

La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 23– Juillet 2020

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Des paroles aux actes :

Sous le titre « les oubliés du déconfinement » l'éditorial de la précédente lettre évoquait la situation des personnes âgées et handicapées vivant en institution », (EHPAD, USLD résidence autonomie) totalement absentes de la 2° phase du plan de déconfinement, à compter du 2 juin, présentée par le 1° ministre et celui de la santé lors de la conférence de presse du 28 mai. Depuis, qu'y-a-t-il de changé ?

Une volonté affichée :

Dans un communiqué de presse du 1° juin, Mr Olivier Véran a annoncé « un assouplissement supplémentaire des conditions de visite dans les établissements hébergeant des personnes âgées ». Le 6 juin, la veille de la fête des mères, il a appelé les établissements à faire preuve d'une plus grande souplesse.

Enfin, le 14 juin, le Président de la République a engagé « une phase supplémentaire de déconfinement sécurisé dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées » ne présentant plus de cas de covid.

Les choses pouvaient sembler simples, et de nature à justifier l'espoir, des résidents et de leurs familles, d'un rétablissement rapide des visites, après plus de 3 mois de confinement total. Mais c'était sans compter sur les nécessaires mesures d'interprétation et d'application, voire même une certaine inertie des échelons intermédiaires.

De protocoles en protocoles :

Après le protocole du 30 avril, se sont succédés ceux des : 1° juin, 4 juin, et encore celui du 16 juin (5 pages), dont les conditions et procédures exigées, sont venues retarder la mise en œuvre des décisions prises, constituant autant de temps perdu pour le résident et sa famille.

Cette situation a suscité de nombreuses réactions, y compris celle de l'« Association des directeurs au service des personnes âgées » (AD-PA) et de l'« Association vivre et vieillir ensemble en citoyen » (AVVEC) qui, le 17 juin, ont déposé un « recours-liberté » en référé devant le Conseil d'Etat.

La mise en œuvre de ces mesures, a certes été variable d'un établissement à l'autre, mais force est de constater, que dans bon nombre d'entre eux, la CDU (pour la partie USLD) et le CVS (pour la partie EHPAD) ont rencontré des difficultés pour être consultés.

En dépit de ces obstacles, des progrès ont pu être réalisés pour arriver progressivement à la reprise des visites sans rendez-vous, avec parfois le maintien de contraintes incompréhensibles (ex : maintien de l'interdiction de visites le samedi et le dimanche !).

La dernière étape de ce long retour à la normale devrait voir son terme le 10 juillet, date de fin de l'état d'urgence. Mais ce sera certainement pas un retour à la situation d'avant, car les mesures de précautions devraient toujours être observées, ce que chacun : résident, parent, représentant des usagers, peut comprendre.

Une nouvelle crainte :

Nous ne voulons pas être des oiseaux de mauvais augures, mais puisse la météo nous épargner la canicule, dont les contraintes ajoutées à celles du confinement seraient dramatiques. L'avis du Haut Conseil en Santé Publique (HCSP) du 6 juin « *relatif à la gestion de l'épidémie de covid 19 en cas d'exposition de la population à des vagues de chaleur* » (24 pages, et un exemple d'anthologie) fait penser à un scénario catastrophe.

1- Covid 19 : et s'il (elle) revenait ?

Le covid19 semble derrière nous, mais il reste encore omniprésent dans notre vie quotidienne, et les autorités scientifiques et sanitaires nourrissent la crainte d'une nouvelle vague, qui justifie le maintien d'une vigilance et le respect des gestes barrières.

Le conseil scientifique créé pour conseiller le Président de la République et le gouvernement, a rendu le 2 juin, son avis n°7, intitulé : « **4 scénarios pour la période post-confinement : anticiper pour mieux protéger** ». Il a pour objectif d'identifier les différents scénarios probables dans la période de post-confinement et d'anticiper les mesures à mettre en place selon différents scénarios.

1- Les 4 scénarios possibles

Le conseil a identifié 4 scénarios possibles à court et moyen terme :

- *Scénario 1 une épidémie sous contrôle :*
Identifié par la stabilité des indicateurs (nombre de cas faible, stabilisés et/ou en diminution), il nécessiterait le maintien des mesures de lutte contre l'épidémie.
- *Scénario 2 : un ou des clusters (foyers) critiques, signe d'une reprise locale.*
C'est le scénario le plus défavorable laissant craindre une perte de contrôle des chaînes de contamination et donc de l'épidémie elle-même. Il exigerait des mesures strictes, précoces et localisées.
- *Scénario 3 : une reprise diffuse et à bas bruit :*
C'est le scénario le plus difficile à identifier. Il ferait passer d'une situation contrôlée à une reprise progressive de l'épidémie, exigeant des mesures strictes et rapides.
- *Scénario 4 : l'épidémie atteint un stade critique :*
Il se traduirait par une perte du contrôle de l'épidémie, et exigerait des décisions difficiles, conduisant à choisir entre un confinement national généralisé, permettant de minimiser la mortalité directe, et d'autres objectifs collectifs, économiques et sociaux, s'accompagnant alors d'une importante mortalité directe.

Pour chacun de ces scénarios, sont précisés les indicateurs d'identification et la stratégie à adopter, avec la contrainte opérationnelle « *d'éviter le confinement généralisé en cas de reprise de l'épidémie* ».

Le conseil scientifique souligne la nécessité d'une « *gouvernance claire, opérationnelle et en partie territorialisée* » associant les acteurs de la société civile et de la vie économique.

2- Le plan de prévention et de protection renforcée (P2R) :

En l'absence de traitement préventif et curatif du covid, le conseil scientifique propose d'élaborer dès maintenant un P2R sur la base de 7 protocoles identifiés faisant l'objet d'une fiche technique ;

- protocole de renforcement des mesures barrières et des mesures de distanciation physique dans la population générale,
- protocole de renforcement du TESTER-TRACER-ISOLER,
- protocole de confinement-protection renforcé des personnes à risque de formes graves,
- protocole de protection des EHPAD, il propose « *une nouvelle stratégie pour ces établissements, basée sur le triptyque « dépistage –visite des familles–prise en charge précoce et adaptée* ».
- protocole à destination des populations en situation de grande précarité,

- protocole « Grandes métropoles »,
- protocole de préparation hospitalière.

2- Le confinement généralisé n'est plus recommandé :

Entendu le 18 juin par la commission d'enquête sur le covid 19, de l'Assemblée Nationale, avec 3 autres membres du conseil scientifique, le Pr JF Delfraissy, président de celui-ci (et du CCNE) a justifié le recours au confinement généralisé au motif que « nous n'avions pas le choix », tout en précisant qu'en cas de récurrence, le confinement généralisé ne « *serait ni possible, ni souhaitable* », ni même accepté par la population.

Il préconise plutôt un « *confinement partiel adapté aux populations plus âgées à risque* » et de « *se préparer des maintenant pour lutter contre l'impréparation* ».

2- covid 19 – sortie de l'état d'urgence

La loi organique du 23 mars « d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid19 » a instauré l'état d'urgence sanitaire pour une période de 2 mois, que la loi 11 mai a prolongé jusqu'au 10 juillet. Ce n'est pas pour autant que nous reviendrons à la situation antérieure, dès le 11 juillet.

Un projet de loi organisant la sortie de l'état d'urgence sanitaire a été adopté en conseil des ministres le 10 juin et déposé le même jour à l'assemblée Nationale qui l'a adopté le 17 avec plusieurs amendements.

Le sénat l'a, à son tour, adopté le 22 juin, le remaniant largement, en particulier pour restreindre les prérogatives reconnues du 1^{er} Ministre. Réunis le 25 juin en commission mixte paritaire, les députés et sénateurs n'ont pu trouver un accord sur un texte commun. La navette parlementaire devrait donc reprendre son cours.

Ce projet comprend 2 catégories de mesures :

1- Mesures transitoires de sortie de l'état d'urgence :

Il prévoit que dans les quatre mois suivant la fin de l'état d'urgence sanitaire, soit jusqu'au 10 novembre 2020, pouvoir sera donné :

- au 1^{er} Ministre :

- de réglementer ou interdire la circulation des personnes et des véhicules, réglementer l'accès aux moyens de transport et les conditions de leur usage (port du masque...),
- d'ordonner la fermeture provisoire et réglementer l'ouverture des établissements recevant du public (tels les cinémas, restaurants...) ainsi que des lieux de réunion ,
- de limiter ou interdire les rassemblements sur la voie publique ainsi que toute réunion.

Il ne lui sera cependant pas possible d'ordonner un confinement généralisé de la population.

- au ministre de la santé et aux préfets (dans les limites de leur département) :

- de prendre toutes mesures générales ou individuelles d'application des dispositions nationales,
- aux préfets d'alléger les mesures si les circonstances locales le permettent ou, à l'inverse, les renforcer en cas de recrudescence de l'épidémie ou d'apparition de *clusters*.

2- Conservation des données collectées :

La durée de conservation des données collectées dans le cadre du dispositif de suivi des malades et du traçage des contacts (sauf Stop Covid) pourra être portée à 6 mois à compter de la fin de l'état d'urgence au lieu de 3 mois à l'issue de leur collecte.

Il faudra, bien entendu, attendre le vote de la loi pour connaître la portée exacte de ces mesures.

3- Covid 19 : les avantages financiers aux acteurs de la crise

1- **La prime exceptionnelle étendue au secteur médico-social**

Nous annonçons dans notre précédent numéro l'attribution de la prime exceptionnelle covid 19 pour les personnels soignants des établissements publics de santé. Comme nous le craignons, ce ne fut pas chose facile à tel point qu'il a fallu un 2° décret pour préciser les conditions d'attribution.

C'est maintenant le tour des établissements médico-sociaux. Le décret du 12 juin officialise le bénéfice de cette prime, annoncée le 7 mai par le Ministre.

- *Qui est concerné ?*

Cette prime exceptionnelle est attribuée aux personnels de certains établissements et services publics sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique de l'État ayant exercé leurs fonctions entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 :

- en EHPAD et en USLD (unité de soins de long séjour)
- en établissements pour adultes et enfants handicapés et pour « publics spécifiques » (addiction, précarité, insertion).

- *quelles conditions ?*

Les agents contractuels doivent avoir travaillé pendant au moins 30 jours au cours de cette période. Les fonctionnaires doivent avoir travaillé au moins 5 demi-journées par semaine en moyenne au cours de la même période ;

Cette prime défiscalisée et exonérée de cotisations sociales sera versée aux salariés et aux apprentis ayant exercé leurs fonctions de manière effective, y compris en télétravail, entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020

- *quel montant ?*

- 1 500 € pour les établissements situés dans l'un des 40 départements les plus touchés (dont les 8 départements de BF),
- 1 000€ dans les autres départements,
- 1 000€ dans toute la France pour les personnels des centres d'accueil pour demandeurs d'asile, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), des logements foyers, des résidences sociales pour personnes en difficultés, des établissements d'aide sociale à l'enfance, ainsi que les assistants familiaux.

Le montant de la prime est réduit de moitié en cas d'absence d'au moins 15 jours durant la période de référence. Les agents absents plus de 30 jours au cours de cette période ne toucheront pas cette prime. Cette réduction ne s'applique pas lorsque l'absence est liée à un congé maladie en lien avec le Covid-19, aux congés annuels ou de réduction du temps de travail (RTT).

2- **Majoration des heures supplémentaires :**

A la prime exceptionnelle s'ajoute une majoration des heures supplémentaires effectuées entre le 1^{er} mars et le 30 avril par tous les personnels concernés par la prime (secteur sanitaire et médico-social) : +87,5% (au lieu de 25%) pour les 14 premières heures, +90,5% (au lieu de 27%) pour les suivantes, +150% (au lieu de 100%) pour les heures de nuit, +99% pour les heures de dimanche et jours fériés. Ces heures supplémentaires devront être payées d'ici le 1^{er} septembre.

3- **Majoration exceptionnelle de l'indemnisation du temps additionnel et des gardes des médecins :**

- +50% des demi-périodes de temps additionnel,
- + 20% et 50% de l'indemnité de garde (selon nature) au titre de la permanence sur place

4- Covid19 - le lourd tribut des personnels soignants

Santé Publique France (SPF) a publié le 4 juin, les premiers résultats du recensement des professionnels des établissements de santé (publics et privés) ayant été infectés par le covid 19 depuis le 1^{er} mars. Leur nombre au 31 mai était de 30 258 soit 2,2% (3,6% en BFC) de leurs effectifs, signalés par 1 160 établissements (dont 26 CHRU sur 29). Avec 2 261 cas, la Bourgogne Franche Comté fait partie des 5 régions les plus touchées.

Pour 84%, il s'agit de personnels soignants dont 29% d'infirmier(e)s, 24% d'aides-soignant(e)s, (AS), 10% de médecins et 4% d'internes.

Parmi ces cas, 16 décès ont été rapportés depuis le 1^{er} mars dont 5 médecins et 4 AS.

A ces résultats il faut ajouter 20 110 cas recensés dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Enfin les professionnels libéraux peuvent participer à une enquête qui leur est réservée.

5- Covid 19 – hydroxychloroquine - suite du feuilleton

Nous évoquons dans notre précédent numéro le débat sur les essais cliniques portant sur l'utilisation de l'hydroxychloroquine dans le traitement du covid19, à la suite de la publication du Lancet dénonçant des risques possibles (augmentation de la mortalité et arythmie cardiaque). Depuis, et à la demande des auteurs de l'étude, qualifiée de « foireuse » par le Pr. Raoult, mettant en doute la validité des données fournies par une start-up, le Lancet s'est retracté le 4 juin.

L'OMS a donc pu reprendre l'inclusion de patients dans son essai international Solidarity. En France, les 16 essais cliniques qui avaient été suspendus par l'ANSM ont également pu reprendre. Mais alors que le nombre de patients ne cesse de diminuer, seront-ils assez nombreux pour permettre à ces essais de déboucher sur des conclusions statistiquement assez fortes.

Entendu par la commission d'enquête de l'Assemblée Nationale le 24 juin, le Pr. Raoult a persisté dans la défense de son évaluation de l'hydroxychloroquine, sans passer par une étude randomisée, et suggéré l'existence de conflits d'intérêts, dans le choix d'évaluer le « remdésivir » (médicament antiviral).

6- Covid19 : santé mentale : des pratiques illégales

Alertée par un psychiatre de l'établissement, la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) s'est rendue, le 18 mai, dans l'établissement public de santé mentale de Moisselles (Val d'Oise) (174 lits). Elle y a relevé des « atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées » constituées par « des pratiques d'enfermement illégales ».

Certains patients hospitalisés en soins libres ayant été « confinés » dans leur chambre fermée à clé 24h/24.

Dans son rapport publié au Journal Officiel du 19 juin, elle dénonce « une confusion totale entre le régime de l'isolement psychiatrique et le confinement sanitaire »

Alerté, le Ministère a publié le 2 juin, un nouveau protocole (5 pages) sur « le respect de la liberté d'aller et venir des patients dans les services de psychiatrie en période de déconfinement », venant préciser celui du 12 mai (19 pages).

Il ne saurait être question de tirer, de ce « fait divers », des conclusions générales sur l'usage de telles pratiques dans les établissements de santé mentale.

7- La gouvernance de l'hôpital : le rapport de la mission Claris

Le 9 décembre 2019, Agnès Buzyn avait donné mission au professeur Olivier Claris (président de la CME des Hospices Civils de Lyon) de proposer des mesures visant à médicaliser et simplifier la gouvernance de l'hôpital.

La mission constituée à cet effet (un autre président de CME de CHU, un directeur d'hôpital et un IGAS) a rendu son rapport (156 pages) début juin. Elle dresse un état des lieux et formule des propositions.

1- L'état des lieux :

Il met en évidence 9 caractéristiques majeures :

- la perte d'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et les professionnels paramédicaux,
- un binôme directeur président de CME (PCME) perçu de manière positive par les intéressés, et de façon variable par le reste de la communauté hospitalière,
- une nette coupure entre le « top management » de l'hôpital, et les acteurs médicaux et paramédicaux de terrain,
- des instances de gouvernance au fonctionnement méconnu, et peu attractives,
- le service de soins : un niveau d'action de référence primordial pour les équipes soignantes, mais progressivement écarté,
- des délégations de gestion au bénéfice des pôles et services jugées insuffisantes (RH et dépenses courantes en particulier),
- des responsables médicaux insuffisamment formés et outillés,
- la lourdeur des procédures, le poids de l'absentéisme, la recherche de lits et structures d'aval et l'absence de réponse de la hiérarchie, sont autant de motifs d'irritation,
- un échelon territorial qu'il est indispensable de revisiter

2- 56 propositions :

La mission propose 56 recommandations, pour **dynamiser la gouvernance, attirer, impliquer et redonner du sens au quotidien des soignants et repositionner les relations avec les tutelles**, dont 20 propositions principales réparties autour de 9 thèmes principaux :

- revaloriser et réinvestir les services de soins,
- conforter le binôme directeur-PCME,
- clarifier et associer les professionnels aux décisions,
- redynamiser les instances de gouvernance,
- proposer des parcours managériaux aux responsables médicaux,
- mettre en œuvre des délégations de gestion fortes,
- simplifier et redonner du sens au quotidien des soignants,
- impulser de nouvelles dynamiques partenariales au niveau du GHT et des territoires, Notons à cet égard la proposition n°41 de « revaloriser le rôle du conseil territorial, redéfinir ses missions et adapter son périmètre au service d'une responsabilité populationnelle », et d'en faire « la pierre angulaire de la démocratie en santé sur son territoire », réunissant les « acteurs en santé institutionnels et libéraux, des représentants des collectivités territoriales, des usagers, du secteur médico-social et d'associations intéressées par les questions de santé et d'environnement ».
- simplifier les processus nationaux,

3- la réaction des présidents de CME :

La conférence des présidents de CME de CHU note avec satisfaction les avancées vers une médicalisation accrue de la gouvernance par l'instauration d'un pouvoir de co-décision partagé entre le directeur et le Président de CME, notamment en ce qui concerne le projet médical, l'organisation des activités médicales et la nomination des praticien hospitaliers. Elle regrette néanmoins que ce partage ne soit pas étendu au choix des investissements et aux arbitrages financiers de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses soit le budget).

8- En Bourgogne Franche Comté :

8-1 Ségur de la santé : la CRSA BFC fait des propositions

Après la rencontre du 29 mai à Dijon, du Ministre des Solidarités et de la Santé et de la CRSA, pour le lancement du Ségur de la santé, cette dernière, s'est réunie le 17 juin pour élaborer sa propre contribution.

1- La démarche et l'implication des acteurs :

Préalablement, et à l'invitation du Président, une quinzaine de contributions, dont celles de l'ARUCAH et de France Assos Santé, ont été élaborées par différents acteurs de la région sur chacun des 4 piliers du Ségur :

- transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent,
- définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins,
- simplifier les organisations et le quotidien des équipes,
- fédérer les acteurs de la santé dans les territoires , au service de usagers.

Une soixantaine de membres de la CRSA et quelques représentants de l'ARS se sont donc retrouvés, le 17 juin, à Dijon pour une journée d'échanges et de réflexion, accompagnés par un consultant externe.

Les acteurs étaient particulièrement motivés, les débats riches et les opinions variées, parfois même divergentes comme par exemple entre les tenants d'un renforcement significatif de la démocratie en santé (rôle de la CRSA et des CTS, place des élus locaux, autonomie des établissements publics de santé...) et les partisans (rares) du maintien du centralisme bureaucratique et technocratique actuel.

2- La synthèse :

Plutôt que de travailler sur chacun des 4 piliers officiels, précités, le travail a été organisé autour de 2 thématiques et de 4 sujets, chacun d'eux faisant l'objet d'un atelier de réflexion, constitué d'acteurs diversifiés et représentatifs des différentes professions et origines.

- **Thématique 1 : simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes :**
 - **L'usage du numérique dans le soin :**
La réflexion a porté sur les enjeux et les difficultés de l'usage du numérique, ainsi que sur les leviers qui ont pu être identifiés par la crise pour en faciliter et élargir l'usage,
 - **Le modèle de financement des activités de soin :**
Ont été évoquées les difficultés et dérives provenant du mode de financement des activités de soin, et identifiés, les principaux leviers pour renforcer notre modèle de financement.
- **Thématique 2 : fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service de usagers**
 - **Les approches pluri-professionnelles et intersectorielles, entre l'hôpital, la ville, et le médico-social :**
Partant des difficultés et des enjeux de l'articulation et de la coordination de ces différents acteurs, l'atelier a insisté sur la nécessité de simplifier les dispositifs et de clarifier les rôles de chacun pour un meilleur service.
 - **Les parcours des patients et personnes âgées :**
Constatant les difficultés, mises en exergue par la crise, l'atelier s'est attaché à rechercher des solutions pour faciliter d'accès des personnes âgées à des soins de qualité.

3- La suite ?

La synthèse de cette réflexion a été élaborée par le prestataire externe, transmise dès le 20 juin (date de rigueur) au Ministère et largement diffusée au niveau régional.

Bien qu'importante (27 pages), cette synthèse ne peut que rendre imparfaitement compte de la richesse des débats, mais c'est bien la difficulté de ce genre d'exercice.

Le format de cette lettre ne permettant pas de rendre compte de ces travaux dans leurs détails, Il est possible de retrouver la synthèse « officielle » le site de l'ARS (ma sante en Bourgogne FC rubrique actualités) :

https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/files/files/crsa_bfc_synthese_contribution_territoriale_20200619_v1.pdf

ainsi que le tableau récapitulatif des contributions des différents acteurs

Rappelons que le Ségur doit être clos le 10 juillet. Pour l'instant nous n'avons que peu d'échos de ces discussions. Nous savons néanmoins que les mesures salariales annoncées par le Ministre (6 milliards, le 25 juin pour les soignants et 300 millions, le 29 juin pour les médecins), ne semblent pas répondre aux attentes des uns et les autres qui ont manifesté leur insatisfaction les 16 et 30 juin.

8-2 Les 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- *PTSM du Doubs*

Par arrêté du 12 mai, le DG de l'ARS a adopté le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale (PTSM) du Doubs.

A l'exception du Jura, tous les départements de la région ont élaboré un tel projet, validé par la commission spécialisée en santé mentale de leur CTS et par le CTS lui-même.

Ces documents sont consultables sur le site internet de l'ARS., uniquement pour les départements de l'Yonne, de la Haute Saône et de la Côte d'Or.

Dans les 6 mois suivant l'adoption d'un PTSM, un contrat territorial de santé mentale doit être signé entre l'ARS et les acteurs locaux. Actuellement 5 contrats ont été signés (21, 70, 71,58,89).

2- *Equipements matériels lourds (EML) dans la Nièvre (Scanner -IRM)*

Une fenêtre exceptionnelle de dépôt de demandes d'autorisations relatives à des EML sur la zone de planification sanitaire de la Nièvre a été ouverte pour la période du 7 juillet au 6 septembre. Elle porte sur l'installation d'un scanner et d'une IRM sur la commune de Cosne sur Loire.

L'objectif est de mettre un terme à la situation d'absence d'imagerie médicale par scanner et IRM sur ce secteur, depuis l'arrêt de l'activité d'imagerie du GIE du pôle santé de Cosne sur Loire, consécutif à la liquidation judiciaire de la Clinique de cette ville le 18 novembre 2019.

L'état d'urgence sanitaire a permis à l'ARS de donner au CH de Cosne sur Loire l'autorisation exceptionnelle d'exploiter un scanner, et de réquisitionner celui installé dans les locaux de la clinique. Cette solution temporaire devrait prendre fin avec l'état d'urgence soit le 10 juillet.

8-3 CDU : rapport annuel : une année blanche

Chaque année, dans le courant du 1^{er} semestre, les établissements de santé doivent dresser un rapport d'activité de la commission des usagers (CDU) au titre de l'année écoulée. Il s'agit d'un rapport « normalisé » saisi en ligne sur le site de l'ARS, validé par la CDU.

Une synthèse en est faite au niveau régional, qui est présentée à la CSDU (commission spécialisée des droits des usagers, de la CRSA) ainsi qu'à la CRSA plénière.

L'ARS vient de faire savoir aux établissements, qu'en raison de « la crise sanitaire et du retard induit, pour le lancement de « l'enquête annuelle CDU » auprès des établissements de santé », il a été décidé de « faire une année blanche pour l'enquête 2020 sur les données 2019 » et qu'une enquête sera lancée « début 2021 sur les données des années 2019 et 2020 ».

8-4 Habitat inclusif : état des lieux en BFC

L'habitat inclusif est une solution alternative entre le domicile et l'institution, reposant sur la notion de projet de vie sociale partagé. Son émergence récente dans les politiques publiques, dont les principaux acteurs sont les ARS et les conseils départementaux, Pour fixer sa politique de soutien au développement de projets, l'ARS BFC a souhaité s'appuyer sur une étude régionale autour de deux axes :

- conduire un état des lieux des dispositifs d'habitat inclusif existants en BFC,
- identifier des opportunités territoriales en lien avec les départements.

L'étude, réalisée de juin à décembre 2019, a été confiée à un collectif inter-associatif composé d'acteurs de terrain, ayant une expertise en la matière : l'APF-France Handicap, l'AFTC (association des familles de traumatisés crâniens), l'UNA (union nationale de l'aide, des soins, et des services à domicile) Franche Comté, et la Novelline (association dont le siège est à Cluny, et qui est le promoteur d'un ensemble de logements où vivent en colocation 4 à 5 personnes handicapées, affectées par une lésion cérébrale acquise).

Rendu en décembre 2019, l'état des lieux peut être consulté sur le site de l'ARS <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/index.php/etude-et-etat-des-lieux-habitat-inclusif-en-bourgogne-franche-comte>.

Il comporte 2 parties :

- un état des lieux quantitatif et qualitatif concernant les personnes en situation de handicap et les personnes âgées,
- l'identification des opportunités territoriales en lien avec les départements

Pour en savoir davantage sur la notion d'habitat inclusif, on peut utilement se reporter au « guide l'habitat inclusif pour les personnes âgées et les personnes handicapées » publié par la CNSA <https://www.cnsa.fr/documentation/guide-de-l-habitat-inclusif-pour-les-personnes-handicapees-et-les-person.pdf>

8-5 Covid 19 : le bilan de juin en BFC :

La situation dans notre région n'a cessé de s'améliorer depuis le 1^{er} mai

	Patients hospitalisés	Réanimation	Retours à domicile (1)	Décès à l'hôpital (1)	Décès EMS (1)
1 ^{er} mai	1 140	178	2 484	843	575
30 mai	421	34	3 481	1 009	651
26 juin (2)	158	12	3 821	1 037	683
Écart	-263	-22	+340	+28	+32
France entière au 26 juin (2)	8886	634	75 649	19 290	10488

(1) depuis le 1^{er} mars

(2) derniers chiffres publiés le 30 juin

Le nombre total des décès (hors les décès à domicile) s'élève donc à 1720 dont 683 (39,70%) en EMS (dont la majeure partie en EHPAD).

Sur la semaine du 22 au 28 juin, 13 000 tests ont été effectués dont 55 se sont avérés positifs.

Selon l'assurance maladie environ 240 personnes (patients et contacts) ont été invitées à s'isoler.

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

1- Du côté de nos parlementaires : Marie Noelle Schoeller nouvelle sénatrice du Doubs.

Mme Marie Noelle Schoeller est devenue sénatrice (groupe socialiste et républicain) du Doubs le 16 juin, en remplacement de Mr Martial Bourquin qui a choisi d'exercer son mandat de maire d'Audincourt auquel il a été réélu dès le 1^{er} tour des élections municipales du 15 mars. Avec le départ de Mr Bourquin, le sénat part le dernier de ses membres ayant un passé d'ouvrier.

Mme Schoeller est bien connue des bisontins, puisqu'elle fut proviseur(e) du lycée Victor Hugo et 1^{re} adjointe (2008-2014) de Jean-Louis Fousseret, maire de Besançon.

Elle siègera jusqu'au terme normal du mandat de son prédécesseur, issu de l'élection sénatoriale du 28 septembre 2014, soit en septembre 2020 (sauf report).

2- ARS : des changements au sein du département de démocratie en santé :

Au sein de l'ARS, le département « projet régional de santé, parcours et démocratie en santé » au sein de la direction de l'innovation et de la stratégie, est l'interlocuteur privilégié des représentants des usagers et de leurs associations ainsi que des membres des instances de démocratie en santé.

Son responsable Mr Claude Michaud fait valoir ses droits à la retraite à compter du 1^{er} juillet. Nous le remercions de l'écoute attentive qu'il a toujours prêtée aux représentants des usagers. Il est remplacé par son adjointe, Mme Cécile Lumière avec laquelle nous souhaitons entretenir les mêmes relations.

Enfin Mme Pernelle Parent également bien connue des représentants des usagers a quitté le département de démocratie en santé pour rejoindre les services de la délégation départementale du Doubs.

9- Publications et bibliographie :

1- APA -Etudes et résultats (N° 1153 juin 2020-DRESS)

Le dernier n° d'Etudes et Résultats de la Dress constate, qu'en 2017, un bénéficiaire sur deux (47% sur 770 000 bénéficiaires) de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), n'a pas utilisé l'intégralité du montant notifié de l'aide humaine à domicile.

L'APA à domicile prend en effet en charge une partie des dépenses d'aide à la réalisation des activités de la vie quotidienne dont les différents besoins sont recensés dans un plan d'aide personnalisé. Le montant moyen de l'aide humaine est de 500€ par mois.

2- Covid 19 : conditions de vie (Focus 197 INSEE)

L'INSEE consacre son Focus du 19 juin aux « conditions de vie pendant le confinement : des écarts selon le niveau de vie et la catégorie socioprofessionnelle ».

Parmi les principaux constats nous relevons (sans surprise) que :

- un tiers des personnes en emploi a subi une restriction d'activité susceptible de réduire le revenu du travail, dont 27 % une période de chômage technique ou partiel.
- 34 % des personnes en emploi ont télétravaillé tandis que 35 % ont continué à se rendre sur leur lieu de travail.
- 35 % des parents avec un enfant de moins de 14 ans ont eu des difficultés à assurer son suivi scolaire.
- 20 % des personnes ont vu la situation financière de leur ménage se dégrader.
- les conséquences négatives du confinement ont été plus fréquentes pour les personnes aux revenus modestes, et pour les femmes. Celles-ci ont, plus que les hommes, réduit leur activité professionnelle et consacré du temps à leurs enfants mais aussi cumulé quotidiennement plus de 4 heures de travail et plus de 4 heures avec leurs enfants.

3- Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global (Avis du CSE):

Le conseil économique, social et environnemental, a rendu, le 10 juin, un avis sur l'accompagnement des enfants et jeunes en situation de handicap (98 pages). S'il note les progrès significatifs enregistrés depuis la loi du 11 février 2005 sur « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées », il fait le constat de la lenteur de certaines évolutions prévues par la loi (ex : l'accessibilité prévue par la loi ELAN) et se prononce pour une meilleure application des deux principes d'inclusion et de compensation.

Il propose :

- de soutenir et accompagner les familles le plus précocement possible,
- de renforcer la socialisation et l'inclusion scolaire :
 - o en améliorant l'accessibilité à l'école,
 - o en instaurant une meilleure articulation entre le milieu scolaire et le milieu médico-social,
- d'adapter en permanence l'accompagnement aux évolutions des besoins,
 - o en renforçant et adaptant l'offre de soins,
 - o en simplifiant et adaptant les prestations.

10- Agenda :

7-9 octobre Santexpo 2020

En raison de la crise, le salon Santexpo initialement programmé en mai est reporté du 7 au 9 octobre au parc des expositions de la Porte de Versailles à Paris. Santexpo est le grand rendez-vous annuel de l'hospitalisation publique.

16-18 octobre Hacking Health à Besançon

La 4^e édition de l'Hacking Health (le marathon de l'innovation) aura bien lieu cette année. Il quittera les murs de l'hôpital St Jacques pour ceux de l'UFR sante (faculté de médecine) des Hauts du Chazal. Le « showroom » de l'innovation sera installé dans le hall de l'hôpital Jean Minjoz.

L'ARUCAH vous souhaite un bel été avec toute la prudence qui s'impose

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