

Santé – sobriété :

Ce sont deux mots qui vont bien ensemble, souvent associés dans des messages de prévention. Dans les années 60 les affiches de la campagne du haut comité d'études et d'information sur l'alcoolisme indiquaient : « santé – sobriété : jamais plus d'un litre de vin par jour »(sic !) ou « santé sobriété -jeunesse ».

De la sobriété consentie...

Les messages actuels nous invitent à cesser de fumer, et à consommer avec modération les aliments gras, salés, sucrés...

Plus proche de nous et dépassant le seul domaine des addictions ou de la « mal-bouffe », la Tribune du 24 août 2022 titrait : « la sobriété va nous permettre de vivre en meilleure santé », reprenant l'opinion de dix dirigeants d'entreprises et organisations du monde de la santé qui proposaient de « sortir des réponses court-termistes sur les enjeux sanitaires et écologiques pour les repenser ensemble, en faisant de la sobriété un accélérateur de transformation au service du bien-être de tous ». Ils ajoutaient : « à l'heure où la sobriété s'impose comme une priorité nationale, il *est naturel de mettre en lien cet enjeu avec une composante essentielle de nos vies : la santé* ».

Ces recommandations sont toutes inspirées de l'adage latin *In medio stat virtus* et du précepte d'Aristote « *L'excès est une faute* ».

La sobriété ainsi présentée fait appel à la raison et à la volonté individuelle de chacun pour préserver sa santé.

...au rationnement:

Le 7 octobre, le président de la République a présenté un plan de sobriété énergétique destiné à baisser la consommation de 10 % pour passer l'hiver. Dans un climat de pénurie énergétique annoncée, différents ministres ont repris ce thème décrétant la fin de l'abondance. Régulièrement les courbes de consommation d'électricité et de gaz seront présentées, nous rappelant la litanie des courbes et chiffres, de contaminations ou d'hospitalisations, égrenés chaque jeudi pendant la crise sanitaire.

Il s'agit donc d'une sobriété de crise qui s'impose à tous.

Crise de l'énergie certes, mais dans le contexte de tension que traverse le système de santé, la sobriété dans la consommation de soins ne risque-t-elle pas de s'imposer à nous ?

Ne sommes-nous pas contraints d'user des urgences hospitalières avec modération, de consommer moins d'amoxicilline (le principal antibiotique prescrit aux enfants) et d'autres médicaments, parmi les plus anciens, en situation de pénurie, de renoncer à certains soins en raison du manque de médecins généralistes, de dentistes, de psychiatres, du défaut de permanence de soins ambulatoires (PDSA) etc...

La situation de l'hôpital, qui ne s'est jamais relevé de la crise sanitaire à laquelle il a pourtant su faire face, en permanence sur le fil du rasoir, n'est pas faite pour nous rassurer, surtout à l'approche des fêtes de fin d'année et avec la reprise possible d'épidémies (grippe, covid). En résumé, une sobriété dans le recours aux soins, s'impose à nous : situation inédite à ce jour et dangereuse pour notre santé.

1- Echos – Covid :

Depuis la mi-novembre alors que nous connaissons une sévère épidémie de bronchiolite, et que la grippe fait son apparition, le Covid semble repartir à la hausse, permettant d'évoquer une 9^e vague, sans toutefois atteindre le niveau des vagues précédentes.

1- *Nouvelle menace ?*

Dans son communiqué du 25 novembre, l'ARS titrait : « l'épidémie repart à la hausse : faire son rappel vaccinal sans délai ».

En BFC, le 24 novembre, le taux d'incidence était revenu à 433 pour 100 000 habitants (contre 200 en début de mois). Il était encore de 753 le 10 octobre au pic de la 8^e vague.

Le taux de positivité des tests est en progression dans tous les départements : de 24 à 29%, (25,1% en moyenne). La pression hospitalière reste élevée : le 25 novembre, 864 patients étaient hospitalisés dont 63 en soins critiques (versus 473 et 36 pour diagnostic principal Covid).

Le covid continue à faire mourir : le 28 novembre, on dénombrait 7 014 décès hospitaliers depuis mars 2020 (dont 124 du 1^{er} au 28 novembre) auxquels s'ajoutent 2 533 décès dans les établissements médico sociaux (total : 9 547).

En dépit de cette recrudescence, la vaccination marque le pas. « Il n'y a que 20 % de la population concernée qui soit totalement à jour, des rappels de vaccination contre la Covid » (déclaration d'Olivier Véran le 29/11).

2- *Vaccin : over dose*

Le journal l'Humanité, repris par Marianne et le Canard Enchaîné, indiquait récemment que « la France a dû, en toute discrétion, détruire 4 millions de doses de Moderna » en octobre, ce qui représente un montant de 75 à 80 millions d'euros.

Le 7 novembre il y avait encore 40,2 millions de doses (Moderna, Pfizer et un peu de Janssen) en stock sans compter les nouveaux vaccins bivalents adaptés aux variants Omicron. Pour ces derniers la France dispose d'environ 15 millions de doses et en attend 16 millions d'ici la fin de l'année.

Il faut rappeler que les états membres de l'Europe ont délégué à celle-ci l'achat des vaccins et qu'il n'est possible ni de réajuster les contrats en cours, ni de moduler le rythme de livraison.

Ajoutons que le vaccin Sanofi (qui n'utilise pas la méthode ARN messenger) vient d'être autorisé par les autorités européennes, qui en ont commandé 70 millions de doses dont 19,9 pour la France.

Cette situation se présente alors que la vaccination reste encore modeste : sur la première semaine de novembre, 23 000 doses ont été administrées

Quant à faire bénéficier les pays pauvres de ces doses avant qu'elles ne périssent, à travers le programme Covax, il est déjà trop tard ou ce n'est pas envisagé.

Mais la France n'est pas le seul pays dans cette situation : le 19 octobre la Suisse annonçait la destruction de 9 millions de doses et un sort identique pour 5 autres millions d'ici le mois de février.

3- *Effets collatéraux :*

Saisie de 3 plaintes dont celles du conseil départemental et du conseil national de l'Ordre des Médecins, la chambre disciplinaire de l'Ordre des Médecins de Bourgogne Franche Comté a

prononcé, le 4 novembre, une interdiction d'exercer la médecine pendant 18 mois dont 9 avec sursis, à l'encontre du Dr. Houpert médecin radiologue à Dijon, par ailleurs sénateur de Côte d'Or.

Il lui est fait grief d'avoir signé et relayé sur Twitter le manifeste « laissons-les prescrire », défendant un traitement à base de miel, de vitamine D et d'hydroxychloroquine, et d'être apparu dans le documentaire complotiste "Hold Up", dans lequel il invitait « *tous les médecins à se rebeller* ».

La chambre disciplinaire a dénoncé une « *attitude quasi irresponsable* », qui ne pouvait « *que rajouter à la confusion médiatique de l'époque* » et « *décrédibiliser fortement les actions entreprises par les autorités sanitaires dans le cadre de la lutte contre une pandémie planétaire* ». Le médecin dispose d'un délai de 30 jours pour faire appel.

A titre de comparaison le médecin urgentiste de la clinique de Prades qui se faisait remplacer par un médecin non autorisé à exercer la médecine en France a été suspendu (en appel), suite au décès d'une patiente, pour une durée de 1 an.

2- Le comité social d'établissement :

Les représentants des usagers dans les établissements publics de santé connaissent l'existence des principales instances consultatives : le directoire (qui conseille le directeur), la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE), et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), les commissions administratives paritaires locales (CAPL) (il existe des commissions administratives paritaires départementales - CAPD), la commission des soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques (CSIRMT) pour ne citer que les plus connues.

Le CTE et le CHSCT vont disparaître au début 2023 pour faire la place au comité social d'établissement (CSE) dont les membres seront élus le 8 décembre prochain.

C'est donc l'occasion de faire le point sur cette nouvelle instance.

1- Base législative et réglementaire :

L'article 4 de la loi du 6 août 2019 de « transformation de la fonction publique » prévoit la création dans chaque établissement public de santé, d'un comité social d'établissement (CSE) dotés de compétences consultatives.

L'ordonnance du 24 novembre 2021 « portant partie législative du code général de la fonction publique » reprend cette réforme.

Enfin les conditions de mise en place de ce CSE relèvent du décret du 3 décembre 2021 (JO du 5-89 articles et 18 pages) et seront applicables au prochain renouvellement général des instances représentatives des personnels.

2- Les établissements concernés :

Doivent disposer d'un CSE tous les établissements publics qui emploient du personnel relevant du statut de la fonction publique hospitalière (FHP) à savoir :

- les établissements publics de santé
- les établissements sociaux et les établissements médico-sociaux publics,
- les groupements de coopération sanitaire (GCS) de moyens de droit public. Si leur effectif est inférieur à 50 agents, ils peuvent décider de se rattacher au CSE de l'un des établissements publics membre du groupement.

3-La composition du CSE :

Le nombre de représentants titulaires du personnel est compris entre 3 et 15 en fonction des effectifs des agents relevant du CSE.

En dessous de 50 agents l'effectif est 3 représentants, de 50 à 99 : 4, de 100 à 199 : 6 ...de 1 000 à 1 999 :12, et au-delà il est de 15.

Le CSE comprend autant de représentants suppléants que de représentants titulaires.

Pour le calcul des effectifs, sont pris en compte :

- les fonctionnaires titulaires en activité, en congé parental, accueillis en détachement ou mis à la disposition de l'établissement,
- les fonctionnaires stagiaires en position d'activité ou de congé parental,
- les agents contractuels de droit public et de droit privé exerçant leurs fonctions au sein de l'établissement ou bien en congé rémunéré ou en congé parental,
- les agents mis à disposition des organisations syndicales,
- les agents mis à disposition ou détachés auprès d'un GIP ou d'une autorité publique indépendante.

L'effectif retenu, comprenant les parts respectives de femmes et d'hommes, est apprécié au 1er janvier de l'année de l'élection des représentants du personnel.

4-Les modalités de désignation des membres :

Les représentants du personnel au CSE sont élus au scrutin de liste, à la représentation proportionnelle.

Par dérogation, il est recouru au « vote sur sigle » pour la désignation des représentants du personnel dans les établissements de moins de cinquante agents.

Lorsqu'aucune candidature de liste ou de sigle n'est présentée par les organisations syndicales, il est procédé à un tirage au sort parmi les électeurs.

Sont électeurs les agents pris en compte dans l'effectif qui sert de base à déterminer le nombre de sièges à pourvoir.

Sont éligibles les agents remplissant les conditions requises pour être inscrits sur la liste électorale.

Ne peuvent être élus :

- les agents en congé de longue maladie, de longue durée ou de grave maladie,
- les agents qui ont été frappés d'une rétrogradation ou d'une exclusion temporaire de fonctions de seize jours à deux ans, à moins qu'ils n'aient été amnistiés,
- les agents frappés d'une des incapacités énoncées par le code électoral.

La durée du mandat est de quatre ans ; il est renouvelable.

5-Les compétences du CSE :

Les compétences du CSE reprennent quasiment celles de l'ancien CTE.

Les domaines de compétences définis par la loi sont repris dans l'article L 6144-3 du code de la santé publique qui prévoit que le CSE connaît des questions relatives :

- 1° aux orientations stratégiques de l'établissement et à celles inscrivant l'établissement dans l'offre de soins au sein de son territoire,
- 2° à l'accessibilité des services et à la qualité des services rendus,
- 3° à l'organisation interne de l'établissement,
- 4° aux orientations stratégiques sur les politiques de ressources humaines,
- 5° aux enjeux et aux politiques d'égalité professionnelle et de lutte contre les discriminations,
- 6° aux lignes directrices de gestion en matière de promotion et valorisation des parcours professionnels. Leur mise en œuvre fait l'objet d'un bilan, sur la base des décisions individuelles, présenté au comité social,
- 7° à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes,

- 8° aux autres questions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Nous sommes donc allé voir ce que prévoit ce décret (celui du 3 /12/2021) qui n'est pas repris dans la partie réglementaire du code de la santé publique.

On notera le poids des mots : il « débat », il est « consulté » ou il est « informé » qui laisse imaginer, pour la rédaction de ce texte, les négociations entre les organisations syndicales et le ministère .

- *Le CSE débat chaque année sur :*

- ✓ la programmation des travaux de l'instance,
- ✓ l'évolution des politiques des ressources humaines lors de la présentation du rapport social unique (RSU) qui remplace l'ancien bilan social. Il rassemble « les éléments et données à partir desquels sont établies les lignes directrices de gestion déterminant la stratégie pluriannuelle de pilotage des ressources humaines dans chaque administration, collectivité territoriale et établissement public ».

- *Le CSE est consulté sur :*

- ✓ le règlement intérieur de l'établissement,
- ✓ le plan de redressement « demandé » par le DG de l'ARS,
- ✓ le plan global de financement pluriannuelle (PGFP),
- ✓ l'accessibilité des services et la qualité des services rendus à l'exception de la qualité des soins et des questions qui relèvent de la compétence de la CME, de la commission des usagers, et de la CSIRMT,
- ✓ l'organisation interne de l'établissement,
- ✓ les projets de réorganisation de services,
- ✓ la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) et la politique générale de formation du personnel, y compris le plan de formation,
- ✓ les projets de délibération du conseil de surveillance,
- ✓ les projets d'aménagements importants modifiant les conditions de santé, de sécurité et les conditions de travail lorsqu'ils s'intègrent dans le cadre d'un projet de réorganisation de service,
- ✓ les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants.

- *Le CSE est informé chaque année sur :*

- ✓ la situation budgétaire de l'établissement,
- ✓ le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM),
- ✓ le budget (EPRD),
- ✓ les décisions concernant les coopérations.

6-Le fonctionnement du CSE :

Le CSE est présidé par le directeur.

Il élit parmi ses membres titulaires un secrétaire et un secrétaire suppléant et fixe la durée de leurs mandats.

Il se réunit au moins une fois par trimestre, sur convocation du président, à son initiative, ou dans le délai maximum d'un mois, sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires.

Le président peut décider qu'une réunion sera organisée par conférence audiovisuelle ou téléphonique, sous réserve de garanties citées par le texte.

Les suppléants, lorsqu'ils ne suppléent pas un membre titulaire, peuvent assister aux séances dans la limite d'un représentant par organisation syndicale au sein de laquelle ils exercent leur suppléance, sans pouvoir prendre part aux débats.

La convocation est envoyée accompagnée de l'ordre du jour, fixé par le président, après consultation du secrétaire qui peut proposer l'inscription de points particuliers.

Le président, à son initiative, ou à la demande de membres titulaires, peut inviter des personnes qualifiées en fonction au sein de l'établissement afin qu'elles soient entendues sur un point inscrit à l'ordre du jour.

Un agent, désigné par le directeur d'établissement, assiste aux réunions et en assure le secrétariat administratif.

Après chaque réunion, il est établi un procès-verbal comprenant le compte rendu des débats et le détail des votes. Il est signé par le président et par le secrétaire, transmis dans le délai d'un mois aux membres, et soumis à approbation lors de la séance suivante.

Le président arrête, après avis du comité, le règlement intérieur. Il peut prévoir une commission dédiée à la formation professionnelle ainsi que des dispositions plus favorables pour ce qui est de la présence et de la participation des membres suppléants au sein des instances.

7-La formation spécialisée en matière de santé , de sécurité et de conditions de travail :

Dire que le CSE remplace le CTE et le CHSCT serait trop simple !

En effet, la loi, l'ordonnance et le décret précités prévoient qu'une formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail

- est obligatoirement instituée au sein du CSE dans les établissements et GCS dont les effectifs sont au moins égaux au seuil de 200 agents,
- peut être instituée dans les établissements et GCS de moins de 200 agents lorsque des risques professionnels particuliers le justifient.

Cette même formation peut être créée par site lorsque des risques particuliers le justifient. Elle est créée par le directeur ou l'administrateur du GCS.

Composition :

Le nombre de représentants du personnel titulaires dans la formation spécialisée d'un CSE est égal au nombre de représentants du personnel titulaires dans le CSE. Elle comprend également des représentants des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes. Elle est présidée par le président du CSE (le directeur).

Assistent à ses séances avec voix consultatives : les médecins du travail et les représentants de l'administration en charge des dossiers concernés.

Attributions :

Globalement cette commission a des attributions et des prérogatives nombreuses et complexes, que l'on ne peut développer ici. On peut les retrouver dans le décret du 3 décembre 2021.

La « frontière » entre les compétences du CSE et celles de la formation sont floues et complexes, comme « du temps » du CTE et du CHSCT.

D'une façon générale la formation exerce les compétences relatives « à la protection de la santé physique et mentale, à l'hygiène, à la sécurité des agents dans leur travail, à l'organisation du travail, au télétravail, aux enjeux liés à la déconnexion et aux dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, à l'amélioration des conditions de travail et aux prescriptions légales y afférentes »,

Nous ne citerons ci-après que quelques une de ses attributions.

La formation est consultée pour avis sur:

- les projets d'aménagement importants modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail (y compris l'organisation et le temps de travail), sauf lorsque ces projets s'intègrent dans une réorganisation de service qui est examiné directement par le CSE,

- les projets importants d'introduction de nouvelles technologies susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé et la sécurité des agents,
- les plans définissant des mesures d'urgences,
- les mesures prises pour faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Chaque année, le directeur lui soumet pour avis :

- un rapport faisant le bilan de la situation générale de la santé, de la sécurité et des conditions de travail et des actions menées,
- un programme de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail établi à partir de l'analyse contenue dans le rapport social unique.

Elle est associée au suivi et à la mise à jour du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Elle examine le rapport annuel établi par le médecin du travail et elle a accès aux informations relatives à la santé, la sécurité et aux conditions de travail contenues dans le rapport social unique (RSU).

Les membres de la formation spécialisée :

- ont accès au registre du travail placé sous la responsabilité du directeur,
- procèdent à intervalles réguliers, à la visite des services,

La formation spécialisée est réunie, dans les plus brefs délais, à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves.

8 – les élections du 8 décembre :

Le 8 décembre sera une date importante pour le dialogue social au sein du secteur public puisque se dérouleront les élections professionnelles dans les 3 fonctions publiques : Etat (FPE), collectivités territoriales et hospitalière (FPH)

Pour la FHP , il s'agira pour les personnels de désigner leurs représentants dans les instances suivantes :

- le comité social d'établissement: nouvelle instance unique de dialogue social,
- les commissions administratives paritaires (CAP) avec un rôle recentré sur les décisions individuelles défavorables aux agents, (décret n° 2022-857 du 7 juin 2022)
- les commissions consultatives paritaires (CCP), consultées pour les questions d'ordre individuel concernant les personnels contractuels.

Les règles concernant ces élections sont d'une grande complexité qui mobilisent depuis des mois les DRH et les responsables syndicaux. Pour leur venir en aide, l'ARS a désigné, au sein de son département ressources humaines, trois « correspondants élections », et créé une adresse courriel.

3- Débat sur la fin de vie : où en sommes-nous ?

1- La Convention citoyenne :

Annoncée le 13 septembre par le Président de la République, la convention citoyenne sur la fin de vie se met en place.

- *La question :*

Elle devra répondre à la question (qui a donné lieu à de longs débats) : « le cadre de l'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux différentes situations rencontrées ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits? ».

- *La méthode :*

Son organisation a été confiée au Conseil économique, social et environnemental (CESE).

Après l'installation du Comité de Gouvernance, présidé par Claire Thoury, le tirage au sort des 150 citoyennes et citoyens qui formeront la convention a été lancé le 31 octobre.

La société Harris Interactive, institut d'études et de sondages, a été mandatée pour réaliser le tirage au sort à partir de numéros de téléphone générés de façon aléatoire (85 % de portables et 15 % de fixes) et procéder à des appels téléphoniques afin d'identifier 150 citoyens volontaires représentatifs de la diversité de la société française.

Les 6 critères de sélection sont les suivants : le sexe, l'âge (6 tranches à partir de 18 ans), les typologies d'aires urbaines (grands pôles, couronnes suburbaines, milieu rural), la région d'origine en fonction du poids démographique, le niveau de diplôme, la catégorie professionnelle (ouvriers, employés, cadres).

Une attention particulière sera portée aux publics les plus précaires et aux ultramarins, dont le recrutement peut s'avérer plus difficile.

- *Le calendrier :*

Le tirage au sort devrait s'achever au début du mois de décembre, avant l'installation de la convention les 9, 10 et 11 décembre, au CESE. Elle se réunira à 9 reprises entre décembre et mars, avant de remettre ses conclusions au Gouvernement fin mars 2023.

- *Les appels à manifestation d'intérêt : (AMI)*

Pour répondre à son objectif d'ouverture et de transparence, la convention citoyenne sera accessible aux milieux universitaires en permettant à des chercheurs et étudiants d'observer les travaux des citoyens tirés au sort.

A cette fin, deux AMI ont été lancés : l'un pour les chercheurs, l'autre pour les étudiants (master 1 et 2 avec un professeur). Les candidats retenus par le comité de gouvernance ont été informés le 30 novembre.

2- En parallèle à la convention citoyenne :

Parallèlement à la convention, 3 groupes de travail ont été créés :

- un groupe de parlementaires piloté par Mme Agnès Firmin Le Bodo (ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale, et des professions de santé) et à Olivier Véran (porte-parole du gouvernement et ministre délégué chargé du renouveau démocratique), composé de députés et sénateurs issus des différents groupes, sauf celui des Républicains qui ne souhaite pas participer.

Il s'est déjà réuni deux fois pour étudier l'avis 139 du CCNE « Questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité » du 13 septembre. Il prévoit de visiter un centre de soins palliatifs et de se déplacer à l'étranger (Belgique, Suisse , Espagne , Italie),

- un groupe de soignants, dont des aides-soignants, piloté par les deux ministres. Il s'est déjà réuni une fois,
- un groupe d'usagers, qui n'est pas encore constitué (est-ce si difficile ?)

Ces 3 groupes devraient avoir l'occasion de travailler ensemble.

On notera le rôle majeur de Mme Firmin Le Bodo dans ces travaux . Elle sera présente à la CRSA spéciale du 12 décembre à Besançon, dans le cadre du CNR Santé. Députée de Seine Maritime, elle a soutenu la proposition de loi d'Olivier Falorni visant à instaurer une fin de vie « libre et choisie », examinée en avril 2021 à l'Assemblée Nationale.

3- Les principaux enjeux :

La volonté du président de la République est que 3 thèmes soient abordés au cours de ces travaux : la liberté de choisir sa fin de vie, l'accélération de soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie.

Des enjeux majeurs sont également identifiés : l'égalité d'accès aux soins palliatifs, la formation des médecins et des professionnels notamment en EHPAD, et l'information des citoyens sur les soins palliatifs.

4- Travaux sur les soins palliatifs

Toujours en parallèle, des travaux sont menés sur les soins palliatifs :

- Erik Orsenna (écrivain et académicien) est chargé de construire un glossaire des termes liés à la fin de vie,
- Mme Fadila Khattabi députée de Côte d'Or et présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée, a confié à la Cours des Comptes, une mission d'évaluation de la loi Claeys -Léonetti de 2016,
- Des travaux pour la révision de la circulaire de 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs sont engagés en partenariat avec les acteurs des soins palliatifs.

5- Quelle issue à ces travaux ?

L'ensemble de ces travaux (de la convention et des groupes) devrait être remis au Président de la République qui prendra sa décision de soumettre ou non sa proposition au parlement. Mme Firmin Le Bodo indiquait le 24 Novembre que « rien n'est acquis » en ce qui concerne une évolution législative

6- Les webinaires de l'ERE BFC :

Compte tenu de l'importance de ce sujet de société, des débats ne manqueront d'être organisés sur le territoire, en population générale. Ce sera le cas en BFC à l'initiative de l'Espace de Réflexion Ethique (ERE) BFC.

Après un premier webinaire qui s'est déroulé le 24 novembre : « la fin de vie parlons-en » l'ERE BFC en organise 2 autres :

- Le 6 décembre : « Je peux dire aujourd'hui ce que je veux pour demain », en ligne, de 18 à 19h avec la participation de :
 - ✓ Elisabeth BATIT, praticien hospitalier, unité de soins palliatifs, CHU de Besançon,
 - ✓ Christophe DEVAUX, praticien hospitalier, unité de soins palliatifs, La Mirandière, CHU de Dijon,
 - ✓ Aurélie GENG, coordinatrice de l'EREBFC,
 - ✓ Sandra FRACHE, pédiatre responsable de l'équipe ressource régionale soins palliatifs pédiatriques du CHU de Besançon, co-directrice de l'EREBFC
- Le 16 janvier 2023 : « Et si on parlait des décisions de limitation et d'arrêt de traitements en fin de vie », en ligne, de 18 à 19h, avec la participation de :
 - ✓ Jean Pierre Quenot chef du service de médecine intensive-réanimation au CHU de Dijon et co-directeur de l'EREBFC,
 - ✓ Jean-Philippe RIGAUD, chef du service de médecine intensive-réanimation au CH de Dieppe et président du conseil d'orientation de l'espace de réflexion éthique Normandie (EREN)
 - ✓ Olivier LESIEUR, praticien hospitalier en réanimation au CH de La Rochelle et secrétaire de la commission d'éthique, de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF).

Pour s'inscrire : <http://www.erebfc.fr/agenda/webinaire-erebfc/159>

4- La e-prescription :

Depuis l'apparition (non pas l'intrusion) sans cesse grandissante du numérique en santé, tout est « télé quelque chose » ou « e-quelque chose ». Dans le cadre de la e-santé, nous connaissons

e-ticss, la e-carte vitale (en expérimentation), voici maintenant la e-prescription que l'on devrait connaître plus tard sous l'appellation d'ordonnance numérique.

Le fondement législatif et réglementaire:

Dans son chapitre III « déployer pleinement la télémédecine et le télésoin » la loi d'organisation et de transformation du système de santé (OTSS article 55) du 24 juillet 2019, a autorisé le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance « toute mesure relevant du domaine de la loi relative à la prescription et à la dispensation de soins, produits ou prestations, notamment ceux ayant vocation à être pris en charge par l'assurance maladie ».

C'est ce qu'a fait l'ordonnance du 18 novembre 2020 « portant mise en œuvre de la prescription électronique » (JO du 19), créant les articles L 4 071-1 et suivants du code de la santé publique .

Elle prévoit que :

- les professionnels de santé autorisés à prescrire... « établissent de manière dématérialisée et transmettent par l'intermédiaire des téléservices les prescriptions de soins, produits ou prestations »,
- « les prescripteurs et les professionnels de santé qui exécutent les prescriptions utilisent les téléservices mis à leur disposition par la CNAM et utilisables, le cas échéant, avec un logiciel d'aide à la prescription ou d'aide à la dispensation certifié »,
- ces dispositions « ne sont pas applicables aux prescriptions qui sont à la fois établies et exécutées au sein des établissements de santé »,
- la CNAM assure la conception et la mise en œuvre des traitements de données nécessaires à la dématérialisation des prescriptions,
- ces dispositions entreront en vigueur « au plus tard le 31 décembre 2024, en tenant compte des professions concernées, de leurs conditions d'exercice, ainsi que des catégories de soins, produits ou prestations prescrites ».

Elle annonce qu'un décret fixera :

- les conditions de mise en œuvre des traitements de données, leurs destinataires, ainsi que les conditions d'utilisation des téléservices en tenant compte des modes d'exercice des professionnels de santé,
- les cas dans lesquels, notamment en l'absence d'environnement informatique adéquat ou de connexion internet suffisante, les professionnels de santé ne sont pas tenus de procéder à une prescription dématérialisée,
- les modalités selon lesquelles le patient est informé de la possibilité de s'opposer à l'accès du prescripteur aux données du traitement relatives aux modalités d'exécution des prescriptions,
- les modalités selon lesquelles la mise en œuvre de la prescription électronique donne lieu à la remise au patient d'une ordonnance papier.

Il n'a pas encore été publié.

Bien qu'elle ne constitue pas un document réglementaire, on pourrait aussi mentionner la feuille de route « accélérer le virage numérique en santé » (avril 2019), qui cite, parmi les services numériques socles, « le développement de la **e-prescription** pour simplifier et sécuriser le circuit de transmission de l'ordonnance depuis la prescription jusqu'à la dispensation par le pharmacien ».

Comment ça marche ?

Ce dispositif s'appuie sur une base de données sécurisée, hébergée en France, (« base e-prescription ») dont l'accès est réservé aux seuls professionnels de santé identifiés par leur carte professionnelle (CPS) dans leur logiciel d'aide à la prescription.

Les médecins doivent disposer d'un logiciel intégrant un logiciel d'aide à la prescription (LAP) pour les prescriptions de médicaments, et bénéficier de la mise à jour de leur logiciel métier intégrant le module e-prescription.

Les pharmaciens doivent également disposer d'un logiciel intégrant le module e-prescription et du matériel pouvant lire le QR code de l'ordonnance numérique.

Un QR Code est en effet apposé sur l'ordonnance, qui véhicule l'identifiant unique de la prescription permettant l'échange de données entre prescripteur et prescrit.

En pratique :

- pendant la consultation rien ne change : le médecin rédige la prescription à partir de son logiciel d'aide à la prescription (compatible e-prescription), il l'imprime, la signe, et la remet au patient qui peut aussi la retrouver dans « mon espace santé » auquel elle a été transmise.

A noter que le médecin doit informer le patient et obtenir son accord pour l'autoriser à consulter ultérieurement les données d'exécution et de délivrance.

- à l'officine : le patient présente son ordonnance papier au pharmacien de son choix, qui, s'il est équipé, la lit par le QR code puis l'exécute et l'enregistre dans la base.

On remarquera que l'on ne parle que de la prescription de médicaments, voire de dispositifs médicaux, mais pas encore de la prescription d'actes et d'examen (biologie, kiné, infirmier, imagerie...), ce qui devrait venir plus tard.

Quel est son intérêt ?

Il est à chercher du côté de l'utilisateur, du professionnel (prescripteur et exécutant de la prescription) et de l'assurance maladie.

En cherchant bien on peut penser que cela facilitera la facturation et la prise en charge par l'assurance maladie, sécurisera le circuit de transmission et réduira le risque de fausses ordonnances. On peut aussi trouver un intérêt de la transmission de l'ordonnance à « mon espace santé », ce qui évitera au patient un souci de classement.

A noter que l'ordonnance dématérialisée n'a pas d'effet sur le remboursement

L'expérimentation :

Une expérimentation de prescription dématérialisée est menée depuis 2019 dans le Maine-et-Loire, la Saône-et-Loire et le Val-de-Marne. Elle semble encore balbutiante : en Saône et Loire 26 généralistes et 36 pharmaciens sont concernés.

La nouvelle convention pharmaceutique, signée en mars et publiée en avril, comporte une rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) intégrant différentes mesures numériques, dont la bascule vers l'e-prescription.

On peut néanmoins imaginer, qu'un jour, la e-prescription sera généralisée et il faudra veiller, à ce moment-là, que subsiste l'ordonnance papier à laquelle de nombreux patients restent attachés.

5- Veille législative et réglementaire :

Dans l'actualité réglementaire du mois de novembre, nous avons pu relever les textes suivants :

1- Parcours de prévention de l'obésité infantile

Un décret du 31 octobre (JO du 01/11) « relatif aux conditions de mise en œuvre du parcours de prévention de l'obésité infantile par les centres et maisons de santé », précise ces conditions, communes aux deux types de structures, pour les enfants de 3 à 12 ans.

Ce parcours est « composé d'un panier de soins, soumis à prescription médicale, qui comprend un bilan d'activité physique, ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues salariés ou prestataires des centres et maisons de santé ».

Les bilans et actes réalisés dans le cadre de ce panier de soins donnent lieu à un versement forfaitaire déterminé par arrêté ministériel et versé par l'assurance maladie. Ils sont réalisés dans des conditions et modalités conformes à un cahier des charges fixé par arrêté.

2- MDPH simplification en vue :

Une expérimentation d'une version 2 du formulaire CERFA n° 15692 de demande auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) est lancée dans 3 départements (aucun de BFC) (JO du 3/11).

Elle fera l'objet d'une évaluation au cours du premier semestre 2023. Connaissant la complexité des dossiers MDPH on ne peut qu'espérer qu'elle sera positive et généralisée à l'ensemble des départements.

3- IVG expérimentation sage femmes :

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, avait prévu une expérimentation portant sur l'exercice des IVG instrumentales en établissements de santé par des sage-femmes, et un décret du 30 décembre 2021 en avait fixé les conditions.

Le JO du 4 novembre publie la liste des établissements candidats, retenus pour participer à cette expérimentation. Ils sont 17 dont 9 de l'APHP et de la région parisienne (aucun en BFC).

4- Ambulanciers : actes professionnels :

Un décret du 22 avril 2022 a fixé la liste des actes professionnels pouvant être accomplis par des ambulanciers dans le cadre de l'aide médicale urgente (article R 6311-17 du CSP) après formation.

Ces actes peuvent être accomplis sous la responsabilité du médecin régulateur ou du médecin de l'équipe d'intervention.

Le JO du 6/11 fixe les conditions de la formation à la pratique de ces actes : sa durée est de 21 heures et elle doit être dispensée par un CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence) ou un IFU (institut de formation des ambulanciers).

En seront dispensés les ambulanciers ayant obtenu leur diplôme à compter du 1er janvier 2023.

5- Suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux :

Le cahier des charges (56 pages) de l'expérimentation de suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux a été modifié (JO du 9/11).

Cette expérimentation lancée en novembre 2020 consiste à mettre en place, pour ces patients, un circuit pluriprofessionnel ville-hôpital, comportant plusieurs interventions : primo prescription, accompagnement éducatif, primo-dispensation, délivrance du traitement et télé-suivi, organisé en 3 séquences.

L'un des objectifs est « la baisse de la consommation des soins et des biens médicaux liés aux complications ».

6- Etudiants en santé -formation au numérique :

Un arrêté du 10 novembre (JO du 11) « relatif à la formation socle au numérique en santé des étudiants en santé » fixe les objectifs de celle-ci et publie un référentiel des compétences et connaissances. Cette formation a pour objectif :

- d'appréhender les enjeux liés à la santé numérique, d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour travailler dans un contexte de digitalisation de l'exercice professionnel et d'accompagner la transformation du système de soins par le numérique,
- de favoriser l'interprofessionnalité et l'interdisciplinarité,
- d'intégrer le numérique en santé dans l'exercice des professionnels de santé.

Elle est organisée dans les 5 domaines suivants :

- Les données de santé (6h),
- la cybersécurité en santé (5h),
- la communication en santé (5 h),
- les outils numériques en santé (6h),
- la télésanté (6h).

Ces dispositions sont « applicables aux étudiants et alternants entrant en formation à compter de la rentrée universitaire 2024. Toutefois, dès la rentrée universitaire de 2022, les établissements de formation peuvent délivrer la formation au numérique en santé à l'ensemble des étudiants et alternants en cours de formation ».

Cette formation qui paraît indispensable à l'heure où le numérique envahit la santé (la e-santé !) nécessitera la modification des maquettes d'enseignement déjà bien chargées.

Le même souci ne devrait-il pas exister en ce qui concerne l'enseignement des sciences humaines ?

7- Un nouveau DG au CHU de Nancy :

Mr Arnaud Vanneste polytechnicien, ancien conseiller au cabinet d'Olivier Véran est nommé directeur général du CHU de Nancy. Toujours pas de nouvelle de la nomination du DG du CHU de Besançon.

8- Dotation FIR 2022 :

La dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional (FIR) est fixée à 4 778 815 700 euros pour 2022 (JO 16/11)

9- Financement de l'UNAF :

Comme chaque l'Etat perpétue le privilège originel de l'UNAF et des UDAF

Le fonds spécial destiné au financement des unions d'associations familiales au titre de l'année 2022 est réparti ainsi qu'il suit :

- une 1° part de 23 088 718,65 € (22,6M€ en 2021), qui, majorée de produits financiers, sera partagée entre :
 - ✓ l'UNAF pour 6 926 719,52 €,
 - ✓ les UDAF pour 16 162 345,54 € dont 1 062 175 € reviendront aux 8 UDAF de BFC (soit une moyenne de 132 771€)
- une 2° part de 6 231 847,03 €

10- Dépistage néonatal :

Un arrêté du 9 novembre (JO 17/11) précise l'organisation du « programme national de dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale ». Il ajoute 7 dépistages à ceux qui avaient été prévus à l'origine de ce programme en 2018.

Rappelons que « la réalisation du dépistage néonatal est proposée à titre gratuit pour tous les nouveau-nés », et que « le programme de dépistage néonatal est mis en œuvre dans chaque région par le centre régional de dépistage néonatal (CRDN) dont les missions sont définies par un cahier des charges ».

Pour la BFC le CRDN a été rattaché au CHU de Dijon. Il se substitue aux 2 associations qui depuis 1972 assuraient le dépistage de 5 pathologies:

- en Bourgogne : l'ABDEMME (association bourguignonne de dépistage et d'études des maladies métaboliques chez l'enfant), présidée le Pr. Frédéric Huet
- en Franche Comté : l'ARDEMME (Association Régionale pour le Dépistage et l'Etude des Maladies Métaboliques de l'Enfant en Franche Comté).

11- Handicap : services de pré-orientation et de réadaptation :

Un arrêté du 17 novembre (JO 19) apporte des précisions sur les modalités d'exercice des missions, ainsi que sur l'organisation et le fonctionnement des établissements et services de pré-orientation et de réadaptation professionnelle, en particulier pour ce qui concerne les évaluations professionnelles à la demande d'un employeur public ou privé, ainsi que sur les relations de ces établissements et services avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Ces services sont particulièrement utiles aux MDPH dans leur mission d'inclusion des personnes handicapées.

12- Expérimentation « paiement en équipe de professionnels de santé en ville » (PEPS) :

Le cahier des charges (16 pages) de « l'expérimentation nationale d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville » a été modifié (JO du 26/11)

Il s'agit d'une expérimentation article 51 lancée en 2019 à l'initiative du ministère et de la CNAM, pour la mise en œuvre d'un paiement forfaitaire collectif se substituant au paiement à l'acte.

13- Expérimentation du recyclage des stylos pré-remplis injectables

Un arrêté du 10 novembre (JO du 26) fixe « les modalités d'inscriptions à l'expérimentation du recyclage des stylos préremplis injectables pour l'administration en auto-traitement de médicaments ayant le statut de médicament non utilisé »

14- Allocation forfaitaire télétravail :

L'allocation forfaitaire de télétravail dans la fonction publique (y compris la fonction publique hospitalière, même si peu de métiers se prêtent au télétravail) est fixée à 2,50€ par journée de télétravail dans la limite de 253,44€ par an, à compter du 1^{er} janvier 2023 (JO du 27/11).

15- Objectif de dépenses de l'assurance maladie dans certains établissements médico-sociaux

L'objectif 2022 des dépenses de l'assurance maladie dans :

« les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARRUD), les structures dénommées " lits halte soins santé " (LHSS), les structures dénommées " lits d'accueil médicalisés " (LAM) et les appartements de coordination thérapeutique (ACT » est porté de 916 921 798 € à 921 921 798 €.

16- Conseillers en génétique : pouvoir de prescription

Le métier de conseiller en génétique a été créé en 2007.

Le conseiller en génétique, sous la responsabilité d'un médecin qualifié en génétique, participe au sein d'une équipe pluridisciplinaire :

- à la délivrance des informations et conseils aux personnes et à leurs familles susceptibles de faire l'objet ou ayant fait l'objet d'un examen des caractéristiques génétiques à des fins médicales ou d'une analyse aux fins du diagnostic prénatal,
- à la prise en charge médico-sociale, psychologique et au suivi des personnes pour lesquelles cet examen ou cette analyse est préconisé ou réalisé.

Il peut prescrire certains examens de biologie médicale .

Un décret du 29/11 (JO du 30) précise les conditions dans lesquelles il peut prescrire certains examens de biologie médicale et communiquer les résultats d'examens à la personne concernée, en accord avec le médecin qualifié en génétique, sous la responsabilité duquel il intervient.

Le décret supprime également l'obligation pour le conseiller en génétique d'exercer sur prescription médicale.

6- Veille parlementaire :

Assemblée Nationale

- proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale en garantissant une juste répartition des professionnels de santé sur le territoire,
- proposition de loi tendant à généraliser le dépistage de l'hépatite C ,
- proposition de loi pour une santé accessible à tous et contre la désertification médicale,
- proposition de résolution visant à faire du grand âge une grande cause nationale en 2023,
- proposition de loi portant sur le droit d'alerte de dénonciation d'actes de maltraitance en EHPAD et sur le droit de visite inopinée d'un EHPAD par un député,
- proposition de résolution relative au dépistage et à la prise en charge de la maladie de Lyme,
- proposition de résolution visant à améliorer la condition des personnes en situation de handicap,
- proposition de loi visant à améliorer la reconnaissance de l'engagement associatif et du bénévolat,
- proposition de loi visant à créer un statut du dirigeant associatif,
- proposition de loi visant à répondre à l'urgence en psychiatrie et santé mentale,
- proposition de loi « portant création d'une taxe sanitaire et du fonds de prévention sanitaire,
- proposition de loi portant à 100 % le taux de réduction d'impôt pour les dons au profit des établissements de santé publics, privés, privés d'intérêt collectif et services sociaux et médico sociaux,
- proposition de loi visant à lutter contre le papillomavirus,
- proposition de loi visant à définir, à prévenir et à lutter contre la maladie de Lyme ,
- proposition de loi relative à la prise en charge des frais liés aux séances d'ergothérapie nécessaires aux enfants dyspraxiques,
- proposition de loi visant à autoriser les femmes enceintes à garer leur véhicule sur les places réservées aux personnes handicapées,
- rapport, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi portant réintégration du personnel des établissements de santé et de secours non-vacciné grâce à un protocole sanitaire renforcé,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête chargée d'évaluer les causes de ruptures d'approvisionnement de nombreux médicaments,
- rapport, au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à améliorer l'encadrement des centres de santé,
- proposition de résolution « tendant à la création d'une commission d'enquête visant à identifier les causes des ruptures d'approvisionnement rencontrées sur certains médicaments,
- proposition de loi visant à réintégrer et à indemniser les personnels suspendus soumis à l'obligation vaccinale contre la covid-19,
- proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux (une de plus !),
- proposition de loi visant à étendre le droit de visite des parlementaires et parlementaires européens élus en France aux établissements sociaux et médico sociaux,
- proposition de loi visant à exonérer fiscalement pendant cinq ans les médecins à la retraite situés en zone sous dotée,
- proposition de loi visant à créer un congé de naissance à répartir entre les parents pour une durée totale de douze mois après la naissance de l'enfant ou des enfants,

- une proposition de loi visant à la création d'un statut des accompagnants et accompagnantes d'élèves en situation de handicap,
- proposition de résolution visant à garantir un accès aux services d'urgence par le transport sanitaire hélicoptéré en moins de trente minutes,
- une proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur l'effondrement de la médecine pédiatrique en France

Sénat

- proposition de loi « relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé ».
- proposition de loi « relative aux outils de lutte contre la désertification médicale des collectivités »
- rapport au Parlement relatif à l'offre d'assistance médicale à la procréation en France
- rapport annuel du Gouvernement « sur le bilan quantitatif et qualitatif des modalités de mise en œuvre de la création du statut de citoyen sauveteur, de la lutte contre l'arrêt cardiaque et la sensibilisation aux gestes qui sauvent »,

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- ARS organisation interne :

Par décisions du 21 novembre (jour de sa prise de fonctions), remplaçant celles de son prédécesseur (par intérim) du 7 novembre, le nouveau DG de l'ARS a :

- fixé l'organisation interne de l'ARS précisant la composition et les missions de chaque direction et service,
- nommé l'équipe d'encadrement de l'ARS (nous n'avons pas noté de noms nouveaux)
- délégué sa signatures.

2- Accueil des personnes handicapées vieillissantes :

La Fondation Arc en Ciel a été autorisée à convertir 12 places de personnes âgées dépendantes en places pour personnes handicapées vieillissantes dans son EHPAD « les vergers » sis à Rougement le Château (90).

3- L'EHPAD de Luzy sous administration provisoire :

Par décision conjointe du 16 novembre, le DG de l'ARS et le président du conseil départemental de la Nièvre ont placé l'EHPAD(public) de Luzy, géré par le centre de long séjour de la même ville, sous administration provisoire d'une durée de 4 mois, à compter du 18 novembre, renouvelable une fois.

Une mission d'inspection diligentée les 6 et 7 septembre a relevé « des écarts à la législation et la réglementation dont les plus importants sont » :

- l'absence de sécurisation des accès à l'établissement, des couloirs de desserte, et du système d'ouverture des fenêtres des chambres,
- la désorganisation du circuit du médicament(présence de périmés, stockage non individualisé, défaut de vérification des traitements, modalités de livraison de nuit inappropriées(??).

- l'absence d'opérationnalité du dispositif de gestion des risques : défaillance du recueil des événements indésirables (EI) et défaut de signalement des EI aux autorités, défaut de formation des personnels à la maltraitance.

Un délai de 21 jours a été fixé au directeur de la structure pour remédier aux « dysfonctionnements majeurs » constatés. Les mesures annoncées par l'établissement pour répondre aux injonctions immédiates n'ont pas été jugées suffisantes pour garantir « un accompagnement sécurisé et de qualité des résidents ».

Ont été désignées en qualité d'administratrices provisoires deux salariées du cabinet « Direc'Transition » dont le siège est à Saint Cannat (13 760) spécialisé dans « les alternatives à l'absence de direction » intervenant « de façon transitoire pour répondre à une vacance de l'encadrement dans une situation de mutations, de difficultés passagères ou de crise ».

N'y avait-il donc pas dans la région, parmi les directeurs d'établissements médico-sociaux, les compétences nécessaires, et par voie de conséquences moins onéreuses pour l'établissement ?

4- Deux nouveaux scanners : Dijon et Lure

Par décisions du 18 novembre, deux nouvelles autorisations d'installer et d'exploiter un scanner ont été délivrées à :

- *CHU de Dijon :*

Le CHU de Dijon dispose déjà de 3 IRM (+ une 4^e autorisée en juillet pour être utilisée avec le CGFL), et de 3 scanners.

Le nouvel appareil autorisé est un scanner à comptage photonique ; il s'agit d'une nouvelle technologie qui permet une grande qualité d'image (résolution infra-millimétrique) et une réduction des doses d'irradiation et de produit de contraste.

- *GIE centre d'imagerie médicale de Lure :*

Ce GIE associe le GH 70 (CHI de Vesoul) et la société (SELARL) CIMVES déjà associés au sein du GIE IRM 70 (qui exploite 3 IRM sur Vesoul).

Le nouveau scanner sera implanté dans les locaux du site de Lure du GH 70. Il devrait fonctionner à l'automne 2023.

5- Spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière :

Par arrêté du 22 novembre le DG de l'ARS a modifié pour la 2^e fois la liste des spécialités éligibles à la prime d'engagement de carrière hospitalière pour lesquelles l'offre de soins est, ou risque d'être, insuffisante, (cf. lettre n°41 janvier 2022).

Normalement établie pour 3 ans, cette liste est révisable chaque année,

Elle est présentée par établissements regroupés par GHT : 41 établissements en sont bénéficiaires. Pour certains la liste des spécialités concernées est impressionnante témoignant des graves difficultés rencontrées par les établissements de notre région pour recruter des médecins ;

Nos 2 CHU sont concernés : Dijon pour 7 spécialités, Besançon pour 9. Ils ont en commun : l'anesthésie réanimation, la gériatrie, la psychiatrie et la médecine d'urgence.

Rappelons que cette prime, instaurée par un décret du 14 mars 2017, fait l'objet d'une convention d'engagement de carrière hospitalière, et que son montant est de 20 000€ brut versé en 2 fois.

7-2 Hôpitaux de proximité : dotation forfaitaire 2022

Le financement des hôpitaux de proximité est assuré par :

- une garantie pluriannuelle de financement dénommée « dotation forfaitaire garantie »
- le cas échéant, un complément de financement calculé à partir des tarifs nationaux des prestations,

- une dotation de responsabilité territoriale.

Ce système complexe vise à garantir à chaque établissement un niveau de financement qui ne soit pas inférieur à celui avant sa labellisation comme hôpital de proximité.

Le code de la sécurité sociale prévoit qu'au « plus tard le 15 avril de chaque année, les ministres [...] arrêtent, pour chaque région, le montant global des dotations forfaitaires garanties [...] pour l'année en cours ». Le DG de l'ARS répartit cette dotation entre les établissements selon des règles complexes.

Un arrêté du 19 juillet a fixé cette dotation à 897 226 359 €, dont 86 159 115 pour la BFC.

Un nouvel arrêté (2/11 JO du 6) porte cette dotation à 955 880 430 € (+ 6,54%) dont 87 300 551€ (+1,32%) pour la BFC.

Cette répartition régionale laisse apparaître d'importantes disparités d'une région à l'autre. La BFC n'est pas parmi les plus mal dotées : elle est au-dessus d'Auvergne Rhône Alpes, Nouvelle Aquitaine et en dessous de Bretagne et Hauts de France.

Peut-être est-ce en raison du nombre d'hôpitaux de proximité de notre région qui s'élève à 27.

7-3 PRS : évaluation

Le bilan et l'évaluation du PRS font l'objet d'un onglet dans l'espace instance de « ma santé en Bourgogne Franche Comté ».

Dans la lettre n°48 d'août nous avons présenté le bilan global 2018-2021, publié par l'ARS. Ce bilan est le constat des principales réalisations dans les domaines suivants :

- les 6 enjeux majeurs du PRS : prévention, autonomie et inclusion des personnes âgées et en situation de handicap, accès aux soins dans les territoires fragiles, accès aux soins urgents, la santé mentale, et la e-santé
- la contractualisation avec les acteurs : contrats locaux de santé (CLS), CPTS
- les 13 parcours de santé .

Ce bilan est accessible avec le lien suivant :

[file:///C:/Users/33770/Downloads/PRS-BFC Bilan global 2018-2021-1.pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/PRS-BFC%20Bilan%20global%202018-2021-1.pdf)

L'évaluation consiste à émettre un jugement sur les modalités de mise en œuvre et sur les résultats (méthode, moyens, impact). Elle a été confiée au cabinet « Planète Publique » sur les 8 dispositifs suivants choisis par l'ARS, avec pour chacun d'eux les réflexions majeures :

- ***lits halte soins santé (LHSS) :***
 - ✓ un déploiement continu de l'offre couvrant l'ensemble de la région pour apporter des réponses aux besoins identifiés dans les territoires,
 - ✓ un accompagnement médico-social coordonné qui s'adapte aux besoins,
 - ✓ des limites au dispositif
- ***projets territoriaux de santé mentale (PTSM) :***
 - ✓ une offre en santé mentale plus structurée et adaptée aux besoins des territoires,
 - ✓ une coordination accrue entre acteurs, mais qui nécessite d'être davantage concrétisée,
 - ✓ des principes de mise en œuvre homogènes dans les territoires, mais adaptés aux spécificités
- ***transports sanitaires urgents (TSU) :***
 - ✓ des expérimentations pour limiter les carences ambulancières, prémices de la réforme,
 - ✓ une coordination des acteurs satisfaisante, levier pour l'organisation des TSU,
 - ✓ des démarches parallèles pouvant participer à la fluidification de la gestion des TSU
- ***réseau sport santé (RSS) et parcours d'accompagnement sportif pour la santé (PASS),***
 - ✓ une amélioration du maillage de la région et une offre qui touche le bon public,
 - ✓ une mobilisation inégale des acteurs et des points de blocages dans le parcours
 - ✓ des effets positifs, à finir de positionner

- **inclusion scolaire :**
 - ✓ une progression importante de la scolarisation en milieu ordinaire : de 29% à 39% entre fin 2018 et début 2021,
 - ✓ des limites qui demeurent,
 - ✓ un objectif de 80% de scolarisation en milieu ordinaire qui paraît difficilement atteignable
- **e-territoire innovant coordonné santé – social (e-ticss) :**
 - ✓ un outil de gestion qui permet le partage d'informations
 - ✓ une méthode de travail jugée classique et adaptée,
 - ✓ des effets positifs sur les pratiques des professionnels du « premier cercle »,
 - ✓ pistes à travailler pour poursuivre le déploiement
- **entretien prénatal précoce (EPP) :**
 - ✓ une pratique qui se diffuse progressivement mais de manière variable,
 - ✓ une harmonisation des pratiques et une culture commune en voie de construction,
 - ✓ des limites dans le dispositif et des axes de travail à poursuivre
- **équipes mobiles de gériatrie (EMG) :**
 - ✓ un dispositif pertinent qui répond à un réel besoin dans les territoires Doubs, Yonne, Jura
 - ✓ un déploiement confronté à des obstacles,
 - ✓ des opportunités pour renforcer le rôle des EMG dans la structuration de la filière
- **communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) :**
 - ✓ un maillage territorial des projets qui correspond aux besoins des territoires et des populations,
 - ✓ des CPTS qui trouvent leur place dans le paysage des acteurs de santé au niveau territorial,
 - ✓ des projets qui s'appuient sur des leviers pour répondre aux missions socles,
 - ✓ des freins et limites qui persistent à ce stade du déploiement

Ont également été présentés des éléments provisoires d'analyse transversale faisant apparaître

- **les avancées :**
 - ✓ des besoins des publics et des territoires mieux pris en compte
 - ✓ une association et une coordination des acteurs plus réelle
 - ✓ des progrès significatifs pour les publics
- **les limites :**
 - ✓ des variations significatives entre territoires
 - ✓ des ruptures et variations dans les parcours
 - ✓ des difficultés à atteindre certains objectifs
- **les freins**
 - ✓ la disponibilité des professionnels et de l'offre
 - ✓ la mobilisation et la prédisposition au changement
 - ✓ l'information et la communication
 - ✓ la capacité à objectiver les données

7-4 Plan régional santé environnement (PRSE 4) :

Les travaux d'élaboration du PRSE 4 a fait l'objet d'une présentation à la CRSA plénière réunie le 12 octobre.

Ils ont été réalisés par des groupes de travail mis en place en février et animés par des représentants de : l'ARS, la DREAL, le Conseil Régional, la DREETS, la DRAAF, et l'ADEME.

Le projet compte 22 objectifs autour de 4 axes :

3 objectifs transversaux :

- Animer et consolider un réseau des acteurs de santé environnement,
- renforcer et coordonner la communication en santé environnement,
- recenser et compléter la formation initiale et continue en santé environnement et renforcer la compétence des acteurs en santé environnement.

4 axes principaux :

- Axe 1 : Agir pour développer des comportements favorables à la santé (4 objectifs),
- Axe 2 : Développer des environnements favorables à la santé (4 objectifs),
- Axe 3 : Intégrer la santé environnement dans les politiques publiques et les projets territoriaux (6 objectifs),
- Axe 4 : Soutenir la recherche et les actions innovantes pour une approche « One Health »(5 objectifs).

Le calendrier devrait être le suivant :

- fin septembre 2022 : rédaction des fiches actions déclinant les objectifs opérationnels validés,
- Dernier trimestre 2022 :
 - ✓ rédaction du projet de plan par l'équipe d'animation,
 - ✓ consultation de la CRSA – commission spécialisée prévention
 - ✓ consultation du CESER
 - ✓ consultation des principaux financeurs
- 22 novembre 2022 : validation du PRSE 4
- Janvier/Février 2023 : lancement et diffusion.

7-5 Dotations populationnelles, DAF et MIGAC 2022 :

Dans la lettre de septembre nous avons retracé l'évolution (avril, juillet et août) des dotations populationnelles, DAF et Migac pour 2022 en indiquant qu'il ne s'agissait pas des derniers chiffres

Un arrêté du 24 octobre (JO du 8/11) vient encore de les modifier : voici les nouveaux montants comparés aux deux derniers :

En milliers d'euros

		2021	Arrêté 28 /07	Arrêté 18/08	Arrêté 24/10
Dotations populationnelles	Urgences	134 336	153 589	153 589	153 589
	Psychiatrie	442 794	490 058	490 367	495 775
MIGAC	MCO	366 147	296 451	298 326	389 605
	SSR	21 432	16 428	16 428	16 499
DAF	SSR	229 396	240 515	240 362	245 209
	USLD	50 424	52 784	52 628	53 301

7-6 Le FIR BFC 2022 :

Le FIR 2022 pour notre région s'élèvera à 22 276k€ ainsi répartis (JO du 18/11)

(en milliers d'euros)

	Dotation totale	Dotation fongible dont enveloppe protégées			Crédits sanctuarisés dont enveloppes protégées		
		Total	Dont prévention	Dont médico-social	Total	Dont prévention	Dont médico-social
BFC	222 276	200 975	19 316	9 480	21 300	11 800	2 368
France	5 027 473	4 575 428	493 502	188 252	452044	239 500	46 406

Dotation fongibles : à part quelques exceptions, l'ensemble des ressources du FIR est fongible, c'est-à-dire que chaque directeur d'ARS en décide l'usage.

Crédits sanctuarisés : par exception aux principes généraux du FIR les crédits sanctuarisés ne peuvent être employés à d'autres usages que ceux au titre desquels ils sont délégués.

Pour la BFC notons au titre des enveloppes protégées :

- Prévention :
 - ✓ fonds lutte contre les addictions (FLCA): 1 500 K€
 - ✓ gestion crise sanitaire :10 300 K€
- Médico-social :
 - ✓ emploi accompagné : 762 K€
 - ✓ revalorisation Ségur ESMS :930 K€
 - ✓ FATESAT : 1 899 K€
- Autres :
 - ✓ Tensions territoriales :1 700 k€
 - ✓ Ségur numérique appui au pilotage régional : 879 K€
 - ✓ Transporteur sanitaires : 2 857 K€
 - ✓ Etc...

Nou pouvons espérer que la CRSA et sa commission prévention aient connaissance de l'affectation de ces enveloppes « protégées » et de ces crédits « sanctuarisés ».

7-7 Renouvellement des CDU :

La campagne de renouvellement des commissions des usagers dans les établissements de santé commencée en juin, et déjà largement évoquée dans les précédentes lettres, est achevée.

Tous les établissements, tous les RU nommés par l'ARS et toutes les associations agréées concernées ont été avertis.

Il faut noter l'importance de la tâche assumée par l'ARS en dépit d'une procédure un peu compliquée.

Il reste maintenant aux directeurs (trices) d'établissements à constituer les nouvelles CDU, et à procéder à leur installation dans le délai d'un mois, pour qu'elles puissent à l'occasion de cette première réunion élire leur président (qui peut être un représentant des usagers) et leur vice-président (qui dans ce cas appartient à une autre catégorie : directeur ou autre membre non RU) et adopter leur règlement intérieur.

La synthèse des résultats est la suivante:

Département	Nb ES	mandats à pourvoir	Mandats pourvus	Nb de mandats vacants			Nouveaux RU
				Total	Titulaire	Suppléant	
21	21	84	80 (95%)	4	0	4	7
25	17	68	64 (94%)	4	0	4	12
39	13	52	39 (75%)	13	1	12	9
58	17	58	34 (50%)	34	11	23	3
70	7	28	26 (93%)	2	0	2	2
71	29	116	96 (83%)	20	3	17	16
89	16	64	51 (80%)	13	3	10	5
90	3	12	10 (83%)	2	0	2	0
Total	123	492	400 (81%)	92	18	74	54

On notera le nombre de sièges restant vacants en Saône et Loire (département ayant le plus grand nombre d'établissements) et dans la Nièvre.

La liste des 92 sièges restant à pourvoir est publiée sur le site « ma santé en Bourgogne Franche Comté. Ils peuvent faire l'objet de nouvelles candidatures dès maintenant ; les candidats potentiels sont invités à se rapprocher de leur association

Il est rappelé que les nouveaux RU ont l'obligation de suivre la formation de base obligatoire (article L 1114-1 du CSP). Comme nous l'avons déjà indiqué, France Assos Santé organise cette formation (appelée RU en avant) les :

- 2 et 3 mars à Dijon (+ séance visio le 24 avril)
- 23 et 24 mars à Besançon (+ séance visio le 16 mai)
- 5 et 6 octobre (+ séance visio le 3 novembre)

Cette formation est entièrement prise en charge et donne lieu à indemnisation.

7-8 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

1- ARS : Jean-Jacques Coiplet nouveau Directeur Général :

Par décret en conseil des ministres du 2 novembre, Mr Jean-Jacques Coiplet a été nommé directeur Général de l'ARS BFC à compter du 21 novembre.

Après une formation IRA Lyon, EHESP, Institut de Sciences politiques de Paris et Grenoble, Mr. Coiplet s'est engagé dans une carrière dans les services déconcentrés de l'Etat.

- en DRASS : région Centre,
- en DDASS : adjoint dans les départements du Jura (à deux reprises), Alpes de Haute Provence, Mayotte, directeur en Lozère, Aisne, Bouches du Rhône,
- en ARS :
 - o PACA : directeur de la santé publique et environnementale de 2010 à mars 2012,
 - o Corse : directeur général de mars 2012 à novembre 2016,
 - o Pays de Loire directeur général depuis octobre 2017
- Avec un passage en qualité de directeur régional et départemental de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de Provence-Alpes-Côte-D'azur et des Bouches-du-Rhône de novembre 2016 à septembre 2017.

Il a également siégé dans les conseils d'administration du Centre National de Gestion (des praticiens hospitaliers et des directeurs d'établissement), en tant que DRDJSCS et de l'Agence de la Biomédecine (en tant que DGARS).

Il vient d'être nommé (JO du 3/11) membre titulaire du conseil d'administration de l'agence nationale de santé publique en qualité de représentant des ARS.

Nous lui souhaitons la bienvenue et sommes persuadés qu'il saura être à l'écoute des représentants des usagers.

2- ARS : Nathalie nous quitte :

Quel représentant des usagers, quel membre de la CRSA et des instances de démocratie en santé ne connaît Nathalie Cruchet (plus connue sous son seul prénom : Nathalie) ?

Nathalie a quitté ses fonctions le 30 novembre pour faire valoir ses droits à la retraite.

Nous avons beaucoup apprécié son sourire, sa gentillesse, et sa compétence professionnelle. Elle connaissait toutes les associations et répondait toujours à leurs sollicitations et à leurs appels à l'aide, avec bienveillance.

Sa dernière mission aura été le renouvellement des CDU des établissements de santé, qu'elle a, comme à son habitude, conduit à son terme avec professionnalisme et pragmatisme.

Nous souhaitons à Nathalie beaucoup de satisfaction dans sa nouvelle vie, et nous restons persuadés que Barbara, formée par ses soins, poursuivra sur ces traces.

3- Hôpitaux ,personnel de direction

- *Postes de direction vacants :*

- CH de Chalon-sur-Saône, Montceau-les-Mines, Autun, Chagny, La Guiche-Mont-Saint-Vincent, Toulon-sur-Arroux, EHPAD d'Épinac et de Couches : emploi de directeur délégué des CH de La Guiche-Mont-Saint-Vincent et de de Toulon-sur-Arroux et chargé de la coordination gériatrique du bassin de Montceau-les-Mines,
- CH Jura Sud, CH de Morez et de Saint-Claude :, un emploi de « coordonnateur général des soins »,
- CH Nord Franche-Comté (HNFC) et CH de soins longue durée (CHSLD) à Bavilliers : un emploi de « directeur des soins, adjoint au coordonnateur général des soins »,
- CH d'Auxerre, Avallon, du Tonnerrois et de Clamecy : un emploi de « coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CH d'Auxerre et du groupement hospitalier de territoire "Unyon" ».

- *Départs*

- CHU de Dijon : nomination de Mme Nadiège Baille à l'IGAS
Par décret pris en conseil de ministres du 23 novembre, Mme Nadiège Baille directrice générale du CHU de Dijon, a été nommée inspectrice générale des affaires sociales (IGAS) à compter du 15 décembre.

Après une brillante carrière hospitalière commencée en 1996, aux Hospices Civils de Lyon (HCL) poursuivie par la direction des CH de Trévoux et Montélimar pour revenir aux HCL en qualité de DGA, avant de rejoindre le CHU de Dijon le 2 avril 2019.

Les représentants des usagers au sein de l'établissement ont apprécié la place qu'elle leur a donnée et l'écoute dont elle a toujours su faire preuve.

Nous lui adressons nos félicitations pour cette promotion au sein de ce corps prestigieux.

4- CHU de Besançon : radiothérapie stéréotaxique :

Depuis le 17 octobre 2022, les patients du CHU de Besançon peuvent être traités par radiothérapie stéréotaxique.

Il s'agit d'une technique d'irradiation de haute précision permettant de délivrer une dose élevée dans une cible, tout en préservant les tissus sains avoisinants. Elle est couplée à un système d'imagerie permettant un repositionnement et une précision optimaux. Le traitement se fait en général en 1 à 10 séances qui durent entre 20 et 60 minutes.

Les indications, en augmentation constantes, concernent les métastases intracrâniennes mais aussi des lésions cancéreuses susceptibles de bouger comme le foie, le poumon, le pancréas ou la prostate.

La mise en place de cette technique par le service de radiothérapie du CHU de Besançon permettra aux patients franc-comtois d'accéder à des soins de pointe de qualité à proximité de leur domicile.

Voilà une information qui pourrait peut-être amener le groupe privé bourguignon « institut du cancer » qui dénonçait récemment dans la presse locale l'insuffisance de la radiothérapie en Franche Comté, pour mieux la « conquérir », à réviser son appréciation de la situation.

5- HNFC plan blanc :

Le 6 novembre, l'Hôpital Nord FC a déclenché son plan blanc pour faire face à la « saturation » de son service d'accueil des urgences (350 passages par jour), qui manque de lits d'aval et de personnel pour faire face à l'afflux de patients qui se présentent aux urgences « plutôt que d'aller chez leur médecin traitant ».

L'établissement a renforcé son service d'urgences avec du personnel venant en renfort d'autres services sans pour autant rappeler du personnel en congé, ni en déprogrammant des opérations. L'idée de transférer des patients vers les cliniques de Belfort et Montbéliard n'a pas reçu de réponse favorable de leur part : la solidarité a ses limites.

Ce plan blanc n'est toujours pas levé à ce jour.

6- Dijon : l'accès aux urgences « régulé » :

A compter du 28 novembre l'accès au service des urgences du CHU Dijon et de l'Hôpital privé (Valmy) sera régulé de 17h à 7h, 7 jours sur 7.

Le chef de service des urgences du CHU donne trois raisons à cette décision prise en accord avec l'ARS :

- l'afflux des patients est trop important (140 passages par jour au CHU) : engendrant un allongement des temps d'attente. Réduire le flux permet de consacrer plus de temps à chacun, et donc d'améliorer la qualité de la prise en charge,
- soulager les personnels soignants, dans contexte de tension de ressources humaines,
- changer les habitudes des patients : c'est le vœu exprimé par l'ARS pour inciter les patients à se tourner vers d'autres solutions tout aussi qualitatives.

Avant de se rendre aux urgences, et comme l'indiquait déjà la campagne de communication lancée par l'ARS avant l'été, il faut désormais appeler son médecin traitant et s'il n'est pas disponible ou à fortiori en cas d'urgence, appeler le 15. Un médecin régulateur pourra apporter une réponse appropriée :

- donner un conseil médical à distance,
- orienter vers un médecin de garde,
- orienter vers les urgences de ces 2 établissements,
- envoyer un transport sanitaire sur place.

Ce dispositif est déjà en place dans d'autres établissements : Chalon, Macon...

Espérons que le 15 sera en capacité de réguler tous les appels sans risques pour les urgences réelles.

7- Etablissements du nord Côte d'Or : non à la fusion

En raison des difficultés récurrentes que rencontrent les CH de Haute Côte d'Or (Chatillon, Montbard, Saulieu, qui sont des sites labellisés hôpitaux de proximité, et 2 établissements médico-sociaux : Vitteaux et Alise Ste Reine), et de Semur en Auxois, l'ARS a diligenté un audit qui évoque plusieurs cas de figure dont une fusion entre Chatillon et Semur et la fusion de l'ensemble avec le CHU de Dijon.

Les conseils de surveillance des 2 établissements se sont prononcés contre ces fusions tout en demandant une direction commune.

L'association « la voix des usagers des établissements de santé de nord Côte d'Or » rejette l'idée de toute fusion, se montre favorable à la direction commune CH HCO et Semur et à une coopération étroite avec le CHU.

Cette proposition a tout son sens si l'on considère que les 2 établissements font partie du GHT 21-52 dont le CHU de Dijon est l'établissement support. Mais alors qu'il doit aussi « soutenir » les CH de Chaumont et Langres, également parties au même GHT, pourra-t-il répondre à la demande ?

8- CH de Champagnole : suspension des CNP et du SMUR

Ils étaient plus de 1 600 (selon la presse locale), dont des élus de tous les bords, rassemblés le 26 novembre à Champagnole (8 000 habitants) pour défendre le service des consultations non programmées (CNP) et la ligne de SMUR dont l'activité a été suspendue depuis le 1er novembre jusqu'au 31 décembre en raison de l'impossibilité d'organiser les plannings "faute de médecins". Ils craignent que cette suspension soit prorogée en 2023.

Une première mobilisation avait déjà eu lieu le 25 octobre.

9- CH de Toulon sur Arroux : fermeture du SSR

Après le départ en retraite de son médecin, le CH de Toulon sur Arroux est contraint de fermer son service de SSR.

Cet ancien « hôpital local » compte (comptait) 35 lits de SSR et 68 places d'EHPAD. Il fait partie du GHT Saône et Loire -Bresse-Morvan dont le CH de Chalons sur Saône et l'établissement support.

Un projet de reconversion est à l'étude prévoyant 3 pôles d'activité : 14 lits pour l'accueil de personnes handicapées vieillissantes, en partenariat avec le foyer d'accueil de Gueugnon Les Papillons Blancs; 10 lits réservés à de l'accueil post-opératoire et 6 lits d'EPHAD hors-les murs.

10- Un nouvel à Montceau les Mines ?

Le quotidien Les Echos du 8 novembre titrait « Montceau les Mines pourrait accueillir un nouvel hôpital d'ici 2028 ».

Ce serait le projet porté par la maire, le député, le conseil de surveillance de l'hôpital, le GHT et l'ARS.

Ce nouvel hôpital pourrait être construit à côté du CH actuel, pour un montant compris entre 60 et 70 millions d'euros, prenant en compte la destruction des bâtiments actuels.

Le Codef (Collectif des usagers des hôpitaux) s'inquiète d'une possible « fermeture de services ». La maire admet qu'il ne sera pas possible de faire revenir la chirurgie conventionnelle, mais elle espère bien conserver une activité de chirurgie ambulatoire pour les petites interventions, les urgences et l'imagerie.

Le conseil de surveillance réuni le 28 novembre s'est prononcé en faveur de la labellisation « hôpital de proximité » espérant qu'elle ne pourra que favoriser le projet de nouvel hôpital.

Le CH de Montceau est un groupement de coopération sanitaire (GCS), de 160 lits de médecine et SSR et 160 places d'EHPAD, il fait partie du GHT Saône et Loire - Bresse- Morvan dont le CH de Chalon sur Saône est l'établissement support.

Un hôpital neuf dans un contexte de tension des ressources, tant médicales qu'économiques, de mutualisation et de regroupements (directions communes, fusions) : rêve ou réalité, l'avenir le dira.

11- CH de Nevers : des médecins volants

Comme beaucoup d'établissements, le CH de l'agglomération de Nevers (CHAN) souffre d'un manque important de praticiens et de soignants, aggravé par son positionnement géographique et le défaut d'attractivité qui en résulte.

Le maire de la ville et président du conseil de surveillance de l'hôpital a une idée : un pont aérien entre Nevers et Dijon pour transférer les praticiens du CHU de Dijon vers le CHAN. Incontestablement les candidats seraient plus nombreux si le transfert par voie terrestre (de 2H30 à 3h sans compter les risques) était remplacé par un transfert aérien (environ 35mn.) pour un bilan carbone pas forcément défavorable.

Le cout (13 000€ par rotation) pourrait être en partie compensé par un moindre recours à l'intérim auquel l'établissement consacre environ 3,5M€ par an,

Les vols pourraient peut-être aussi répondre à d'autres besoins permettant de mutualiser le coût.

12- Hospices de Beaune : un année record

Pour quitter la morosité ambiante parlons, comme chaque année à pareille époque, de la vente des vins des Hospices de Beaune.

La 162° vente qui s'est déroulée le 20 novembre a battu tous les records.

La pièce dite de « charité » (228 litres de Corton grand cru) a été adjugée pour 810 000€ (800 000 en 2021).

Le produit sera versé à deux associations :

- Princesse Margot : association de parents dont l'enfant est atteint d'un cancer. Les fonds seront utilisés pour créer un hébergement temporaire pour les familles : "La Maison des Parents".
- Vision du monde : association luttant contre les mutilations génitales et le mariage des enfants.

Les autres ventes ont atteint le montant de 28,97M€ (13,97 en 2018), qui viendront dans les caisses du CH de Beaune . L'abondance de la récolte 2022 a en effet permis de mettre en vente 802 pièces (620 de rouge et 182 de blanc) contre 356 en 2021. De plus , aux dires de connaisseurs, la qualité était aussi exceptionnelle.

8- Publications et bibliographies :

1-« Comment mes collègues m'ont liquidée » :

sous-titre : une médecin raconte l'hôpital.

Professeure Laurence Verneuil

Albin Michel- novembre 2022- 244 pages – 18,90€

L'auteure, médecin, dermatologue - oncologue était professeure de dermato- vénérologie et cheffe de service au CHU de Caen.

Elle a été l'auteure d'un autre ouvrage « Docteur écoutez - pour soigner il faut écouter » Albin Michel -mars 2016

Comme le titre le laisse entendre il s'agit d'un règlement de compte avec ses confrères médecins hospitalo-universitaires ainsi qu'avec les directeurs d'hôpital. Mais ce n'est pas que cela, c'est aussi un vibrant plaidoyer pour remettre de l'humain dans la relation médecin patient et placer celui-ci au cœur du système de soins.

2-« Repenser le système de soins sur un fondement éthique » (CCNE avis 140)

Le 7 novembre le CCNE a remis au ministre de la santé son avis 140, du 20 octobre, intitulé « repenser le système de soins sur un fondement éthique : leçon de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives » (54 pages).

Il s'inscrit dans le prolongement de l'avis n° 137 « Éthique et santé publique » qui, en juillet 2021, insistait sur les risques de tensions entre l'éthique individuelle du soin et l'éthique liée à une juste allocation de ressources limitées. Il appelait de ses vœux une participation citoyenne à une réflexion collective et la mise en œuvre d'états généraux de la santé.

La publication de cet avis arrive opportunément au début des débats du CNR de la santé.

Le CCNE analyse successivement :

La crise sanitaire : un révélateur des faiblesses des systèmes de soins et de santé :

Le CCNE fait le double constat :

- d'une crise sans précédent qui affecte tant les patients que les professions soignantes
- d'une crise des fondements de notre santé collective avec 3 aspects :
 - ✓ un creusement des inégalités sociales en matière de santé,
 - ✓ une crise de la confiance,
 - ✓ une crise de l'écoute et de la participation.

Les raisons de la crise profonde du système de soins

Le CCNE identifie 3 causes profondes à la crise :

- Un système de santé trop polarisé sur la dimension sanitaire au détriment de la santé publique et d'une approche globale des personnes.

- Une gestion « dysfonctionnelle » du système de soins qui se traduit par :
 - ✓ un modèle économique dans lequel les acteurs de la santé ne se reconnaissent pas ou plus,
 - ✓ la technicité favorisée au détriment de la relation humaine,
 - ✓ l'altération du rapport au temps,
 - ✓ la dissociation entre administratifs et soignants,
 - ✓ des salaires peu élevés au regard de l'engagement demandé

- un système aux normes rigides qui ne valorise pas les acteurs ni les savoirs expérientiels qui se traduit par :
 - ✓ un système trop hiérarchisé... construit autour du médecin et qui ne valorise pas assez les savoirs des autres soignants,
 - ✓ ... et inadapté aux évolutions et aux besoins en matière de santé, car trop cloisonné : entre : hôpital et médecine de ville, public et privé, sanitaire et médico-social
 - ✓ Un défaut d'écoute

Remettre l'éthique au cœur de la santé

Le CCNE suggère de :

- intégrer et déployer la culture éthique dans les pratiques professionnelles
- garantir la justice sociale dans l'accès à la santé,
- faire vivre une éthique du respect des parties prenantes,
- rétablir la confiance : partage des connaissances, éducation aux enjeux

En conclusion il lance une alerte, rappelant que « deux principes éthiques majeurs doivent guider cette rénovation : un **accès égal** pour tous au système de santé et de soins (principe de justice sociale) et le **respect inconditionnel des personnes** soignées et de ceux qui les soignent (principe de respect de la personne).

Il indique 3 pistes :

- assurer à tous les conditions d'une vie en bonne santé et des soins de qualité en cas de maladie,
- redonner du sens et de la valeur aux métiers du soin et aux professions œuvrant dans le champ de la santé,
- écouter davantage les différents acteurs, qu'ils soient professionnels de santé ou patients, ce qui passe par une dynamique plus forte de la démocratie en santé.

Ce sont ces conclusions qui devraient inspirer les débats qui vont avoir lieu dans le cadre du CNR santé.

Cet avis a été rapporté par le Pr Régis Aubry, du CHU de Besançon, membre du CCNE. Gérard Raymond, président de France Assos Santé et Emmanuel Rusch, président de la Conférence Nationale de Santé ont fait partie des personnes entendues par le CCNE.
https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2022-11/Avis140_Final_0.pdf

3-« *Evaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents* » (IGAS)

L'IGAS a publié en septembre un rapport sur « l'évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 » autrement dit les mesures de la mission « flash » Braun (192 pages).

Il analyse sous forme de 30 fiches les différentes mesures regroupées en 4 « blocs » :

- Bloc 1 : réguler l'accès aux services d'urgence et orienter les patients dans le système de santé,
- Bloc 2 : optimiser le temps médical, augmenter les capacités de réponse à la demande de SNP(soins non programmés) en ville, s'appuyer sur l'ensemble des professionnels de santé libéraux d'un territoire,
- Bloc 3 : maintenir la réponse aux urgences vitales et graves, soutenir et préserver les équipes des structures de médecine d'urgence,
- Bloc 4 : fluidifier les parcours de soins à partir des urgences (aval),

La Nièvre fait partie des « rencontres de sites » effectuées par les inspecteurs de l'IGAS ; ils y ont rencontré de nombreux interlocuteurs : SDIS 58, CHU de Dijon, GHT 58, CH de Clamecy, préfecture, ARS (5 interlocuteurs).

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce rapport d'évaluation dans la prochaine lettre.

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/evaluation_des_mesures_urgences_ete_rapport_definitif_mise_en_ligne.pdf

9- Agenda :

○ **Réunions des instances de démocratie en santé**

- 1/12 : CTS 71 (13h30)
- 12/12 CRSA exceptionnelle (voir infra)
- 13/12 (10h) : commission prise en charge et accompagnement médico-social
- 15/12 : CSOS, 9h, (visio)
- 15/12 : commission prévention (14h),

○ **12 Décembre : CRSA exceptionnelle**

La CRSA se réunira en formation plénière le 12 décembre à Besançon (Chambre de Commerce et d'Industrie) et en distanciel (visio)

Cette réunion exceptionnelle intervient dans le cadre du CNR de la santé. Elle témoigne de la volonté de cette instance de s'impliquer dans ce débat, après les 21 rencontres des « vendredi de la santé » (18 et 25 novembre, 2 et 9 décembre) qui se sont tenues dans chacun des 8 territoires de santé de la région.

Le déroulement sera le suivant :

- De 9h30 à 11h30) travail au sein de 4 ateliers réservés aux membres de la CRSA et sur inscription :
 - ✓ **Donner accès à un médecin traitant ou une équipe traitante à tous, en particulier aux plus fragiles** : Imaginons des solutions pour que chacun, y compris les plus vulnérables, ait accès aux soins et à l'accompagnement dont il a besoin,
 - ✓ **Garantir la continuité des soins et la réponse aux besoins de soins non programmés** : Imaginons des solutions pour permettre aux professionnels d'apporter une réponse aux citoyens nécessitant un suivi et une assistance à tout moment,

- ✓ **Mobiliser les leviers locaux d'attractivité pour les métiers de la santé** : imaginons des solutions pour redonner du sens à ceux qui prennent soin de nous,
 - ✓ **Faire entrer la prévention dans le quotidien de tous les Français** : imaginons des solutions pour que chacun ait envie de prendre soin de sa santé.
- De 11h30 à 12h30 : synthèse régionale entre présidents de CTS et animateurs des ateliers (avec possibilité de participation en visio)
 - Déjeuner sur place
 - De 14h à 17h : séance plénière, ouverte au public, en présence de :
 - ✓ Mme Agnès Firmin Le Bodo, Ministre déléguée auprès du ministre de la Santé et de la Prévention, chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé
 - ✓ Mr. Jean-Jacques Coiplet , Directeur général de l'ARS

L'ARUCAH vous souhaite de passer des fêtes de fin d'année, les meilleures possibles

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