaire, contacter Elodie HONG-VAN - ehongvan@france-assos-sante.org

6-4 Contrats locaux de santé mentale : le compte est bon !

Nous avons déjà évoqué dans d'autres « Lettres » les projets locaux de santé mentale (PTSM) et leur aboutissement normal : les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) que l'on doit trouver dans chaque département.

Aujourd'hui , les 8 départements de BFC en sont dotés, les 2 derniers CTSM ont été signés dans le nord Franche Comté (qui englobe partie du Doubs et partie de la Haute Saône) le 26 novembre et dans le Jura le 1° décembre.

- ***Pour le Jura :***

On notera les orientations suivantes :

- Pour les enfants et adolescents :
  - ✓ le renforcement de la maison des adolescents avec différentes antennes afin de couvrir l'ensemble du territoire,
  - ✓ le partenariat avec le conseil départemental pour renforcer l'offre des assistants familiaux, et avec l'Education Nationale (assistantes sociales).
- Pour les adultes il s'agira de coordonner les réponses pour le maintien à domicile des personnes en souffrance psychique autonomes ou accompagnées, de favoriser l'expertise et les bilans neuropsychiatriques pour des personnes confrontées à ce type de pathologies et à des problématiques addictives ou encore de développer les équipes mobiles…

- ***Pour le Nord Franche Comté :***

  A défaut de pouvoir être exhaustif, on pourra regarder avec intérêt (https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/PTSM-trois-illustrations-NFC) les 3 illustrations vidéo du PTSM Nord-Franche-Comté, réalisées par l'Association Hospitalière de Bourgogne-Franche-Comté (AHBF) sur :

- l'équipe mobile sanitaire et médico-sociale pour les adolescents au CHS de Bavilliers (90),
- l'unité intersectorielle de réhabilitation psychosociale au centre de psychiatrie générale d'Héricourt (70),
- les consultations mémoire au CHS Pierre Engel de Bavilliers (90)

6-5 Deux nouvelles CPTS en Côte d'Or :

Nous avons déjà évoqué la création des CPTS de la Nièvre et du Haut Doubs, Deux nouvelles CPTS viennent d'être officialisées, en décembre, en Côte d'Or, par l'ARS et la CPAM

- ***La CPTS 21-52 :***

  Elle regroupe 133 professionnels de santé et concerne 37 000 habitants en Côte-d'Or (pays Seine-et-Tilles et Val de Saône Vingeanne) et en Haute-Marne (pays de Langres)
- ***La CPTS « Pays d'Or » :***

  Elle regroupe 343 professionnels de santé et concerne 84 000 habitants du Val de Saône et d'une partie de la Vingeanne, des Hautes Côtes de Nuits et du sud de Dijon métropole.

En dépit de nos demandes , nous n'avons pu obtenir de plus amples informations : structure juridique, missions contractuelles, moyens financiers, participation des représentants des usagers… .

6-6 Une Franc-Comtoise au conseil scientifique de la covid :

4 nouveaux membres viennent (décret du 16 février)d'être nommés au conseil scientifique, en plus des 12 membres déjà en place, parmi lesquels Mme Catherine Chirouze professeure d'infectiologie et cheffe de service au CHRU de Besançon. Les 3 autres sont : pédopsychiatre, gériatre et …vétérinaire.

6-7 Le « zonage » des sages-femmes :

En application de la loi du 26 janvier 2016 de « modernisation de notre système de santé », un décret du 25 avril 2017 a défini les « conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante, ou par des difficultés dans l'accès aux soins (zones sous-denses)ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé (zones sur-denses) ».

Cette démarche couramment désignée sous le terme de « zonage » vise à réduire les inégalités en matière de santé en favorisant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, par des aides financières incitatives intervenant dans le cadre conventionnel entre l'assurance maladie et les professions.
Elle consiste à classer les « territoires de vie-santé »(TVS) selon la densité de professionnels de santé. Elle concerne : les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), les chirurgiens-dentistes, les orthophonistes, les masseurs kinésithérapeutes, les orthophonistes et les sages-femmes.

Le zonage est défini par un arrêté du DG de l'ARS après concertation avec les représentants de la profession concernée (les URPS) et après avis de la CRSA. A noter que les conseils territoriaux de santé (CTS) qui sont pourtant les instances les plus proches de la population ne sont pas consultés.
EN BFC le zonage des sages-femmes est le dernier à avoir été défini.

Repères sur la périnatalité en BFC :
Sources : Insee Analyse BFC n° 48 janvier 2019 -Statis 2017
A la mi 2018 , la BFC comptait :
- 19 maternités :
  - 5 de type 1 (unité d'obstétrique ou de gynécologie indifférenciée)
  - 5 de type 2A (type1+unité de néonatologie sans soins intensifs)
  - 7 de type 2 B (type2A+soins intensifs de néonatologie),
  - 2 de type 3 (type 2B+ réanimation néonatale) : les 2 CHU
- 12 centres périnataux de proximité (CPP), créés après les fermetures de maternité.

Comment sont déterminées les zones ?
Par décision du 4 aout 2020, le DG de l'ARS a défini le zonage des sages-femmes libérales, après avis de l'URPS et de la CRSA (ou plutôt de sa commission permanente).
Comme les autres zonages , il est établi par bassins de vie et repose sur une méthodologie nationale définie en 2019, qui s'appuie sur un « indicateur d'accessibilité potentielle » (APL) : nombre d'ETP accessibles pour 100 000 habitants.
Cinq catégories de zones ont été identifiées : très sous-dotées, sous-dotées, intermédiaires, très dotées, et sur dotées

Les dispositifs d'incitation financière :
Par décisions du même jour, le DG de l'ARS a fixé les 3 nouveaux contrats incitatifs prévus par l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes :
- *le contrat d'aide à la première installation des sages-femmes (CAPISF),*
- *le contrat d'aide à l'installation des sages-femmes (CAISF),*
- *le contrat d'aide au maintien d'activité des sages-femmes (CAMSF)*

Contrats	Durée minimale	Zones	*Conditions d'activité*	*Montant*	Nb de contrats signés au 1/02
CAPISF	5 ans	Très sous-dotée Sous-dotée	- 2 à 3 jours/ semaine -Assurer la continuité	38 000€ versés sur 5 ans	3 Doubs :2 Hte Saône :1
CAISF	5 ans	Très sous-dotée Sous-dotée	-2 à 3 jours/ semaine -Assurer la continuité	28 000€ versés sur 5 ans	1(Doubs)
CAMSF	3 ans	Très sous-dotée Sous-dotée	5% honoraires moyens en France	3 000€ par an	7 Doubs :5 Jura 1 , Nièvre1

6-8 La vie de nos territoires, de nos établissements et de nos associations

1- Hôpitaux :

- ***Emplois de direction vacants :***
  - CHU de Dijon - CH d'Auxonne, Is-sur-Tille et EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze : emploi de directeur (trice) général(e) adjoint(e) (DGA). Profil recherché : cadre de haut niveau fonctionnaire, ou agent contractuel, avec une expérience minimale de six années d'activités professionnelles diversifiées en tant que cadre supérieur sur des fonctions de direction, d'encadrement ou d'expertise et ayant une excellente connaissance des politiques de santé.
  - Hospices civils de Beaune et EHPAD de Bligny-sur- Ouche : emploi de directeur (trice) des soins, coordonnateur (trice) générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
  - CH de Nevers, Château-Chinon, Lormes, Cosne, Decize, La-Charité-sur-Loire, centre de soins et de longue durée de Luzy et centre de long séjour de Saint- Pierre-le-Moûtier (Nièvre) : DA délégué du CLS de Saint-Pierre-le-Moûtier et du CSLD de Luzy;
  - CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, Autun, Chagny, La-Guiche-sur-Mont-Saint- Vincent, Toulon-sur-Arroux et EHPAD d'Epinac et Couches : DA chargé des services médico- sociaux des CH de Montceau-les-Mines et La Guiche en lien avec la direction commune et localement avec la filière gériatrique.
  - CHS de Sevrey et EHPAD du Creusot et de Montcenis : DA chargé de la filière gériatrique et directeur délégué des EHPAD du Creusot et de Montcenis
  - HNFC (Trévenans) et CH de soins longue durée de Bavilliers (Territoire de Belfort) : DA chargé des EHPAD et de la filière gériatrique.
  - EHPAD de Saint-Benin-d'Azy (Nièvre) : directeur (trice)

- ***Emplois de directions mouvements :***
  - CHU de Dijon : Mme Bénédicte Motte quitte ses fonctions de directrice générale adjointe qu'elle occupait depuis septembre 2018, pour rejoindre, le 1° Mars, l'ARS de Nouvelle Aquitaine en qualité de déléguée départementale de la Gironde. Elle était vice-présidente du groupement régional d'appui au développement de l'e-santé (Grades) de Bourgogne Franche-Comté et administratrice du groupement de coopération sanitaire (GCS) de stérilisation du territoire dijonnais.
    Nous lui souhaitons bonne réussite dans ses nouvelles fonctions.
  - EHPAD d'Audincourt :
    Mr Pascal Mathis , directeur de l'hôpital nord franche Comté (HNFC) a été désigné pour assurer l'intérim de la direction de l'EHPAD d'Audincourt, puisqu'alors assuré par Mme Del Campo directrice du CH de Baume les Dames.
  - CH de Baume les Dames-EHPAD de Rougemont
    Mme Mireille Pacaud Tricot , directrice adjointe du CHRU de Besançon a été désignée pour assurer l'intérim de la direction du CH de Baume les Dames et de l'EHPAD de Rougemont.
  - EHPAD d'Ancy le Franc et Ravières :
    Mme Sophie Labart directrice adjointe déléguée de la direction commune des CH de Auxerre, Avallon, Tonnerre et Clamecy, directrice déléguée du CH de Tonnerre a été désignée pour assurer l'intérim de la direction des EHPAD d'Ancy le Franc et Ravières.

2- Hôpital du Creusot : reprise de l'activité d'oncologie :

En octobre 2020, l'hôpital privé du Creusot (groupe SOS) a été contraint de cesser son activité de chimiothérapie (Cf n° 27 nov. 2020) du fait d'un désaccord financier avec la clinique Ste Marie (Ramsay) de Chalons/Saône, concernant la fourniture des médicaments de chimiothérapie.

L'hôpital du Creusot vient de conclure un accord de coopération en oncologie, avec la clinique Bénigne Joly (Mutualité Française) de Dijon.
La prise en charge des patients en consultation et cures de chimiothérapie sera assurée par l'hôpital du Creusot alors que les hospitalisations complètes seront du ressort de la clinique. La PUI de celle-ci fournira au premier les « poches » nécessaires aux chimiothérapies. En 2019 l'hôpital du Creusot avait suivi 152 patients en oncologie et réalisé 1 747 séances de chimiothérapie.
Ce nouvel accord est dans l'intérêt de la population de ce bassin de vie.

3- Clinique du Jura : non certification

La HAS a rejeté le recours présenté par la Clinique du Jura (C2S) de Lons le Saunier contre la décision de surseoir à statuer sur la certification (niveau D).
La HAS avait motivé sa décision en raison d'une réserve sur le parcours patients et de 2 recommandations concernant le dossier patient et la prise en charge médicamenteuse du patient, qui ont été maintenues dans le rapport de certification publié en février.
L'établissement fera l'objet d'une visite de suivi sur la réserve dans un délai de 2 mois .

4- Réseau des urgences de BFC (RUBFC):

Le RUBFC (GCS) a transféré l'adresse de son siège à Chalons / Saône (1 rue de la Grange Frangy). Il demeure 2 lieux de travail : l'un à la même adresse que le siège, l'autre à Besançon (La City 3 avenue Louise Michel). Rappelons que l'administrateur de ce GCS est Mr Pascal Mathis, directeur de l'hôpital Nord FC .

5- EHPAD « Terres de Diane » St Rémy (71)

Apres avoir été alertée durant l'été 2020 de faits de maltraitance au sein de l'EHPAD « Terres de Diane » (180 résidents et 175 agents), géré par le CH de Chalons sur Saône, la direction de cet établissement a diligenté une enquête interne, au terme de laquelle 3 agents ont été démis de leurs fonctions et 2 suspendus temporairement (1 autre ayant démissionné).
Les familles ont été informées de cette décision ainsi que le Conseil de Vie Sociale (CVS).

7 Publications et bibliographies

1- « Putain de covid »

Ce n'est pas un écart de langage, même s'il pourrait se comprendre, mais c'est le titre d'un ouvrage paru en septembre dernier chez Hachette (14,95 €).
Ce n'est tout à fait une BD mais l'ouvrage de 2 médecins qui se cachent sous les pseudonymes de Védécé (pour VDC : vie de carabin), pour celui qui tient le crayon, et de « l'interne de garde » pour celui qui tient la plume.
Il s'agit du témoignage au jour le jour, de ces 2 médecins, pendant 35 jours (du 16 mars au 19 avril), de l'intérieur de l'hôpital.
Beaucoup de peur, d'incompréhension, de colère mais aussi beaucoup d'humour et d'humanité.

2- « Qui veut la peau de nos généralistes ? »

Dr Jean Paul Hamon et Daniel Rosenweg- Albin Michel-novembre 2020-226 pages- 16,90 €.
J.P Hamon est médecin généraliste à Clamart , président d'honneur et porte-parole de la fédération des médecins de France (FMC). On a pu le voir à plusieurs reprises sur les plateaux de télévision, s'exprimer sur la gestion cde la crise. Daniel Rosenweg est journaliste .
C'est un réquisitoire contre tous ceux qui « dégradent depuis 30 ans la qualité de prise en charge du patient, notamment par des méthodes qui visent à réduire le rôle du médecin, bradent la sécurité des données et font tout pour décourager les vocations ».
Tous coupables : les ARS, la CNAM, les complémentaires santé, les groupes financiers, les ministres de la santé, les technocrates etc.. alors « comment sauver le soldat médecin libéral, ?».
C'est la question posée au dernier chapitre.

3- « De la démocratie en pandémie »

Barbara Stiegler – collection tracts- Gallimard-Janvier 2021 -54 pages- 3,90€

L'auteure est professeure de philosophie politique à l'université de Bordeaux-Montaigne, responsable du master « soins, éthique et santé », membre du comité d'éthique du CHU de Bordeaux.

Il s'agit en fait d'un ouvrage collectif, co-écrit avec des enseignants, chercheurs, soignants et étudiants.

Emboitant le pas à Richard Horton, rédacteur en chef de la prestigieuse revue internationale Lancet qui considère que la covid 19 n'est pas une épidémie mais plutôt une « sydémie » c'est-à-dire une maladie causée par les inégalités sociales et par la crise écologique au sens large, et à travers l'observation des 3 actes du drame (confinement, déconfinement et reconfinement),les auteurs mettent en lumière l'irrationalité et l'incohérence de certaines décisions sur lesquelles aucune évaluation n'est proposée.

La peur comme seul moteur et unique justification des renoncements démocratiques exigés : ainsi se détricote une vie collective dont l'humanisme est retoqué comme un idéal désormais dangereux.

Dès lors, point de salut face au Covid-19 sans un radical changement de modèle économique, social et politique, sous peine de voir ce type d'« accidents sanitaires » se multiplier en échappant à toute parade efficace.

4- Les Origami de l'ORS BFC :

L'ORS BFC publie toujours chaque mois ses « Origami ». Il s'agit, pour chaque sujet choisi, généralement en lien avec l'actualité, de courtes synthèses, faciles à lire (infographies) avec des éléments régionaux, nationaux et internationaux, des références bibliographiques et aux études consacrées au sujet. Il est possible de s'abonner sur le site de l'ORS pour recevoir gratuitement les Origami

Voici les derniers parus :

- ✓ *Handicap et vieillissement (n°33- déc. 2020)*
- ✓ *Environnement sonore (n°34 janvier)*
- ✓ *Inégalités sociales de santé (n°35 février)*

8 Agenda

En dehors de quelques webinaires les événements sont rares sinon inexistants

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