



## Les 4 recensions du 19 mai au 6 juin 2020 – CRSA Bretagne

Ces recensions ne sont pas des positions ni avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Bretagne mais correspondent au recueil des informations régionales, des positions et remarques individuelles ou collectives d'acteurs régionaux reçues par le président de la CRSA au cours de cette période d'urgence sanitaire et de confinement. Ces recensions quasi journalières ont aussi permis un lien entre les membres de la Commission Permanente de la CRSA, les fédérations et associations régionales en santé, et les président ( e)s de Conseils Territoriaux de Santé. Remerciements à toutes celles et ceux qui y ont contribué.

### Point au vendredi 22 mai 2020

#### •HAD – dialyse et déconfinement

AUB : fonctionnement et organisation de l'AUB Santé dans le contexte de catastrophe sanitaire que nous affrontons. Les équipes de l'AUB Santé, que ce soit pour les activités MRC et HAD, contribuent à faire face, avec ses partenaires, en première ligne, aux prises en charge de patients Covid+. Je me permets de vous rassurer sur l'organisation déterminée en commun par les équipes médicales hospitalières et les équipes Maladies Rénales Chroniques de l'AUB Santé. La continuité et la sécurité des soins, ont été et sont toujours assurées dans des conditions optimales et démontrent toute la pertinence de cette anticipation. Nous avons, en effet, adapté immédiatement nos pratiques pour faire face au risque viral. Les patients dialysés de chaque territoire bénéficient de circuits sécurisés. L'accueil en structure de dialyse déployé dès le début de la crise répond aux recommandations nationales publiées seulement le 17 avril.

Trois modèles sont fonctionnels en partenariat avec les centres hospitaliers :

- à Brest / Saint-Brieuc / Quimper / Saint Malo / Pontivy : le centre hospitalier a créé une zone dialyse Covid pour le territoire. En parallèle, les équipes de l'AUB Santé ont créé, en centre de dialyse ou UDM, des séries de dialyse pour accueillir des patients des centres hospitaliers (délestage pour ouvrir zone Covid). Les patients suspects en attente de dépistage et contaminés sont dialysés dans les 5 hôpitaux concernés,
- à Rennes / Avranches / Lannion : l'AUB Santé a créé des zones dédiées Covid pour les patients file active AUB Santé (zones confirmées et zones suspects avec circuits différents),
- à Lorient : l'AUB Santé a organisé dans son centre de dialyse, pour le territoire (CHBS et AUB Santé), une zone Covid (une plage horaire dédiée aux dialysés Covid confirmés).

Une unité de dialyse mobile avec cycleur d'hémodialyse à domicile peut également être déployée par les équipes de l'AUB Santé au sein des centres hospitaliers (Brest, Lannion, ...) pour limiter les déplacements des patients dialysés. Ce système a montré son efficacité par le passé dans d'autres circonstances (communication AUB Santé congrès AFIDTN).

Les patients insuffisants rénaux chroniques en présuppléance et les patients transplantés, à haut risque de décompensation, ont été majoritairement suivis par téléconsultation depuis début mars permettant ainsi la continuité des soins tout en limitant le risque d'exposition au virus.

Toutes les équipes de l'AUB Santé sur les différents territoires se sont organisées pour poursuivre ces missions de présuppléance malgré la crise.

Cette organisation collective (réanimation, services d'hospitalisation, unités de dialyse) présente en outre la possibilité de s'ajuster quotidiennement à l'évolution des besoins. Les partenariats sont historiques, la coopération est naturelle et cette période exceptionnelle traduit une nouvelle fois la fluidité des schémas construits ensemble au fil des années avec la création de structures adaptées aux parcours des malades, non saturées pour personnaliser les accompagnements.

· Parallèlement l'activité des HAD a placé les équipes en première ligne pour la prise en charge des patients Covid. Sur les 5 territoires concernés, les HAD de l'AUB Santé ont été impliqués, conformément aux instructions nationales, plaçant le rôle pivot de l'HAD pour la structuration du suivi des patients Covid-19 en ville et en Ehpad. Les équipes HAD ont proposé leur contribution avec une stratégie collective. L'urgence de la situation et la gravité des enjeux ont, en effet, imposé une solidarité et une action mutualisée.

Les démarches proposées s'organisent, pour les interventions en Ehpad, entre les acteurs de chaque territoire (professionnels de santé libéraux, USP, EMSP, HAD, Gériatres, établissements d'hospitalisation, CPTS, PTA, Responsable Espace Ethique) en :

- demandant aux Ehpad d'anticiper pour chacun de leurs résidents avec décision collégiale anticipée de ne pas transférer un patient en l'absence de bénéfice attendu,
- favorisant les contacts entre les médecins pour prise de décision avec une astreinte médicale HAD 24 h/24.

Les HAD de l'AUB Santé interviennent en Ehpad depuis 13 ans. Cette antériorité dans les coopérations facilite la réactivité.

L'objectif du séjour en HAD ne se limite, bien entendu, pas à la prise en charge palliative. Des patients en HAD seront sous surveillance attentive et évolueront positivement sans décès (guérison) et d'autres pourront justifier d'un relais en hospitalisation même si absence de soins réanimatoires retenus.

En revanche, en cette période, l'activité habituelle des HAD a été stable avec une incidence quasi nulle des délestages des établissements hospitaliers pour libérer des lits Covid. Aujourd'hui, les prescriptions HAD orientées par les services hospitaliers sont très limitées, situation liée, a priori, au ralentissement global de leur activité.

· Je vous communique conformément aux préconisations ministérielles, les plans de reprise d'activité MRC et HAD de l'AUB Santé dans le cadre de la stratégie de déconfinement.

· Je me permets enfin de vous livrer nos réflexions sur ce que la crise révèle, ce qui a naturellement bien fonctionné / ce qui n'a pas fonctionné / ce qui s'est révélé chaotique... et les perspectives :

Ce que la crise révèle

- Une agilité d'adaptation des organisations.
- Le lien étroit et la confiance des patients, grâce au masquage rapide de tous, sécurisant.
- En dialyse le maintien des activités essentielles en période initiale, la suppression des activités moins essentielles pour garder les effectifs compétents disponibles.
- La crise actuelle nous permet de confirmer la solidité des coopérations avec les centres hospitaliers et les professionnels de santé libéraux, notamment les infirmiers libéraux en HAD.

Nous pouvons compter sur la solidarité avec les cliniques privées avec qui nous avons pu conventionner la mise à disposition de soignants pour renforcer les équipes en dialyse et HAD. Nous devons, en effet, continuer d'assurer, le traitement des patients chroniques avec un pourcentage moyen de 15% de soignants malades ou absents en attente de dépistage, associé à des missions supplémentaires en lien avec la pandémie (zone dédiée, zone de contrôle des entrées pour les patients, ...).

Ce qui a naturellement bien fonctionné

- Une belle dynamique d'établissement avec des professionnels engagés

Ce qui n'a pas bien fonctionné

- La pénurie et l'énergie épuisante dépensée pour l'approvisionnement des équipements de protection individuelle notamment, bien entendu, les masques

Pour la protection des professionnels de santé salariés des établissements AUB Santé, nous veillons à protéger les professionnels mais aussi tous les patients dialysés en unité avec 1 masque chirurgical par séance pour garantir la double protection recommandée par la Société Française de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT). En revanche, pour les patients Covid en dialyse, les soignants sont exposés en 1ère ligne, et nous pensions qu'il était nécessaire de prévoir une dotation hebdomadaire FFP2 pour ces activités,

à l'instar des pratiques de la majorité des centres de dialyse traitant des patients positifs, mais je sais que ce n'est pas la doctrine nationale.

▫ Une information et une analyse trop tardive sur le risque, avec négligence de la situation alarmante dans le grand Est, après un déni complet sur situations Italie / Chine.

Ce qui s'est révélé chaotique

▫ Le stress pour tous : patients et professionnels.  
▫ Un virus nouveau et sournois : une dissémination contenue par le confinement mais une possible bombe à retardement.

Echangeons dans les prochaines semaines sur vos conceptions d'évolutions de l'organisation des soins qui pourrait être bouleversée par cette catastrophe. Comme vous le savez nos établissements sont volontaires pour expérimenter de nouveaux modes de fonctionnement et de financement. Le secteur Maladies Rénales peut ainsi être le poisson-pilote des réformes pour les maladies chroniques.

Certaines perspectives peuvent être exposées :

- le domicile devrait être réhabilité. Il y aura une demande provenant des patients pour le domicile y compris les patients âgés et non autonomes pour limiter les déplacements. La crainte du virus prendra le dessus sur la crainte de « l'accident à domicile »,
- devraient également être une offre pertinente : la proximité pour les traitements chroniques, les unités de taille réduite, les liens avec les structures de personnes âgées, les équipes mobiles de dialyse,
- enfin vous aviez été sensibilisé ces dernières années sur l'objectif d'introduire dans la loi des dispositions relatives à la prévention des conflits d'intérêts des industriels pour les activités de santé : vous étiez convaincu par la proposition d'exclure la possibilité par les industriels du secteur du médicament et des dispositifs médicaux, ou pour les prestataires de services en santé, d'être titulaire d'une autorisation d'activité de soins, ce qui est malheureusement la situation aujourd'hui dans la santé avec des industriels gérant des services de soins pour écouler leurs produits « du producteur au consommateur ». La sagesse de cette proposition de salubrité sanitaire n'a pas été suivie, à l'époque, en opportunité, par l'Assemblée car peu d'élus in fine n'avaient mesuré les enjeux. Compte tenu des risques sanitaires potentiels, votre avance sur ce sujet sera déterminante.

#### •**Démocratie en santé, ses contributions et sa place, environnement et société**

- Une tribune : Il n'y a pas eu de pilotage démocratique de la lutte contre le coronavirus, Denis Leguay, Psychiatre hospitalier à Angers, Président de la Conférence Régionale de Santé des Pays de la Loire, Bernard Gaillard, universitaire émérite, docteur en psychopathologie clinique et psychocriminologue, Président de la Conférence Régionale de Santé de Bretagne

[https://www.huffingtonpost.fr/entry/il-ny-a-pas-eu-de-pilotage-democratique-de-la-lutte-contre-le-coronavirus\\_fr\\_5ec2a400c5b6d7412abd84ba?utm\\_hp\\_ref=fr-politique](https://www.huffingtonpost.fr/entry/il-ny-a-pas-eu-de-pilotage-democratique-de-la-lutte-contre-le-coronavirus_fr_5ec2a400c5b6d7412abd84ba?utm_hp_ref=fr-politique)

- Expression libre : rappel la page web CRSA pour s'exprimer sur ce que nous vivons est toujours ouverte  
<https://framaforms.org/pendant-le-covid-19-1585900717>

- Pollutions sonores, protection et prévention: un citoyen : dans le cadre des actions à mener pour améliorer la santé, je suis pourtant encore sur le chantier des riverains de la LGV qui réclament une meilleure prise en compte de leur situation et une meilleure protection contre le bruit des TGV. Ne pourrait-ce par être un thème pour la CRSA dans les mois à venir?

- Conférence Nationale de Santé : assemblée plénière du 20 mai dernier. La C.N.S. appelle les pouvoirs publics à « faire le pari de la démocratie en santé et à veiller au respect des droits des usagers ». Rappel de son avis du 15 avril dernier : Une coordination étroite entre l'Agence régionale de santé (ARS) et la

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) doit se mettre en place. Elle est une condition de la pérennisation des mesures de lutte contre l'épidémie du COVID-19 et de leur évolution au cours des semaines et mois à venir (notamment la période de déconfinement). La démocratisation des arbitrages pris par les pouvoirs publics conditionne la recevabilité, l'acceptabilité et la qualité de mise en œuvre des mesures prises.

Les instances de démocratie en santé, les partenaires sociaux et les associations d'utilisateurs ne sont pas forcément des experts des situations de crises. Néanmoins, ils disposent d'idées, de connaissances, d'expériences du terrain régional, ils en savent les besoins, les attentes, les inquiétudes spécifiques. Il est donc primordial de les informer et de les associer aux cellules de crise sanitaire, de recueillir leurs avis et contributions en leur qualité de représentant de la société civile.

### - L'urgence sociétale

L'urgence sociétale à la réponse du COVID 19. Ce que nous vivons aujourd'hui dans le cadre de cette crise nécessite une œuvre contributive des bonnes volontés et des expertises disponibles, en raison de l'ampleur de la crise sanitaire et sociétale que nous connaissons et allons connaître.

L'exercice de la démocratie sanitaire prend toute son importance en ces moments, il convient de saluer le travail en commun réalisé par les CRSA\* des Pays de Loire, de la Nouvelle Aquitaine et de la Bretagne.

\*(Conférence Régionale Santé Autonomie)

Un texte réalisé en concertation est doté de nombreuses contributions, il se veut contributif en vue d'améliorer le mieux possible le fonctionnement de notre système de santé et de solidarité en ces temps de crise.

L'urgence a nécessité en priorité une réponse politique et médicale avec une sollicitation de l'expertise scientifique. Il s'agissait aussi d'agir sur la réactivité des services de santé, avec la mobilisation des ressources matérielles et financières disponibles.

Nous avons aussi assisté à une montée des critiques sur la gestion de l'urgence sanitaire.

Dans ce contexte le Conseil scientifique a intégré dans ses préconisations les enjeux sociétaux, sociaux, et les questions d'éthiques, les acteurs de la démocratie sanitaire comme les CRSA ont pu s'emparer d'un rôle actif dans cette situation.

Les objectifs affichés consistent aujourd'hui à impliquer la société, à retrouver la confiance des citoyens, en s'appuyant sur l'expertise sociale, notamment envers les populations les plus vulnérables avec la prise en compte des attentes venues des territoires au plus près des besoins locaux identifiés et majeurs.

L'inventivité du monde associatif joue un rôle important dans ce contexte.

Tous les acteurs mutualistes sont aussi pleinement mobilisés sur le terrain, pour prévenir et assurer la continuité de leurs activités auprès de leurs adhérents.

La sortie de crise nécessite aujourd'hui beaucoup d'attention avec une séquence qui va nécessiter à la fois l'écoute et la participation de toutes les instances de notre démocratie.

Une phase de reconstruction nécessitera aussi d'impliquer les forces sociales organisées et les réseaux citoyens. Une société ne peut être résiliente en faisant l'impasse de cette concertation avec l'implication des forces vives et des organismes qui nous représentent.

La sortie du confinement va s'avérer délicate à gérer, il faut s'attendre à ce que la situation des services de réanimation des régions les plus touchées ne s'améliore que progressivement. Les équipes de soignants devront également bénéficier d'une période suffisante pour récupérer.

Les stocks de matériel, les traitements spécifiques à la réanimation et équipements de protection devront être reconstitués.

Il faudra aussi prendre en compte le moral et la santé des citoyens en raison des effets sociaux du confinement et en priorité pour les populations les plus à risque.

La stratégie post-confinement va inclure, de nombreux critères et de maintien de certaines mesures déjà évoquées à de nombreuses reprises.

-Le soulagement des services de réanimation.

-Une réduction du nombre de cas COVID 19 sur le territoire.

-L'élaboration d'une stratégie post-confinement progressive et opérationnelle (discours d'Edouard Philippe le 28 avril à l'Assemblée Nationale)

Notre solidarité et notre engagement post-confinement seront déterminants dans ce dispositif.

Le Conseil scientifique a rallié la décision politique du gouvernement de l'après confinement progressive du pays à partir du 11 mai, en tenant toutefois à rappeler que l'après confinement n'est pas synonyme d'absence de risque !

« Le virus continuera de circuler parmi nous » explique-t-il.

Bernard Vaysse, Représentant de la Mutualité Française au Conseil de Surveillance ARS Bretagne

### •Secteur du Handicap, des personnes vivant avec un handicap, de l'insertion et de l'inclusion, de l'offre de soins, vie dans les établissements

- In Flash Uriopss n°42 : réunion ARS-Fédérations qui a porté sur le secteur handicap en général et sur le thème des « Communautés 360 COVID ». Cette réunion était animée par le Directeur Général adjoint Malik Lahoucine et Dominique Penhouet Directeur adjoint.

/ situation abattoirs Kermené : une campagne de dépistage complémentaire auprès du personnel était planifiée ce mardi 19 mai. L'identification précise du personnel ciblé par cette nouvelle opération a été effectuée le lundi 18 mai, en collaboration avec le service de médecine du travail de l'entreprise et les épidémiologistes de Santé publique France. Dans l'intervalle, l'ensemble du personnel a été invité au strict respect des mesures barrières ainsi qu'à la limitation de leurs interactions sociales. L'objectif, juguler au plus vite les épidémies localisées afin d'éviter une propagation à d'autres territoire.

Le risque sanitaire est donc bien toujours présent dans notre région qui a été jusqu'à ce jour épargnée, ce qui nous appelle à garder la plus grande vigilance ! en Bretagne 6000 tests par jour sont possible. L'Objectif, aboutir très rapidement à 8000 tests par jour.

La stratégie mise en place conduit évidemment sur ce territoire des Côtes d'Armor à une diminution de ressources humaines dans les entreprises en général dont les structures sanitaires sociales et médico-sociales. Consciente de cette problématique, l'ARS a sensibilisé le national à l'isolement des cas contacts mais quand ils sont testés et négatifs afin qu'ils puissent retrouver rapidement leur activité. L'ARS est en attente de la réponse du Haut Conseil à la santé publique.

Un participant a demandé que les médecins puissent diffuser l'information notamment aux services d'aide à domicile, afin de coordonner l'action des différents intervenants à domicile dans un objectif de protection.

En conclusion de ce point, le déconfinement progressif ne doit pas nous inciter à relâcher notre vigilance. Il nous faut impérativement poursuivre la bonne application des gestes barrières et de distanciation physique et les intégrer dans notre vie quotidienne. Seule une vigilance collective permettra d'assurer le bon déroulement de cette nouvelle phase pour l'ensemble de la population.

Un administrateur de l'URIOPSS a remercié pour ces chiffres et données réalisées à partir des plans de reprise d'activité transmis par les organismes gestionnaires et a souligné que cela pourrait être intéressant que cela soit poursuivi via des remontées de chiffres régulièrement sachant qu'au regard des contraintes, aller au-delà de 40% d'activité sera cependant difficile du fait, entre autres, des 4 m<sup>2</sup> obligatoires par personne

- Communauté 360 COVID :

Lors de la Conférence Nationale du handicap du 11 février dernier, le Président de la République a annoncé la constitution pour 2021, de 400 communautés territoriales d'accompagnement dites « 360 », rassemblant notamment des organismes gestionnaires d'ESMS, des acteurs du sanitaire et du social, des collectivités locales, acteurs institutionnels.... Inscrites dans la continuité de la démarche « réponse accompagnée pour tous » et dans la dynamique des territoires 100% inclusifs, elles constitueront un levier de la transition inclusive et auront vocation à améliorer la connaissance collective et partagée des écarts entre les besoins

et les solutions d'un territoire pour faciliter l'organisation de réponses d'accompagnement adaptées aux personnes en situation de handicap. A terme, les MDPH pourront trouver à travers ces communautés territoriales d'accompagnement des relais organisés au cœur des bassins de vie pour soutenir l'accompagnement des personnes, coordonner la mise en œuvre des droits notifiés, garantir une diversité de solutions en milieu ordinaire et/ou spécialisé.

Au regard du contexte de crise sanitaire qui expose davantage les personnes et leurs familles aux situations complexes, la secrétaire d'État aux Personnes Handicapées, Sophie Cluzel, a demandé la structuration rapide de communautés/plateformes dites « 360-COVID », à une échelle a minima départementale. S'inspirant du modèle 360, ces organisations auront une mission transitoire et contextuelle dans le cadre de la réponse à la crise mais pourront également servir de terreau à l'émergence des futures communautés territoriales d'accompagnement.

- In Hospimedia du 20/05 : La circulaire budgétaire médico-sociale maintient le cap et intègre la variable Covid-19 Remanié à la lueur du Covid-19, le projet de circulaire budgétaire médico-sociale 2020 détaille les modalités d'accompagnement des structures affaiblies par la gestion de l'épidémie tout en maintenant le cap sur les politiques grand âge et handicap.

Dossier en 2 parties : L'impact du Covid fait réhausser la programmation budgétaire de plus d'un milliard d'euros ; 2020 met la priorité sur les parcours, l'inclusion et l'aide aux aidants

-

#### •Solidarité public-privé

ALTYGO : Engagement et solidarité Publique-Privé solidaire

Monsieur, aide-soignant, dans le cadre de son inscription à la réserve sanitaire a été appelé en renfort par l'hôpital de Lannion suite au nouveau cluster situé depuis mi-mai autour de cet établissement. Affecté à l'unité covid-19 du service infectiologie du 12 au 28 mai, ce professionnel a bénéficié d'une journée d'intégration avant de prendre son service de nuit. Il intervient en renfort suite à l'absentéisme engendré par le covid-19 sur cet établissement.

Nuit de 12h15, 120 kilomètres par jour pour se rendre à Lannion, travail en binôme avec une infirmière : telles sont les caractéristiques de cette mission. Cette mise à disposition de compétences, officialisée par une convention, aura associé structure publique et structure privée-solidaire entre l'Hôpital de Lannion et l'Association ALTYGO. Beau geste d'engagement et de solidarité.

#### •EHPAD, résidences et personnes âgées

- ALTYGO : les résidents du Courtil de l'Ic ont accueilli deux intervenants de la Compagnie « Drôle d'hazard » de 14h à 17h.

Cette compagnie briochine qui mêle musique et poésie, pratique ce qu'elle appelle « l'art tout terrain », ainsi la performance d'aujourd'hui prenait la forme cette fois d'une déambulation extérieure.

Les résidents étaient invités à venir apprécier musique, lecture de chansons ou de textes à leurs fenêtres ou en mini groupe dans le jardin.

- In Flash Uniopss n°43 : Témoignage de la directrice de l'Ehpad Boris-Antonoff à Saint-Malo géré par l'Armée du Salut

« On aura beau mettre en place toutes les animations du monde, rien ne remplace la présence d'un proche. »

« Contrairement au reste de la population française, le déconfinement du 11 mai n'a strictement rien changé pour les Ehpad. Ce constat n'est pas toujours facile à comprendre pour les familles désormais libres de leurs mouvements et qui ne peuvent toujours pas visiter leurs proches normalement. Les conditions des visites autorisées sont encore très strictes et contraignantes pour les établissements, en raison des nombreuses normes de sécurité à respecter. Le respect de ces normes n'est pas sans poser de problèmes. Les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ont par exemple du mal à reconnaître leurs proches portant un masque. De la même manière, ceux qui ont du mal à entendre et qui avaient l'habitude de lire sur les



lèvres ne peuvent désormais plus le faire. Enfin, les familles souffrent de se tenir à distance de leurs proches et du manque d'intimité, en raison de la présence obligatoire d'un salarié tout au long de la visite. En dépit de toutes ces contraintes, le bénéfice de ces rencontres est indéniable. Certains résidents se remettent à marcher et à manger. On aura beau mettre en place toutes les animations du monde au sein de l'établissement, rien ne remplace la présence d'un proche. »

### • Réflexions éthiques

- Quelques réflexions éthiques. Dr M CARSIN, CDOM 35.

On avait oublié, tout oublié et avec la pandémie qui nous touche, nous nous rendons compte que les épidémies sont des périodes difficiles et exigeantes. Nous devons les affronter quelques soient notre angoisse et aussi notre méfiance. Il y a d'abord eu le profond traumatisme causé dans l'opinion publique par le raz-de-marée du COVID-19, les soignants ou les familles des victimes. Il nous faut désormais subir des contraintes plus ou moins pénibles et nos actions vont révéler en nous du bon et du mauvais et, par la provocation de nos valeurs, générer des conflits qui révèlent parfois des failles. Et nous devons pourtant continuer nos efforts car si ceux-ci ont aidé à maintenir la situation, nous avons en permanence à nous rappeler que l'épidémie n'est pas terminée et pourrait repartir.

Préparés par l'exemple de la Chine et de l'Italie, nous sommes entrés en confinement.

« Il n'y a rien de moins indépendant qu'un citoyen libre ». Notre acceptation apeurée de dispositifs que l'Etat a institués pour notre bien, s'exempter de reproches et rencontrer, en principe, nos désirs profonds, n'a pas été discutée.

Il s'agissait bien de sauver des vies, en tentant de limiter la surcharge du système de santé et pas seulement par solidarité ou compassion avec les personnels soignants. Et ceci, parce que l'on sait que mieux soigner aide à diminuer la mortalité et aussi que gagner du temps permet de rechercher des solutions alternatives. Mais un confinement doit garder l'essentiel de nos valeurs. Le travail ne s'est peut-être pas révélé être la principale. Ces valeurs se sont parfois exprimées par les solidarités spontanées des soignants et des aidants. Sauver des vies, certes, toutes celles que l'on pouvait sauver mais reconnaître des devoirs : assurer aussi la survie de ceux à qui on impose un fardeau pour le bien commun et qui deviennent des sacrifiés et ainsi pouvoir demander une coopération. Mais l'on a vu resurgir les inégalités, constats lancinants sans possibilité de solutions immédiates, et insuffisances du système social.

Et la Santé s'est heurtée à l'Economie.

La pandémie a blessé l'économie comme d'ailleurs aussi les mesures anti-pandémiques. La peur, mesure de protection incontrôlable, a sans doute tout aggravé.

Il fallait pourtant toujours protéger ceux qui étaient en difficulté. C'est en principe l'Etat qui aurait du y pouvoir pour toute une partie de citoyens et des présents sur notre sol. Car on sait que le soutien est une mesure anti-pandémique très efficace, aidant à accepter les sacrifices. Les promesses (tous ne seront pas soutenus de la même façon), les approximations, les incohérences, les reculs révèlent les failles de notre organisation.

Il fallait surtout une distribution juste des soins : faire le plus de bien possible en respectant la valeur égale de la vie de chacun. On peut penser que c'est une réussite.

Mais l'on retrouvera des problèmes si le vaccin paraît : organiser pour privilégier : ceux qui sont au contact fréquent, ceux qui ont le plus de risques de mourir ou ceux qui sont indispensables au bon fonctionnement général ? Car l'on a vu les difficultés dans la distribution des ressources : ventilateurs, masques, tests... « Un devoir d'équité dans une société injuste » n'est pas évident à tenir.

La recherche a été un point très sensible.

Il est certain que la situation pouvait amener à prendre des risques. Pour faire bien et vite, on devient moins exigeant. On oublie l'enjeu : faire plus vite mais pas moins bien. Des listes remarquables de solution sont apparues, fluctuantes, labiles, promues par les médias, sources d'engouement mal maîtrisable. Notre bienveillance, convaincue d'une efficacité, peut chercher à vouloir dans l'urgence imposer à tous le bien fondé de notre choix. Il y a eu dans ce domaine quelques débordements qui questionnent.

Les jeunes et les vieux.

Après les avoir laissés de côté, désormais « on confine pour les vieux » : on laisse entendre que les personnes âgées sont les bénéficiaires et que les autres se sacrifient.

On s'est organisé collectivement pour faire certains choix afin de vivre notre vie sans devoir la risquer : réorganiser pour continuer à faire comme avant. On a omis de le faire pour les personnes vulnérables en leur disant « restez chez vous » : économie d'une réorganisation qui leur permette de pouvoir eux aussi faire comme avant. Les personnes âgées et vulnérables sont finalement les plus sacrifiées. La réorganisation choisie révèle des intérêts divergents : conflits, mauvaise foi, coup de canif dans notre contrat social et soucis présents et à venir.

Le déconfinement.

Nous y sommes et il pose ses propres problèmes. Ère de l'incertitude, dans laquelle chacun doit encore adapter ses valeurs. Heurt entre la réduction des risques et par exemple le droit à l'éducation ou le droit à la fête. Il faut désormais apprendre à vivre avec le risque et réorganiser le temps et l'espace, perspective difficile. Période d'incertitude aussi car les mesures peuvent changer : besoin d'adapter l'information en fonction de l'évolution des connaissances mais avec honnêteté et crédibilité.

Les outils de traçage (fichiers et numérique) portent leurs propres problèmes : mode de recueillement, secret médical, traçage digital et protection de données, passeport immunitaire parfois évoqué...

Un idéal existe peut-être : test-traçage-isolément-quarantaine mais il ne peut s'improviser car il ne suffit pas d'isoler un contact. Encore faut-il traiter toute la prise en charge qui se rattache à la personne isolée, famille et revenus par exemple. L'hébergement ne suffit pas.

Et la suite...

Il y aura d'abord pour un grand nombre « l'angoisse de l'avenir ». Il y aura ensuite une surenchère judiciaire appelée à durer et qui aboutira à une insatisfaction peut être dangereuse. Après, c'est l'inconnu. Cette suite sera essentielle mais interroge : redémarrer pour faire quoi, comment, avec quels buts ? Equilibrer besoins légitimes et équitables et également l'environnement qui est à préserver ? Exercice difficile mais original qui constituera sans doute aussi une occasion qui restera unique.

- Conférence Nationale de Santé avis du 15 avril : Les enjeux éthiques soulevés par l'épidémie du COVID-19 et les mesures sanitaires ou socio-économiques qui l'accompagnent doivent être l'objet de débat. Ainsi, la Conférence Nationale de Santé considère que le suivi numérique des citoyens ne peut être mis en place de manière unilatérale sans l'avis des instances nationales et locales de démocratie en santé (CNS, CRSA et autres instances) et d'éthique (Comité consultatif national d'éthique, ...).

- Un point de vue citoyen : La réflexion éthique se nourrit de la vulnérabilité de l'humain et de l'attention à l'autre dans un contexte d'inévitable vie sociale. Cette démarche est particulièrement nécessaire dans les moments de crise sanitaire, dans des situations de déséquilibre entre l'action estimée professionnellement nécessaire et les pénuries en matériel ou en personnel, dans des situations de déséquilibre entre les normes morales et le faisable. La crise actuelle rappelle que l'Homme est mortel, l'Homme est vulnérable, les constructions de l'Homme sont aussi vulnérables. Si l'éthique se loge dans les détails du quotidien, dans les incertitudes de l'action, dans les émotions des personnes confrontées à ces écarts, à ces luttes de normes, elle n'est aucunement à confondre avec les analyses de pratiques professionnelles, les groupes qualité, les analyses de retours d'expérience, ni avec les dispositifs cliniques d'accompagnement psychologique



individuelle ou de groupe. Travailler globalement sur le questionnement éthique, c'est accepter de reconnaître les asymétries, les repérer, les interroger. Cependant, les lieux de la réflexion éthique ne peuvent être des lieux de justice ou de censure. Les asymétries, qu'a évoqué également Spinoza, sont un problème à résoudre, et par hypothèse le mode de résolution se doit d'être débattu, et son issue provisoire, contextuelle, individuelle et culturelle. C'est l'intrication de l'un et de tous dans un lieu, dans un moment de crise, dans de l'action qui pose nécessairement problème. Une expérience personnelle s'instruit en même temps qu'une expérience de groupe, groupe de professionnels mais aussi groupe d'utilisateurs. Face à ces asymétries, l'éthique n'est pas à poser un nouveau code, de nouvelles normes, de nouveaux dispositifs opérationnels, de nouvelles politiques, mais à faire perdurer une tension de la pensée dans l'épreuve du quotidien. Cette réflexion se développe et se renouvelle dans les rapports entre l'humain du professionnel, l'humain de l'utilisateur, l'humain du citoyen et les réponses et constructions réglementaires, légales, institutionnelles, des dispositifs et organisations des établissements et services. Tests et masques sont-ils utiles ? pour qui ? pourquoi ? pour quoi faire ? La communication des pouvoirs publics n'est jamais totalement transparente car le pouvoir a sa propre stratégie de chercher à s'y maintenir. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'il y a toujours un sens caché au discours du puissant. Cela est apparu trop manifeste dans la situation actuelle ajouté en plus à un discours moralisateur et infantilisateur. La réflexion éthique n'a-t-elle pas à revisiter en permanence l'émergence de chacun à une vraie personne sociale reconnue par ses pairs et par le pouvoir. Y a-t-il un bon citoyen et un mauvais citoyen ? Le pouvoir peut toujours trouver des arguments qu'il estime incontournables et inattaquables car appuyé sur un « conseil scientifique », une « haute autorité », un article scientifique, pour limiter l'autonomie du citoyen, pour imposer des règles de vie en société, et ce encore plus en période de dite crise. Ce dernier pouvant puni par le coronavirus parce qu'il n'a pas respecté les règles imposées par le pouvoir central, parce qu'il n'a pas respecté le confinement strict ?

La crise sanitaire conduit à interroger la déliaison positif-négatif et celle de l'irrationnel-rationnel. Place des personnes et de leurs actions dans la société sont portées par du sens qui permet à chacun de s'y retrouver. Les rapports dynamiques et conflictuels le bien/le mal, le bon/le mauvais, l'utile/l'inutile, le sérieux/le futile, le raisonnable/déraisonnable, le certain/l'aléatoire, le réel/le virtuel, l'apaisant/ le dramatisant, le risque/le sûr, l'objectif/le subjectif, être doté du matériel nécessaire/insuffisance des moyens... produisent du sens dans la compréhension globale du monde et celle du monde proximal au quotidien. Cette compréhension que l'on doit accepter comme jamais totalement définitive, est confrontée aux discours des politiques et à ceux des médias occupés par, pour certains, des sachants récemment constitués en experts en épidémiologie, en virologie. Les mots empruntés aux écrits scientifiques permettent à certains d'être fictivement dans la démonstration scientifique alors qu'ils ne sont que dans l'affirmation d'une place sociale et d'une conviction. D'où vient cette expression « distanciation sociale ». C'est tout le contraire qu'il faut mais parler de « distanciation physique ». Nous avons pu malheureusement remarquer les dégâts de cette expression et de son application pure et dure, avec ses conséquences dans les familles, dans l'état psychique de personnes. L'homme est d'abord social. Une réflexion éthique et politique doit pouvoir se dérouler quand il apparaît nécessaire de limiter ces rapports interhumains dans les espaces publics, les espaces socio-professionnels.

La réflexion éthique restitue du temps là où l'urgence de l'intervention l'a escamotée. Le débat est-il nécessaire quand il s'agit de traiter de la santé d'une personne ? Le débat est-il nécessaire quand les professionnels, en temps de crise, ne peuvent trouver le repos nécessaire à leur bien-être ? Le débat est-il nécessaire quand les citoyens sont inquiets et s'interrogent avec angoisse sur le développement d'une pandémie où ils voient la mort potentiellement à leur porte, en tous cas quotidiennement à la télévision ? Si le débat prend du temps, c'est du temps gagné pour le bien-être de tous. Et le débat est l'essence de l'humanité.

- Un point de vue de médecin hospitalier : A titre personnel, et en lien avec les lectures faites au fil des événements ou des échanges que j'ai pu avoir avec l'espace régional d'éthique de Bretagne, je reste marqué par :

- Les ruptures des liens sociaux (famille, travail, voisinage, intergénérationnel, école, soins non COVID...) sous prétexte de rompre les chaînes de contamination et des distorsions que cela induit lorsqu'on considère autrui comme potentiel contamineur ;

- Les inégalités sociales de santé accentuées par cette crise qui ont davantage touchées les personnes moins favorisées, exposées par les métiers qu'ils ne pouvaient pas arrêter en raison soit de ressources financières insuffisantes soit parce qu'ils font un métier indispensable (caissière, personnel soignant, livreurs, ripeurs...) et/ou par des conditions de vie et de logement où l'espace est restreint (probable principal facteur de diffusion);

- L'infantilisation de la part de nos décideurs (gouvernement ou direction d'hôpital...) envers les citoyens responsables et raisonnables que nous sommes en grande majorité. Nous avons reçu des quantités de rapports pour nous aider à gérer le déconfinement (dans mon domaine 2 rapports différents du Ministère et du Haut Conseil en Santé Publique de 50 pages autour des recommandations pour les personnes en situation de handicap) et nous entendons parler en boucle les infectiologues, les politiques, les polémistes... mais où est la voix des citoyens et la place aux initiatives locales et à l'intelligence collective ? elle existe heureusement mais ne fait que trop peu l'objet d'une médiatisation sans doute.

Le rapport récent du CCNE avec ces 9 points d'attention qui me paraissent adaptés (ci-dessous).

- Enjeux éthiques lors du dé-confinement : Responsabilité, solidarité et confiance

Réponse à la saisine du Conseil scientifique Covid-19 du 4 mai 2020

Neuf points d'attention pour la période de dé-confinement

1. La relation à l'autre : face à l'ambivalence des relations humaines, la nécessité du lien social
2. Le vivre ensemble : face au risque de fracture dans le monde du travail et au creusement des inégalités sociales, la recherche d'un sens commun et d'une solidarité ancrée dans le temps
3. Le retour des libertés : dans un contexte de contraintes, une plus grande vigilance pour garantir l'effectivité du consentement et du volontariat
4. Les enjeux de la santé et de l'économie : plutôt que de les opposer, réconcilier et rendre complémentaires les différentes valeurs de la vie
5. La parole citoyenne : face au risque d'une défiance, mobiliser la vision citoyenne pour éclairer le politique
6. La recherche : une nécessaire éthique de la recherche et l'importance d'une culture scientifique à partager
7. La communication : face à la discordance, une information honnête et transparente et l'appel à une éthique personnelle de communication
8. Le système de santé : tirer les enseignements de la gestion de la crise Covid-19 à l'hôpital pour renforcer l'égalité d'accès et l'équité
9. Demain : anticiper l'éventualité d'une nouvelle vague ?

#### •Tests Covid-19 et masques

- In Flash Uriopss n°42 : La Haute Autorité de santé complète ses préconisations sur l'utilisation des tests sérologiques. Cette troisième publication sur ce sujet, porte spécifiquement sur les tests rapides.

Trois catégories de tests sont visées par ce rapport d'évaluation : les tests diagnostiques rapides (TDR), les tests rapides d'orientation diagnostique (TroD) et les autotests. Les TDR disposent des mêmes indications préconisées que les tests Elisa. Les professionnels asymptomatiques des secteurs sanitaire et médico-social peuvent ainsi en bénéficier en complément d'un dépistage virologique. Il en va de même pour les TroD, qui nécessitent une confirmation de diagnostic. Ceux-ci sont également indiqués pour les patients ayant des

difficultés d'accès aux laboratoires de biologie médicale. Enfin, les autotests ne font l'objet d'aucune préconisation de la HAS en raison du manque d'informations sur leur utilisation en vie réelle.

- Un patient le 20 mai: Je suis transplanté. L'accès aux masques est mal aisé. Difficulté pour obtenir des masques en supermarché. Pas toujours évident également en pharmacie : dieu merci, le pharmacien me connaît. Pas de masque fourni à l'hôpital lorsqu'on va y faire des examens même si on fait part de son immunosuppression.

- Une conseillère de France-Rein : On m'a fait remonter le fait que certains établissements demandaient aux patients en dialyse d'apporter leur masque et gel hydroalcoolique pour la dialyse. C'est évidemment anormal car pour la dialyse, cela doit être fourni par l'établissement. Les 10 masques par semaine, sont pour la vie courante en dehors de la dialyse

#### - Masques, gants et gestes barrières

Je me permets de vous confirmer une tension anxieuse sur l'approvisionnement des équipements de protection individuelle.

Pour les masques, l'AUB Santé assure la fourniture à chaque soignant (1/jour) et à chaque patient (1/séance) d'un masque chirurgical. A moyen terme, incertitudes.

Pour les gants, la pénurie est mondiale. Inquiétude maximum pour les prochains mois. Par défaut, le retour aux gants latex est déjà envisagé (cette matière avait été abandonnée il y a plus de 15 ans...).

- Un membre de l'association France Rein : Pour mon cas personnel, difficultés d'avoir les 7 masques par semaine dans la pharmacie habituelle: première semaine 5 masques, deuxième semaine 1 masque.

Pour la dialyse gel et masque sont bien servis dans l'unité de dialyse. 1 masque tissu lavable a été fourni pour les déplacements.

Concernant le suivi sur la liste d'attente, j'ai bien reçu un appel téléphonique du médecin du centre de greffe pour évaluer les risques/bénéfices de la greffe dans les circonstances présentes.

• Politiques publiques santé - Offres de soins et de prises en charge- fonctionnement des établissements sanitaires publics et privés

- In Hospimedia du 20/05 : Les directeurs d'hôpital défendent le sérieux de leur gouvernance face au Covid-19. Entre adaptation et réactivité, les directions hospitalières ont su être au rendez-vous du coronavirus et en relever le défi organisationnel.

- Notre hôpital public demain : Le CESE a lancé sa consultation citoyenne nationale  
<https://lettre.infolecese.fr/trk/107091/5958/600142664/192696/487767/ef6cb6ed/>

- Une autre enquête : [https://mobile.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/enquete-franceinfo-comment-la-rigidite-et-les-lenteurs-de-la-bureaucratie-ont-plombe-la-gestion-francaise-de-la-crise-du-covid-19\\_3962461.html#xtref=android-](https://mobile.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/enquete-franceinfo-comment-la-rigidite-et-les-lenteurs-de-la-bureaucratie-ont-plombe-la-gestion-francaise-de-la-crise-du-covid-19_3962461.html#xtref=android-)

[app://com.google.android.googlequicksearchbox/https://www.google.com&xtref=https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/enquete-franceinfo-comment-la-rigidite-et-les-lenteurs-de-la-bureaucratie-ont-plombe-la-gestion-francaise-de-la-crise-du-covid-19\\_3962461.html](https://com.google.android.googlequicksearchbox/https://www.google.com&xtref=https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/enquete-franceinfo-comment-la-rigidite-et-les-lenteurs-de-la-bureaucratie-ont-plombe-la-gestion-francaise-de-la-crise-du-covid-19_3962461.html)

- Un RU Vannes : Les échanges entre les Hôpitaux du GHT ont été fructueux dont le privé durant ces 2 derniers mois.

L'activité a été beaucoup ralentie du fait de l'hôpital (report d'hospitalisation et d'intervention) puis de nombreux patients ont eu des craintes de contamination en allant à l'hôpital d'où chute des visites.

Tous ces rendez-vous différés vont être réactivés puis se rajouteront les nouveaux. La période estivale va ramener du monde et les soignants prendront des vacances. Tout ceci doit être pris en compte.

Hôpital public, privé, médecine de ville ont la volonté de coopérer pour soigner les patients selon une graduation des soins.

Au CHBA, les décès ont été gérés avec les familles sans heurt. Pas de plaintes enregistrées à la CDU pour ces situations. Aucun soignant en Réa n'a été contaminé au CHBA Vannes. 29 ont été touchés par le covid 19, aucun décès.

- Hôpital privé Sévigné : HPS a pu reprogrammer avec mesure depuis le 11/05, essentiellement en chirurgie Ambulatoire (80 à 90%). L'idée étant de limiter le temps de présence sur site et de ne pas peser sur les capacités. L'orientation ambulatoire connaît un développement assez impressionnant (on fera le bilan mais je pense qu'on aura progressé sur les gestes marqueurs) et en préservant au maximum les 5 drogues en tension (les efforts de nos Anesthésistes sont payants, notamment en direction de la rachianesthésie).

Cependant la préoccupation au sujet des drogues est majeure, notamment sur le propofol, incontournable pour l'activité d'endoscopie ; on ne nous annonce pas de réapprovisionnement pour le moment.

Peu de retours de notre labo LBR sur les tests ; le drive-in est toujours en place en revanche. Et on ne le sollicite que très peu sur ces tests, vu le très faible nombre de patients suspects reçus aux urgences (à date, un patient hospitalisé en secteur COVID en attente de résultats PCR).

...  
Sur la santé revenue  
Sur le risque disparu  
Sur l'espoir sans souvenir  
J'écris ton nom

Et par le pouvoir d'un mot  
Je recommence ma vie  
Je suis né pour te connaître  
Pour te nommer  
Liberté »

Paul Eluard

Cité dans Flash Info de l'Uriopss - COVID-19 - N°43

#### Point au **mercredi 27 mai 2020**

- **Démocratie en santé, ses contributions et sa place, société**
- Une tribune : Bernard Gaillard in Le Télégramme du 26 mai : La « démocratie en santé » oubliée dans la crise épidémique
- Expression libre : rappel la page web CRSA pour s'exprimer sur ce que nous vivons est toujours ouverte  
<https://framaforms.org/pendant-le-covid-19-1585900717>
- Commission Permanente CRSA du 10 octobre 2019 : la CRSA s'inquiète de la place des questions de santé dans les priorités de l'action gouvernementale.  
Sur les nouvelles instances créées de rencontres entre l'ARS et les Conseils Départementaux, la CRSA demande à être présente.

- La démocratie en santé au pilotage, Conférence Nationale de Santé :

Emmanuel Rush président de la Conférence Nationale de Santé vient d'être nommé, en tant que représentant de la CNS, à la présidence du Comité de contrôle et de liaison Covid-19, par l'arrêté du Ministre des Solidarités et de la Santé du 26 mai 2020 portant nomination des membres du Comité de contrôle et de liaison covid-19. Cette nomination est le résultat de la forte implication et mobilisation de chacun d'entre vous au cours de ces dernières semaines dans le cadre de la crise sanitaire qui nous frappe. La démocratie en santé doit être l'axe essentiel du système de santé. Pour le niveau régional, le ministère va-t-il aller dans la même direction ?

Ce Comité est chargé d'associer la société civile et le Parlement aux opérations de lutte contre la propagation de l'épidémie par suivi des contacts ainsi qu'au déploiement des systèmes d'information prévus à cet effet.

Ce comité est chargé, par des audits réguliers :

1° D'évaluer, grâce aux retours d'expérience des équipes sanitaires de terrain, l'apport réel des outils numériques à leur action, et de déterminer s'ils sont, ou pas, de nature à faire une différence significative dans le traitement de l'épidémie ;

2° De vérifier tout au long de ces opérations le respect des garanties entourant le secret médical et la protection des données personnelles.

- Dix ans de structuration régionale de la santé avec les ARS et les CRSA

Un dossier dans le Concours Médical mai 2020 tome 142

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ LE BILAN, DIX ANS APRÈS

Extrait : Les 18 agences régionales de santé (ARS) ont fêté leurs dix années d'existence en avril dernier. Une date anniversaire passée inaperçue en raison notamment de l'une des pires crises sanitaires de l'histoire mondiale, qui aura accentué la mise en lumière de leurs forces et faiblesses. Et interrogé leur place dans l'organisation des soins.

« LE PROBLÈME EST QUE LES ARS DOIVENT APPLIQUER EN RÉGION DES POLITIQUES DE SANTÉ DÉCIDÉES NATIONALEMENT »

. Un article d'une bretonne dans ce dossier QUAND LE TERRAIN FAIT SON BILAN...

Médecin généraliste au Pôle de santé de la Vaunoise (Bretagne), Béatrice Allard Coualan est engagée dans l'organisation des soins primaires depuis une dizaine d'années : « 2010 fut l'année de plusieurs "naissances" pour le médecin généraliste que je suis », lance celle qui était alors installée depuis deux ans au sein de sa structure qui allait muter de maison médicale en MSP...

- Dix ans des CRSA et de la démocratie en santé

Une date est prévue le 13 novembre 2020. Un lieu est prévu Rennes

Une équipe nationale en place animée par Bernard Gaillard et composée de présidents CRSA et un membre de la Conférence Nationale de Santé.

Problème : faut-il maintenir cet événement, et comment ? La préparation est nécessairement impactée par la période récente et à venir de la Covid-19.

La volonté première n'était pas de faire un événement descendant mais portant les ressources régionales et territoriales, les remontées et analyses de terrain, les actions et analyses menées par les Conseils Territoriaux de Santé, les CDCA. C'était une journée d'échanges et à visée de propositions. La démocratie en santé a-t-elle servi à quelque chose, à quoi ? Sert-elle aujourd'hui à quelque chose ? La pertinence de la journée est-elle toujours là ? C'est aussi un moment pour toutes les structures en région y compris celles du domicile, les associations régionales...

Alors en cette fin de mai, je me permets de vous solliciter tous pour un avis : faut-il poursuivre l'idée et aller vers sa concrétisation ?

- **Séjour de la santé et réflexions sur notre système de santé**

- In Flash Uniopss n°45 :

Les discussions porteront sur la réorganisation de l'ensemble du système de santé, et pas uniquement sur celle de l'hôpital public et se tiendront sans tabou (c'est tout au moins ce qui a été indiqué par le Premier ministre). Enfin, toujours en point d'appui, dans la continuité de Ma Santé 2022, une organisation territoriale du système de santé, associant l'hôpital, la ville et le médico-social sera favorisée. Le Gouvernement entend ainsi amplifier la dynamique des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). A également été citée la mise en place de parcours pour les personnes âgées à domicile ou en Ehpad, avec la coopération des établissements de santé, des professionnels de ville et de l'HAD.

Gageons que la place et le rôle primordiaux du secteur médico-social et social pour la santé des populations et ceux des ESPIC ( Etablissements sanitaires privés d'intérêt collectif) soient dans le cadre de ces discussions reconnus et pris en compte à leur juste valeur.

Un enjeu retenu est aussi celui du numérique avec le constat du développement important de la télémédecine en temps de crise sanitaire. Le Premier ministre entend poursuivre son utilisation à l'issue de la crise. Il estime également que les données de santé ont vocation à être mieux exploitées au profit des professionnels de santé. Quant à l'espace numérique de santé, attendu en 2022, il demeure "plus que jamais" une priorité.

- Communiqué de la CFE-CGC : Un « Séjour de la santé » pour un après soutenable

Problèmes d'approvisionnements en matériel et en médicaments, capacité restreinte de notre offre d'accueil, querelles sur les thérapies, manque patent de coopération entre le secteur public et le secteur privé, entre l'hôpital et la ville, le secteur médicosocial...autant de dysfonctionnements révélés par cette crise dans un contexte sanitaire aux conséquences dramatiques.

Après les réformes successives de la sécurité sociale, du mode de tarification des hôpitaux et les annonces gouvernementales d'un dispositif attendu depuis 2 ans « Ma santé 2022 », il est temps d'engager une réflexion concertée sur la refondation de notre système de santé : se réinterroger sur les fondamentaux de son organisation et de sa gouvernance, le rôle des différents acteurs tant dans le domaine public que celui du privé avec les modalités de leur coordination, la place de la prévention, les besoins de financement et les niveaux de rémunération. La politique du coût doit faire place à la politique de la qualité !

- Un médecin : En ce qui concerne l'ambulatorio où il y a manifestement un hiatus entre l'offre et la demande, il apparait nécessaire d'interposer un mécanisme de régulation pour éviter que les demandes se fassent à la foire d'empoigne.

Il me semble intéressant de créer des centres d'appel sur des territoires de la dimension des nôtres qui répondent aux demandes sans réponse (demandes de soins non programmés pour commencer) à la façon des centres 15 mais pour les soins non urgents.

Ces centres de régulation pourraient donner des conseils, des avis médicalisés et si besoin proposer des rendez-vous présentiels ou non avec des médecins proches des patients demandeurs, médecins qui auraient accepté de partager leur agenda avec cette structure.

Il pourrait s'agir aussi d'orienter vers le 2° recours tout en respectant le parcours de soins pour les demandes en difficulté.

Ces centres s'appuieraient sur des assistants médicaux formés un peu comme les permanentières des SAMU et des médecins régulateurs issus (ou non) de la garde libérale.

Ce système est assez simple à mettre en place et pourrait se greffer sur l'existant. Il pourrait même être le premier étage d'une CPTS.

Sur un plan pratique, il est possible de mettre en place facilement une page internet commune par secteur de 5 à 20 médecins traitants qui peuvent se connecter avec leur code et se saisir des



demandes déposées par le centre d'appel. Ils auraient la possibilité de réguler en second, proposer une téléconsultation, un rdv présentiel...

Pour éviter que des demandes restent sans réponse, une assistante aurait la charge de relancer les professionnels ou de rediriger les demandes chaque jour, étant entendu que ces demandes de soins n'exigent qu'une réponse dans les 72h.

- Newsletter de France Assos : Ségur de la Santé : rien ne se fera pour nous sans nous !  
France Assos Santé participera aux travaux pour œuvrer à l'amélioration de l'hôpital, élément majeur du parcours de soins de tous les patients.
- Un professionnel de santé : j'ai écouté le "programme de la feuille de route du groupe Nicole Notat" à propos de la refonte de notre système de santé. Les orientations me semblent aller dans le bon sens T2A à 50% /moins de pression sur la productivité/ revalorisation "significative" des salaires

Il est un pan entier que je n'ai pas entendu : la prise en compte de la formation des professionnels. Nos métiers nécessitent un apprentissage en alternance qui pèse sur les professionnels du terrain quel que soit la profession et là je m'interroge car en terme de temps ce n'est pas négligeable.

Les CRSA seront-elles consultées? auront-elles leur mot à dire avant la rédaction d'un texte faisant office de projet de loi? car on sait bien que quand tout est écrit on en peut faire bouger que des virgules!!

- - **Services aides et soins à domicile**
- In Flash Uniopss n°45 : la dernière campagne de recueil de données sur les Spasad montre une augmentation du nombre d'utilisateurs qui bénéficient à la fois d'aide et de soins. Les services développent des outils pour une meilleure coordination mais des freins persistent.  
Depuis le lancement de l'expérimentation de services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) intégrés, le nombre de ces structures a presque quadruplé. 373 services classiques ou intégrés maillent désormais le territoire, avec, toujours, des disparités territoriales. Le 13 mai, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a organisé une réunion technique sur l'expérimentation, prolongée en 2019 pour deux ans. Le bilan de la quatrième campagne de recueil des données, arrêtée au 31 décembre 2019, montre effectivement une répartition hétérogène des services.  
L'enquête menée en 2019 permet de mettre également en lumière certaines caractéristiques de ces services expérimentaux. Elle confirme ainsi la place très majoritaire de l'aide et révèle que seuls 11% des utilisateurs bénéficient à la fois de prestations d'aide et de soins. Ce chiffre est toutefois en augmentation de 3 points par rapport au premier semestre 2018. La prise en charge des personnes âgées reste également largement majoritaire, puisque 6% des bénéficiaires sont des personnes en situation de handicap.  
Les ARS Bretagne et Pays de la Loire ont choisi de fournir des éléments qualitatifs, en complément des données chiffrées et listent plusieurs atouts de ces services intégrés, comme un accès facilité aux prestations d'aide et de soins, une amélioration des conditions de travail et une valorisation des métiers et compétences. Elles notent aussi une meilleure coordination des intervenants. Des difficultés persistent toutefois, qui sont régulièrement remontées par les acteurs de terrain. L'absence d'harmonisation des modes de financement et la non-prise en compte financière des temps de coordination pèsent toujours. Les services manquent par ailleurs de marges de manœuvre pour dégager du temps à la nécessaire coordination interne et externe. D'autres contraintes liées aux différences entre Saad et Ssiad existent. Les territoires d'interventions ne coïncident pas toujours et les temporalités d'intervention sont différentes. Un manque d'interopérabilité des systèmes d'information persiste également.

le rapport d'étape de l'ARS Bretagne :

[https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/RAP\\_ETAPE\\_SPASAD%20INTEGRES%20%282019%29.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2020-01/RAP_ETAPE_SPASAD%20INTEGRES%20%282019%29.pdf)

- **Continuité des soins**

- In newsletter de mai de France Assos Santé : Médecins, appelez vos malades chroniques ! Patients, ne renoncez pas aux soins !  
Avec la crise, la rupture du parcours de soins est bel est bien entamée pour de nombreux patients, avec des conséquences potentiellement dramatiques.  
Edito du président : Manque d'informations, anxiété, annulation ou report de rendez-vous médicaux, déprogrammation d'opérations... Ces derniers mois, la crise sanitaire a impacté la vie de très nombreuses personnes malades, âgées, aidantes, atteintes de maladies chroniques ou de handicap. En participant à notre grande étude nationale « Vivre-Covid19 », vous pouvez mettre en lumière votre vécu de la crise, pendant et après le confinement. Pour qu'enfin l'avenir du système de santé, sous haute tension pendant la crise, soit construit par et pour ses usagers.

- **Les tests PCR**

- In bulletin des Acteurs de Santé de la Côte d'Émeraude n°4 : Grâce à un maillage du territoire et une organisation adaptée selon chaque lieu de dépistage, plusieurs laboratoires d'analyses peuvent répondre aux demandes de tests PCR. Différentes villes sont pourvues de lieux de dépistage, Saint-Malo (Centre Marville), Dinard (barnum devant le laboratoire d'analyses), Dol-de-Bretagne (drive sur le parking du laboratoire d'analyses) et Combourg (Centre Covid). Une tournée Covid a été mise en place pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer dans les centres de dépistage. Le laboratoire de l'hôpital participe à tout ce maillage en effectuant ses tests auprès des patients hospitalisés dans son établissement.  
La PCR est un test réalisé sur des prélèvements nasopharyngé pratiqué par les infirmiers. Entre 500 et 1000 tests sont analysés chaque semaine sur le plateau technique des Laboratoires Biorance à Tinténiac. Une durée d'environ 24 heures est actuellement nécessaire aux laboratoires pour rendre le résultat d'une PCR.  
Pour rappel, les patients avec suspicion de Covid-19 doivent se rendre, munis de leur ordonnance au Centre de Marville après avoir pris rendez-vous sur Doctolib (Centre covid St Malo) ou par téléphone dans les autres centres. Cette organisation est nécessaire à la bonne organisation des prélèvements. Les infirmiers ont besoin d'un temps requis pour s'équiper avant d'être en contact avec les patients.  
Ces patients observeront un confinement strict jusqu'à la lecture des résultats des tests. Les personnes, qui auront été en contact avec les patients suspectés, seront appelées par la CPAM pour procéder, à leur tour, à un test PCR. La CPAM se mettra directement en contact avec le laboratoire via le système AMELI PRO. Ces patients pourront se rendre sur les lieux de dépistage sans passer par leur médecin traitant. Pour finir, une PCR peut s'avérer négative. Si les symptômes du Covid persistaient chez le patient, il pourrait lui être prescrit un examen de rattrapage : la sérologie. Ce second test n'est, à ce jour, pas remboursé par la sécurité sociale.

- **EHPAD, résidences et personnes âgées**

- In Flash Uniopss n°45 : / réunion ARS-Fédés : nous avons alerté sur l'impact du confinement prolongé des personnes âgées dans les EHPAD, sur les attentes fortes des personnes âgées et celles de leurs familles ainsi que sur un nombre de décès observé à déplorer en EHPAD du fait de l'impact de l'isolement

- **Expérience usagers**

CAPPS : Derniers jours pour l'enquête intitulée « L'expérience des usagers à travers l'épidémie de COVID-19 » qui vise à observer l'évolution de l'expérience usager à travers le déconfinement et l'identification de nouvelles pratiques de soin que vous souhaiteriez conserver (ou non) à l'avenir. Nous avons déjà plus de 130 questionnaires complétés! Vise le plus d'usagers possibles pour s'exprimer et partager leur expérience à travers cette crise épidémique avant le dimanche 31 mai à minuit *sur le lien* :

<https://limesurvey.ceppp.ca/index.php/survey/index/sid/576332/newtest/Y/lang/fr>

### Point au **samedi 30 mai 2020**

- **Séjour de la santé et réflexions sur notre système de santé**

- Les réflexions s'engagent. Dans le communiqué du Ministère, il est indiqué qu'au sein de chaque région, se tiendront plusieurs retours d'expérience territoriaux. Ces sessions pourront notamment être organisées et animées par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). C'est dans une approche globale du système de santé que la CRSA Bretagne prendra son avis à partir des contributions des fédérations, mouvements et associations régionales qu'elle aura reçues, ainsi que des Conseils Territoriaux de Santé.

La CRSA pourra aussi remonter des expériences de terrain, des coordinations et dispositifs innovants impliquant différents types d'acteurs.

- Quelle décentralisation de la santé, au bénéfice de nos concitoyens ? un texte d'Anne-Francoise COURTEILLE, 1<sup>e</sup> VP du CD 35. En annexe à la fin

- COMMUNIQUÉ de PRESSE du 21 mai : La Mutualité Française se félicite de l'annonce gouvernementale d'une réforme sur la question de la perte d'autonomie

La Mutualité Française se félicite du projet de loi prévoyant la création d'une cinquième branche ou d'un cinquième risque de la Sécurité sociale pour le financement de la perte d'autonomie. Pour la Mutualité Française, la responsabilité de la prise en charge du risque de perte d'autonomie est une responsabilité collective où la solidarité nationale doit jouer tout son rôle. La Mutualité Française salue la volonté du Gouvernement d'engager des travaux en ce sens mais souhaite que cette démarche soit ambitieuse. Les recettes annoncées à ce jour ne sont pas suffisantes pour répondre au besoin de financement identifié par le rapport de Dominique Libault. La Mutualité Française, force de propositions sur ce sujet, prendra toute sa part aux discussions à venir.

. Un socle public pour la prise en charge de la perte d'autonomie

La Mutualité Française soutient l'initiative incluse dans le projet de loi de créer un nouveau risque ou une nouvelle branche de sécurité sociale pour la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ce projet de loi apporte une première réponse aux demandes des acteurs du secteur, parmi lesquels la Mutualité se mobilise depuis bientôt deux ans.

. Financements : points d'alerte La Mutualité Française milite pour un pilotage pluriannuel de ce risque qui s'inscrive dans le temps long et qui garantisse un financement sur l'ensemble du territoire. Si un premier pas significatif vient d'être effectué par le Gouvernement, une montée en charge sera indispensable pour répondre au besoin de financement estimé à 10 milliards par an d'ici 2030 pour le seul grand-âge (rapport Dominique Libault).

- Manifeste pour une révolution de la longévité - Tribune d'un collectif – 150 signataires. Le Monde Le 26 mai 2020. extrait

Solidarités intergénérationnelles Comme pour l'hôpital, il y a bel et bien urgence à penser réorganisation, gouvernance, moyens et reconnaissance des professionnels. Nous avons applaudi chaque soir ces invisibles de la solidarité, ces professionnels du soin et de l'accompagnement des âgés, à domicile et en établissement – dont 85 % sont des femmes. Le « Ségur de la santé » devra intégrer un plan de mobilisation et de valorisation de ces métiers. Nous leur devons plus qu'une loi technique qui enfermerait une fois de plus les personnes âgées dans un carcan sanitaire et médico-social : nous devons engager le pays dans la société de la longévité et des solidarités intergénérationnelles. Bien sûr, il faut aller jusqu'au bout de l'engagement présidentiel du 13 juin 2018 d'adopter une loi « grand âge et autonomie » mais elle doit s'accompagner d'une véritable stratégie nationale de transition démographique 2020-2030.

- **Professionnels de l'enfance et de l'enfance protégée**

- In Flash Uniopss n°48 : la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une étude, véritable photographie de l'épreuve inédite vécue par les acteurs de la protection de l'enfance pendant le confinement. Et cet instantané révèle toute la pression subie par les professionnels restés en poste, ainsi que par les enfants protégés.  
Adrien Taquet a déjà réagi à cette enquête, qu'il indique avoir lui-même demandée. Il « tient à saluer la mobilisation des professionnels », notamment en termes de « temps de travail ». « Leur engagement, qui a permis la continuité de l'accompagnement et de la scolarisation de la très grande majorité de jeunes et d'enfants protégés sur la période évoquée, devra être pleinement reconnu par les départements. ». Mais à notre connaissance, aucune prime n'a encore été annoncée pour ces « héros ignorés » de l'épidémie !

- **Etablissements hospitaliers publics et privés**

- Dotation en lits de réanimation : courrier de la FHP Bretagne aux parlementaires bretons, aux représentants de l'Etat en région, aux conseils départementaux et à la Région. Extraits  
En Bretagne, le nombre de lits en réanimation adulte est de 0,48 pour 10 000 habitants, soit le plus faible taux régional en France (équivalent avec les Pays de la Loire). Il est particulièrement faible dans les départements du Morbihan et des Côtes-d'Armor avec des taux respectifs de 0,29 et 0,23. Néanmoins, la situation des deux autres départements n'est guère plus satisfaisante avec des taux de 0,55 pour l'Ille-et-Vilaine et de 0,73 pour le Finistère.  
La crise sanitaire doit sonner comme une alerte forte dans ce domaine. En effet, un lit de réanimation intervient en cas de situation particulièrement critique. Il est le dernier recours pour sauver un patient. Il doit donc être mobilisable très rapidement.  
Outre un manque chronique de capacité d'accueil en réanimation, la Bretagne subit une autre discrimination.  
Curieusement, aucune autorisation de lits de réanimation n'est accordée à des hôpitaux privés. Seules deux autres régions sont dans la même situation.  
Quatre établissements privés ont obtenu des autorisations pour armer temporairement des lits de réanimation :
  - L'Hôpital Privé Océane à Vannes dispose d'une autorisation dérogatoire de 16 lits jusqu'au 24 septembre 2020
  - L'Hôpital Privé des Côtes d'Armor à Plérin dispose d'une autorisation dérogatoire de 12 lits jusqu'au 24 septembre 2020
  - Le Centre Hospitalier Privé Saint Grégoire dispose d'une autorisation dérogatoire de 10 lits jusqu'au 5 octobre 2020.
  - Le Centre hospitalier Privé de Brest dispose d'une autorisation dérogatoire de 8 lits jusqu'au 5 octobre 2020.

Nous demandons à ce que les autorisations dérogatoires délivrées aux quatre hôpitaux privés bretons soient pérennisées. Il s'agirait d'une décision sanitaire légitime et rationnelle. Cette pérennisation apporterait une réponse concrète et efficace à un enjeu de santé

- **Personnes vivant avec un handicap**

- Fin du bulletin Covid-19 d'ALTYGO Au regard de l'évolution de la pandémie, nous avons décidé d'arrêter la diffusion du bulletin d'information covid-19.

L'équipe rédactionnelle d'ALTYGO vous remercie pour vos messages de soutien et vos pensées solidaires envoyés durant la crise sanitaire et le confinement.

- Engagement, Solidarité et Transparence, ces trois valeurs ont été incarnées et mises en valeur par chacun des acteurs de notre Association, usagers, salariés, familles et adhérents; durant quasiment deux mois.

- **EHPAD, résidences et personnes âgées, questions éthiques, accompagnement psychologique**

- Médecin en EHPAD : Quelques échanges avec mes patients résidents en EHPAD, et notamment leurs attentes sur les mesures de "déconfinement" , et leur anticipation lucide qu'ils "passeraient" après bars et restaurants, m'amène à m'interroger sur la signification de ce que nous nommons les accès et droits aux soins.

De quel droit parlons nous ici, sans aller jusqu'à évoquer les circonstances absolument dramatiques et inédites des décès et des funérailles? Que cela signifie t il pour nos sociétés, dans quelle trajectoire historique et anthropologique s'inscrivent t elles?

Je vous fais également part du désarroi des soignants des EHPAD qui recueillent les considérations des résidents, et dénoncent ce qui leur semble relever d'une forme de maltraitance : dans quelles valeurs nous sommes nous engagées, quelle peut être cette légitimité d'enfermer l'âge? Avec des femmes et des hommes qui vous disent qu'elles ont bien le droit de prendre des risques, fut il celui de mourir?

Je m'adresse à vous parce qu'autant la CRSA que l'espace de réflexion éthique breton me semblent concernés, et que ces interrogations émergent aussi au sein des équipes adhérentes à ESSORT, association d'accompagnement du développement de l'exercice coordonné en Bretagne, et aussi des acteurs de la PTA de Rennes , Appui Santé en pays de Rennes, dont je suis administrateur.

En effet, les professionnels de santé ont besoin de protocoles, de recommandations, d'algorithmes, mais pour autant aussi besoin de sens et de proximité avec les valeurs qui les ont menées à ces métiers et à leur exercice.

Bref, ce sont des témoignages qui portent une interrogation auprès de vos instances, et qui me semble au moins aussi pertinente que celle posée par le "tracing" des patients Covid. Je suis bien convaincu que ces réflexions sont apparues par ailleurs et il s'agit ici d'apporter un partage autant qu'une contribution.

- In Flash Uniopss n°48 : Témoignage de, 89 ans résidente au sein de l'Ehpad Boris-Antonoff à Saint-Malo géré par l'Armée du Salut

« Sortir un peu prendre le soleil, cela fait du bien au moral. »

« La direction nous a prévenus très tôt de l'existence du virus et nous a longuement expliqué les mesures qui seraient prises, ainsi que les gestes barrières. Quand on voit à la télévision, le nombre de morts, en particulier chez les personnes âgées, cela fait un peu peur, mais heureusement on peut compter sur la bonne humeur des personnels qui nous aident beaucoup. Il faut rendre hommage à leur dévouement. L'absence de visites est un peu pesante, mais de

toutes façons, mes enfants sont loin et puis je leur parle tous les soirs au téléphone pour prendre des nouvelles. De plus, nous n'avons pas été confinés en chambre et nous partageons des moments collectifs comme les repas, même si nous devons rester en petits groupes et respecter les distances de sécurité. Depuis quelques jours, le soleil est enfin présent. Cela fait du bien au moral de sortir un peu dans le parc de l'établissement, même si toute promenade extérieure reste impossible... »

- Personnes âgées et déconfinement : in Flash Uniopss n°47 : Les personnes âgées et leurs familles vont quant à elles devoir encore attendre pour qu'il leur soit aussi permis de se déconfiner plus largement.

Cette partie de la population se sent oubliée et plusieurs adhérents nous remontent la tristesse qui s'installe chez certains résidents, le chagrin aussi et l'incompréhension des familles qui monte qui monte.

Malheureusement, il est à craindre au regard de l'actualité que cela perdure. En effet la situation d'un EHPAD du Morbihan ou l'épidémie COVID-19 s'est déclenchée depuis le déconfinement et où l'on déplore déjà le décès d'une personne fait la Une de notre presse régionale. Cf article de presse joint.

Il faut savoir qu'au 26 mai, 10 335 décès étaient recensés au niveau national dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec une sur représentation des résidents d'Ehpad.

Et le moment le plus dur de la crise passée, les familles cherchent des réponses. Certaines ont choisi de se tourner vers la justice, parfois pour obtenir un récit des faits, parfois parce qu'elles estiment que les établissements n'ont pas mis en œuvre tous les moyens à leur disposition pour éviter la propagation du virus et protéger les résidents. Plusieurs plaintes ont été déposées par des familles de résidents d'un EHPAD des Alpes Maritimes, trois Ehpad des Hauts-de-Seine sont également visés. Le procureur de la République de Nanterre a confirmé par communiqué le dépôt de quatre plaintes contre X pour des faits d'homicide involontaire, de mise en danger de la vie d'autrui et de non-assistance à personne en danger. Elles font toutes les quatre l'objet d'enquêtes préliminaires.

Il faut également savoir que des familles se sont rassemblées au sein d'une association, baptisée Collectif 9 471, comme le nombre de morts comptabilisés au 5 mai.

La responsabilité d'un Ehpad peut effectivement être engagée après le décès d'un résident, et ce, pour différents motifs, tels qu'un homicide involontaire ou la mise en danger de la vie d'autrui, tout ceci étant évidemment à démontrer.

La loi prorogeant l'état d'urgence sanitaire encadre la responsabilité pénale des employeurs et donc des Ehpad en prévoyant que la responsabilité doit être appréciée en "tenant compte des compétences, du pouvoir et des moyens dont disposait l'auteur des faits dans la situation de crise", ainsi que de la nature de ses missions ou de ses fonctions.

Ce que l'on peut retenir c'est que le signalement est le pilier de la veille sanitaire, que les EHPAD sont prioritaires, que la multiplication des intervenants, la fréquence des gestes à risque et les possibilités d'allées et venues avec le domicile sont des critères de complexité identifiés, qu'il est recommandé a minima un dépistage des cas et des contacts. Parmi les options de gestion figurent le regroupement des cas dans une unité dédiée en tenant compte des soins de rééducation indispensables, la suspension des retours à domicile et la mise en place d'une surveillance pour signaler sans délai les nouveaux cas éventuels.

- **Expérience usagers**

- In Newsletter faire-face.fr L'actu du handicap Pour beaucoup de personnes handicapées, le confinement c'est toute l'année. extrait

Presque deux mois de confinement lié au Covid-19, dans des logements parfois mal adaptés. Peu de liberté d'aller et venir, pas de vie sociale. Le déconfinement n'a pas marqué la fin de ces



conditions de vie pour nombre de personnes en situation de handicap. Parce qu'elles y sont confrontées au quotidien, APF France handicap interpelle le grand public dans sa nouvelle campagne intitulée "Maintenant, vous savez".

- Appel à candidature

la Fondation CHANEL lance en début de semaine prochaine (1er juin) un appel à manifestation d'intérêts auprès des organisations françaises travaillant sur les questions d'égalité femmes-hommes et d'autonomisation des femmes en France. Cet appel a pour ambition d'accompagner ces organisations dans la structuration de leurs activités en faveur des femmes et/ou porteuses d'un plan de sauvegarde Post Covid-19. L'appel sera ouvert jusqu'au mardi 30 juin 2020 à l'adresse suivante : <https://echelle2020.optimytool.com/fr/>

Courrier FHP

Rennes, le 28 mai 2020

Madame, Monsieur,

La France et la Bretagne sortent à peine de la période de tension aigüe liée à la crise sanitaire du Covid-19.

La Bretagne a été relativement épargnée par les effets du virus. Depuis le 28 février, 2 835 cas ont été confirmés par diagnostic biologique (PCR)<sup>1</sup>. La région déplore 247 décès, dans le cadre des prises en charge hospitalières.

Les enseignements à retirer de cette crise seront sans doute assez longs à poser.

Dans les prochaines semaines, la FHP Bretagne produira une analyse accompagnée de propositions concrètes et opérationnelles pour la santé en Bretagne. Toutefois, **il existe, dans notre région, une urgence cachée, non perceptible par les citoyens et les décideurs publics**, révélée par la crise sanitaire que nous traversons et qui nous incite à attirer votre attention dès à présent.

La Bretagne est la région de France<sup>2</sup> la moins bien dotée en capacité de lits de réanimation.

Nous disposons de 162 lits de réanimation<sup>3</sup> quand une région à population comparable comme la Normandie<sup>4</sup> en propose 255. Le Centre-Val de Loire<sup>5</sup> qui compte près d'un million d'habitants en moins que notre région dispose pourtant de 190 lits de réanimation.

En Bretagne, le nombre de lits en réanimation adulte est de 0,48 pour 10 000 habitants, soit le plus faible taux régional en France (équivalent avec les Pays de la Loire). Il est particulièrement faible dans les départements du Morbihan et des Côtes-d'Armor avec des taux respectifs de 0,29 et 0,23. Néanmoins, la situation des deux autres départements n'est guère plus satisfaisante avec des taux de 0,55 pour l'Ille-et-Vilaine et de 0,73 pour le Finistère<sup>6</sup>.

La crise sanitaire doit sonner comme une alerte forte dans ce domaine. En effet, un lit de réanimation intervient en cas de situation particulièrement critique. Il est le dernier recours pour sauver un patient. Il doit donc être mobilisable très rapidement.

Outre un manque chronique de capacité d'accueil en réanimation, la Bretagne subit une autre discrimination. Curieusement, aucune autorisation de lits de réanimation n'est accordée à des hôpitaux privés. Seules deux autres régions sont dans la même situation.

Pourtant, depuis plusieurs années, des hôpitaux privés bretons sollicitent des autorisations afin de disposer de lits de réanimation. Hélas, ces demandes ne sont suivies d'aucune réponse positive. Nous ne connaissons pas les raisons de ces refus répétitifs alors qu'il s'agit d'une démarche de sécurisation sanitaire à laquelle tout patient a droit.

Là encore, la crise sanitaire révèle une réalité. Nos établissements se sont mobilisés et ont réorganisé leur capacité d'accueil afin de répondre à une éventuelle crise aigüe en Bretagne. Vraisemblablement grâce au confinement, cette tension hospitalière n'a pas eu lieu et la Bretagne a été l'une des régions les moins touchées par le virus.

Quatre établissements privés ont obtenu des autorisations pour armer temporairement des lits de réanimation :

- **L'Hôpital Privé Océane à Vannes** dispose d'une autorisation dérogatoire de 16 lits jusqu'au 24 septembre 2020

- **L'Hôpital Privé des Côtes d'Armor à Plérin** dispose d'une autorisation dérogatoire de 12 lits jusqu'au 24 septembre 2020

- **Le Centre Hospitalier Privé Saint Grégoire** dispose d'une autorisation dérogatoire de 10 lits jusqu'au 5 octobre 2020

- **Le Centre hospitalier Privé de Brest** dispose d'une autorisation dérogatoire de 8 lits jusqu'au 5 octobre 2020.

Ce sont donc 46 lits de réanimation supplémentaires qui sont désormais disponibles pour accueillir les patients bretons en situation critique. Toutefois, si les besoins en Bretagne sont permanents, les autorisations accordées

restent provisoires et dans le strict cadre de la crise Covid-19.

Outre les données statistiques qui signent clairement une paupérisation de l'offre de soins dans notre région, ce sont les réalités quotidiennes de nos établissements qui dressent le bilan délétère pour nos patients de la situation de pénurie en lits de réanimation.

L'absence de lits de réanimation dans les hôpitaux privés contraint nos praticiens à adresser les patients en situation critique à des établissements équipés. En 2019, ce sont 233 patients qui ont été ainsi transférés. Or, un transfert comporte un risque de perte de chance pour la personne malade.

*« Pour faire simple, la réanimation est le service d'un hôpital dans lequel on va hospitaliser les patients les plus graves, ceux dont la vie est en danger immédiat, qui ont besoin de plus de soins et davantage de surveillance ».*

Ces services nécessitent des installations très techniques ainsi qu'un personnel, spécifiquement formé, en mesure d'assurer une surveillance de la personne avec une acuité particulière. Ainsi, les quatre établissements privés dotés des autorisations dérogatoires en réanimation ont su mettre très rapidement en place, parce qu'ils disposaient déjà des compétences pour la gestion de services de Surveillance Continue Post-Opératoire, les moyens humains et techniques indispensables pour prendre les patients COVID en charge.

Le patient dont l'état impose une entrée en réanimation ne peut être exposé à un transfert d'établissement sans augmentation de son risque léthal. Pour les seuls hôpitaux privés, qui disposent désormais d'autorisations provisoires de la réanimation, ce sont 154 transferts qui auraient pu être évités en 2019 (162 en 2018). Si on ajoute les patients ventilés plus de 48 heures, le nombre de patients qui pourraient potentiellement être concernés par un transfert en réanimation serait de 289 par an. Un service de réanimation est un « service de combat » pour la vie. Les patients admis sont tous en situation critique souvent aigüe, ce qui explique que le taux de mortalité dans ces unités est très élevé.

Le temps est essentiel lorsqu'il s'agit de sauver une vie alors qu'elle est menacée à tout moment d'une décompensation massive. Imposer au patient, dans une situation hautement critique un transfert, relève d'un défi médical.

En outre, dans un contexte de développement de nouvelles pratiques de prise en charge, encouragées par les pouvoirs publics, qui favorisent l'ambulatoire ou l'hôpital à domicile, les hospitalisations classiques diminuent. Cette tendance va se poursuivre, voire s'amplifier, dans les prochaines années. Les personnes hospitalisées sont désormais plus souvent dans une situation de fragilité médicale qui nécessite un plateau technique adapté, dont les lits de réanimation font partie. Ces derniers deviennent indispensables au sein des hôpitaux d'une certaine dimension, qu'ils soient privés ou publics.

Il s'agit bien d'un enjeu de santé publique majeur.

Ce sujet de la réanimation est très symbolique des problématiques de notre système de santé. Il est symptomatique d'une volonté délibérée de limiter l'offre de soins des hôpitaux privés par une utilisation des autorisations non plus au service de la régulation et de la population mais de la préservation de positions acquises.

Il révèle la persistance de postures hostiles au secteur privé.

Or, les acteurs de santé disposent certes de statuts juridiques différents mais leur priorité commune, au service de nos concitoyens, est bien le soin. Ils sont tous au service du public.

La crise sanitaire qui se transforme en crise économique et sociale profonde ne peut rester sans effet sur nos approches et pratiques. Nous devons la considérer également comme une opportunité de faire bouger les situations ancrées.

La santé est devenue une préoccupation essentielle des Français et des Bretons. Elle s'est invitée en 2019 dans le Grand Débat National initié par le Président de la République à la suite du mouvement des Gilets Jaunes. Elle s'est immiscée dans la campagne électorale lors des élections municipales de mars 2020. Elle s'est violemment imposée lors de la crise sanitaire du Covid-19.

Au coeur des enjeux identifiés lors de cette crise, la pénurie en lits armés pour la réanimation a été un élément non seulement décisif au plan sanitaire mais également dans la décision d'imposer un confinement généralisé. Le bénéfice du confinement en termes de santé publique et de préservation des populations est évident.

Toutefois, son coût économique et social sera d'une ampleur vraisemblablement historique et les contours de la relance restent encore difficiles à cerner, tant elle sera complexe.

En Bretagne, la crise sanitaire a imposé une approche pragmatique adoptée dans le contexte de l'urgence de la situation et des risques encourus. Les autorisations de lits de réanimation refusées en temps normal ont finalement été mises en oeuvre à titre dérogatoire à la demande de l'ARS qui s'est rendue compte de la nécessité de disposer de davantage de lits en sollicitant le Privé.

Leur légitimité est bien réelle, y compris hors d'un contexte de crise.

Il n'est plus acceptable que la Bretagne soit un territoire de santé sous doté.

**Nous demandons à ce que les autorisations dérogatoires délivrées aux quatre hôpitaux privés bretons soient pérennisées.** Il s'agirait d'une décision sanitaire légitime et rationnelle. Cette pérennisation apporterait une

réponse concrète et efficace à un enjeu de santé, certes peu perceptible, mais réel et qui expose nos concitoyens à un risque de perte de chance avéré. Il s'agirait d'établir une équité territoriale dans l'accès aux soins qui fait défaut à la Bretagne aujourd'hui.

Nous nous tenons à votre disposition pour évoquer ce sujet crucial de santé publique pour la Bretagne lors d'un entretien physique, par visioconférence ou téléphonique, à votre convenance.

Madame Véronique GÉMIN, Déléguée régionale, se tient à la disposition de votre équipe afin d'organiser cet entretien. Elle est joignable au 06.07.86.70.66 ou par mail à l'adresse [delegation@fhpbretagne.bzh](mailto:delegation@fhpbretagne.bzh).

Dans cette attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de notre haute considération.

Nicolas BIOULOU

Président

<sup>1</sup> Source ARS Bretagne, bilan du 27 mai 2020

<sup>2</sup> Hormis la Corse et les Départements d'Outre-Mer

<sup>3</sup> Source SAE 2018 avant Covid 19, INSEE <sup>4</sup> 3 303 500 habitants pour la Normandie / 3 340 379 habitants pour la Bretagne

<sup>5</sup> 2 559 073 habitants en Centre-Val de Loire

<sup>6</sup> Source DREES, Ministère de la Santé et SAE 2018 avant Covid 19, INSEE

## Quelle décentralisation de la santé, au bénéfice de nos concitoyens ?

### 1. Contexte :

La France est touchée depuis plusieurs mois par la crise sanitaire liée au COVID-19. Dans ce contexte inédit, notre système de santé s'est retrouvé à l'épicentre de critiques, plus ou moins fondées, sur sa capacité à agir face à la pandémie. Manque d'anticipation et de préparation, pénurie de matériels et d'équipements, manque de personnels dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux, incohérences dans la stratégie sanitaire, contradictions dans le discours et les recommandations émanant des autorités, fragilités de la médecine de ville et des structures hospitalières de proximité...

Les critiques sont nombreuses. Beaucoup d'entre elles préexistaient avant la crise qui n'a fait qu'accentuer certaines difficultés et pousser dans ses limites le système. Elles suscitent d'autant plus d'interrogations qu'en 20 ans il a fait l'objet d'une succession de réformes dont le bénéfice direct n'a pas toujours été perçu par la population ou les acteurs du secteur.

Au-delà de la réponse immédiate des pouvoirs publics, une crise de cette ampleur questionne nécessairement le fonctionnement de notre système de santé, dont les forces et les faiblesses sont soulignées par ce type d'évènements. Au sortir de cette épreuve, le débat politique et public devra être ouvert sur cette question. Néanmoins, on peut douter de l'opportunité de le faire à l'heure où non seulement cette crise n'est pas résolue – le déconfinement récemment mis en œuvre n'étant qu'une étape à l'issue incertaine – et où nous ne disposons pas de visibilité sur sa conclusion et ses effets à moyen terme. Dans ce cadre, il est plus hasardeux encore de le conclure en proposant des transformations majeures sans maîtriser toutes les données du problème et sans pouvoir s'appuyer sur une analyse objectivée des causes et conséquences de l'épidémie, ses effets collatéraux, la qualité de la réponse du système sanitaire, ou même d'un bilan humain précis...

A ce propos, il faut garder à l'esprit que la France n'a pas été touchée de manière homogène sur l'ensemble de son territoire. Aussi, si nous devons rester prudents, force est de constater qu'à ce stade d'évolution de la pandémie, les régions de la façade Atlantique, et notamment la Bretagne, comptent parmi les territoires les plus épargnés. En outre, les établissements accueillant des personnes âgées ont été moins durement frappés que dans le reste du pays : les décès en EHPAD représentent en effet environ 22% des décès en Bretagne contre plus de 35% au niveau national. Si cela méritera de faire l'objet d'une analyse poussée, nous devons aussi tenir compte de ces faits objectifs qui témoignent sur certains territoires de l'efficacité et de la pertinence des politiques publiques, notamment en faveur du secteur médico-social qui relèvent de l'action conjointe de l'ARS et du Conseil Départemental.

Sur un sujet aussi sensible et controversé, une solution pérenne, opérante et surtout allant dans l'intérêt de nos concitoyens ne pourra être construite qu'avec les conditions suivantes :

- Qu'elle repose sur une analyse objectivée de la situation qui mette à jour nos fragilités mais aussi, même si ce discours est moins accepté par la population, ses atouts. Car ils existent : la France est le 3ème pays de l'OCDE en part de PIB consacrée aux dépenses de santé , son financement reste massivement public (78% de la dépense assurée par l'assurance maladie), l'accessibilité financière du système est incontestable (le reste à charge des ménages sur les dépenses de santé est le plus faible d'Europe ), les professionnels du secteur sont hautement qualifiés ;
- Qu'elle se fonde sur partage des responsabilités entre les acteurs impliqués – Etat, Collectivités, structures, professionnels, citoyens – qui, chacun à leur niveau, devront faire le bilan de leur propre préparation et action durant la crise ;
- Qu'elle s'appuie sur des comparaisons européennes et internationales objectivées et non supposées, tenant compte des réussites et des écueils observés ailleurs ;
- Qu'elle se bâtit en y associant toutes les parties et en premier lieu ceux qui se trouvent en 1ère ligne sur le terrain, lorsque les circonstances permettront leur association dans des conditions normales.

## 2. La santé, une prérogative de l'Etat

Nos concitoyens ont un très haut niveau d'exigence à l'égard du système de santé. Le préambule de la Constitution proclame que « la nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs la protection de la santé ». La préservation de la santé et l'accès aux soins sont considérés comme des droits fondamentaux, basés sur des principes d'égalité et de solidarité entre les citoyens.

C'est pourquoi l'Etat continue à exercer en grande partie la responsabilité effective du pilotage du système de santé, la supervision des établissements de santé et leur répartition sur le territoire, la formation des professionnels du secteur, le financement des structures, le cadrage de la tarification et la tutelle de l'assurance maladie.

Cela explique aussi pourquoi la population reste fortement attachée à une conception nationale de la santé comme le révèle une enquête d'opinion où 57 % des Français jugent que la santé doit être gérée au niveau national (contre 11% au niveau local).

Cela n'interdit pas pour autant une territorialisation des politiques nationales de santé. C'était d'ailleurs l'objet même de la mise en œuvre des ARS. Il est vrai que, 10 ans après leur création, leur rôle peut être discuté autant que le résultat produit par la mise en œuvre. Manque de visibilité et de légitimité auprès de la population, faiblesse de la coordination avec les autres représentants de l'Etat déconcentré, marges de manœuvres financières limitées, faiblesses de la démocratie sanitaire et de prise en compte de la parole des élus locaux, notamment dans les processus de décision. Pour autant, cela mérite une analyse des raisons profondes :

- D'abord parce que les ARS sont avant tout les vecteurs d'une politique nationale de santé, élaborée par les Gouvernements successifs et dont elles ont la charge de la mise en œuvre ;
- Ensuite, parce que les ARS ont elles-mêmes lourdement payé le prix de la contrainte budgétaire avec une réduction de plus de 1600 postes dans les agences entre 2010 et aujourd'hui ce qui a contribué à les fragiliser dans l'exécution de leurs missions ;
- Enfin, parce que leur mise en œuvre a décalé le centre de gravité décisionnel de l'échelle départemental vers l'échelle régionale, entraînant justement un éloignement entre centre de décision, situé dans la capitale régionale, et les professionnels de terrain, que ces derniers exercent en libéral ou en structures.

Cela amène à faire preuve d'une plus grande prudence dans le jugement qu'on peut porter à l'égard de l'action de l'Etat déconcentré dans les territoires. En tout état de cause, cela ne permet de justifier en soit une logique de transfert total de compétence de l'Etat vers les Collectivités.

### 3. Vers une santé pilotée par les Collectivités locales ?

Comme pour n'importe quel autre transfert de compétences, il convient de réfléchir à l'échelon d'intervention publique le mieux placé pour apporter une réponse aux enjeux de santé publique. Or, un transfert de compétence en direction d'une collectivité territoriale, Région ou autre, fait émerger plusieurs risques à prendre en compte. A ce titre, les exemples internationaux de systèmes fortement décentralisés sont importants.

Une Régionalisation de la santé entraînerait des inégalités d'accès et de qualité de la prise en charge entre les Régions les plus riches et les plus pauvres. Elle profiterait aux Régions qui disposent de plus de ressources à y consacrer, comme en témoignent les exemples internationaux en Italie, en Espagne, en Allemagne ou aux Etats-Unis. Sur ce point, il est d'ailleurs intéressant de constater que le succès allemand dans le traitement de la pandémie s'explique aussi en partie par une expansion de l'épidémie dans les Länder les plus riches du Sud du pays et de l'axe Rhénan . Elle suppose en outre un risque réel de « dumping » santé et de concurrence renforcée entre territoires, renforçant des transferts des populations les plus aisées vers les territoires les plus riches et les mieux pourvus en équipements de santé. La réalité de ces inégalités territoriales existe déjà comme en témoigne les différences en matière d'espérance de vie entre régions. Pour autant, l'objectif premier serait justement de les atténuer plutôt que de les consolider définitivement.

Ajoutons qu'une solution « particulière » pour la Bretagne ne serait pas un gage de progrès pour ses habitants. Comptant parmi les plus petites et les moins peuplées des régions métropolitaines, les moyens alloués à un budget santé seraient impactés, n'offrant que des marges de manœuvres financières limitées.

En outre, la gestion de la crise actuelle ne permet pas de conclure à une plus grande performance d'un système décentralisé de santé. Au contraire, la régionalisation pose des problèmes en matière de réponse coordonnée en cas de crise majeure comme l'a démontré la crise du COVID-19 . En Suisse, en Allemagne ou en Italie, la riposte des autorités a été ralentie par un fonctionnement fortement décentralisé. Elle a été marquée par de fortes distorsions entre les territoires dans l'application des mesures de distanciation ou de confinement mais aussi des logiques de rivalités entre Régions voisines . Elle a entravé la mutualisation des équipements essentiels et leur allocation en fonction des besoins locaux. Il faut d'ailleurs noter que dans ces Etats, cela s'est conclu par une reprise en main au moins partielle par l'Etat de la gestion de la crise et plus globalement du système de santé, comme ce fut le cas en Espagne ou en Allemagne . D'ailleurs, de l'autre côté du Rhin, la situation plus favorable, avec un taux de mortalité faible, s'explique d'abord par d'autres facteurs et, plus particulièrement, la stratégie de dépistage massif décidée par l'Etat fédéral.

Quoiqu'il en soit, un transfert de compétence ne résume pas à un transfert d'autorité. Pour être effectif, il implique également un transfert de responsabilité financière, juridique et politique. Sur ce point, reste à déterminer si les Collectivités ont la capacité et/ou la volonté d'assumer pleinement ces responsabilités eu égard à la sensibilité politique de ces questions, aux besoins financiers colossaux et croissants qu'elles représentent, au très haut niveau d'expertise qu'elles mobilisent, à la complexité du système. Enfin, présumer que l'échelon régional est, par nature, pertinent en matière de politique de santé est discutable, notamment parce que rien ne permet d'étayer le fait qu'il permet une meilleure connaissance des besoins en proximité. D'ailleurs, c'est au niveau départemental que s'organisent de manière opérationnelle les ARS, de même que la CPAM.

A ce propos, c'est bien entre les Conseils Départementaux et l'ARS que se structurent une grande partie de la relation entre Etat/Collectivité à travers les politiques publiques en faveur des Personnes âgées, des personnes en situation de handicap, de la Protection Maternelle et Infantile et plus généralement au bénéfice de tous les publics qui connaissent des fragilités ou en situation d'exclusion. Nul besoin de rappeler quel est l'engagement de la Collectivité Départemental sur ces champs (290 millions d'€ par an pour les personnes âgées et personnes handicapées) ni le rôle fondamental qu'elle a joué pour soutenir les acteurs de terrain qui comptent parmi les plus exposés durant la crise sanitaire.

L'une des forces de la Bretagne réside dans la capacité des acteurs, et notamment des pouvoirs publics, à agir de concert et en bonne intelligence, au-delà des logiques propres à chaque échelon et des clivages partisans, pour définir ensemble les meilleures réponses à apporter à nos concitoyens. La mise en œuvre de la loi NoTre en Bretagne est, sur ce point, le témoin que notre culture de la coopération est une force pour construire une ambition commune au nom de l'intérêt général. La riposte coordonnée de nos Collectivités face à la pandémie, qu'ils s'agissent de la commande groupée de 2 millions de masques ou notre participation commune au Fond spécial « COVID Résistance », démontre notre faculté à faire front ensemble dans les épreuves. Aucune solution viable ne saurait être trouvée sans qu'elle se bâtit en partenariat étroit avec les autres acteurs ou, plus encore, en occultant leur rôle et la valeur de leur action. Or, c'est le cas lorsqu'on propose la nomination du Directeur Général de l'ARS par le Président de la Région ce qui équivaldrait à une mise sous contrôle des Conseils Départementaux sur leurs compétences médico-sociales qui se trouvent pourtant au cœur de leurs missions. Contraire à la Constitution, nous pouvons plus encore douter de la pertinence et de l'efficacité d'une telle évolution. Faire le pari de la concentration à une échelle régionale parait à contre-courant des enjeux de transformations d'un système qui a au contraire besoin de plus de proximité que ce soit en matière d'identification des besoins de la population, dialogues avec les usagers et les communautés professionnelles ou de définition d'une stratégie cohérente et adaptée.

C'est la solution pour laquelle plaident les Départements à l'échelle nationale, à travers la plateforme « New deal départemental » présentée début 2019, et qui projettent de leur accorder une plus grande autonomie notamment en matière de contractualisation. Si cette position mérite d'être réactualisée à l'aune des événements importants que traversent notre Pays, ses principes sont plus que jamais d'actualité.

Quoiqu'il en soit, on ne peut s'affranchir, sur une question aussi complexe et qui implique autant d'acteurs, d'une convergence des volontés et des points de vue pour construire une solution partagée. On ne peut pas faire l'impasse sur le rôle des Départements, Collectivités des solidarités humaines et chef de file de l'action sociale et médico-sociale, sur celui exercé par les Maires, qui président dans la très majorité des cas les conseils de surveillance des hôpitaux, ni celui des communautés hospitalières, des instances de démocratie sanitaire (CRSA, CTS) ou des ordres et organisations représentant les professionnels de santé.

#### 4. Pour une transformation en profondeur du système de santé

Dans le contexte actuel, repenser la gouvernance de notre système de santé est une question légitime. Néanmoins, on ne peut résumer les difficultés observées à cette seule question. Sur ce point, des fragilités structurelles étaient identifiées et ce bien avant la crise. Prenons quelques exemples :

- Un déficit structurel de praticiens dans certains métiers liés aux conditions de formation et d'entrée régulées dans la profession couplées à une liberté totale d'installation. Or, c'est un facteur prépondérant de la persistance des déserts médicaux, du manque de spécialistes et de fragilisation des hôpitaux de proximité ;



- Inversement, un défaut d'attractivité, notamment lié à la faiblesse des rémunérations, criant pour d'autres métiers qui expliquent les difficultés de recrutement rencontrées par les hôpitaux et plus encore par le secteur médico-social ;
- Un système de financement des établissements hospitaliers qui place en priorité les considérations de gestion et de réduction des coûts
- Le déclin progressif de la recherche scientifique médicale avec en 15 ans, avec passage de la 5ème à la 8ème place mondiale en volume de publications scientifiques ;
- La prépondérance de la santé curative au détriment de la prévention dont les dépenses sont en recul ;
- Les difficultés d'approvisionnement en équipements médicaux et médicaments liées à une production très largement délocalisée.

Soit autant de problématiques qui doivent être traitées en tant que telles et faire l'objet d'une réponse publique appropriée. Des modifications dans la gouvernance du système ne permettront pas de résoudre, sauf marginalement, ces difficultés. En outre, il est évident qu'une part conséquente d'entre elles relève de décisions de portée nationale, voire européenne, pour lesquelles une approche locale ou régionale est inopérante.

Enfin, la gestion de la crise ne se résume pas à son volet sanitaire. Partout dans le monde, elle repose sur un équilibre subtil à trouver entre des considérations différentes et parfois difficilement conciliables. Car la crise épidémique se double nécessairement d'une crise économique, sociale, sociétale... Les décisions prises par les pouvoirs publics et les autorités sanitaires se situent en conséquence sur une ligne de crête tenue entre assurer un niveau de protection sanitaire à nos concitoyens et minimiser l'impact de la pandémie sur l'économie, préserver les capacités de l'appareil productif, sauvegarder l'emploi, assurer la disponibilité des services publics, assurer l'éducation des enfants...

##### 5. Perspectives

Ces éléments plaident pour une réflexion et un débat systémique sur cette crise et non pour une approche étroite par le seul biais de la santé. Il est indiscutable que cette crise a mis en lumière un certain nombre de faiblesses de notre Pays. Elle nous invite à nous réinterroger sur le rôle de l'Etat dont la capacité de réponse à la crise a été mise en cause et sur celui des Collectivités territoriales qui ont su démontrer leur esprit de responsabilité et leur réactivité. Ce qui suppose que le rôle et les responsabilités de chacun puissent être interrogés avec pour seule ligne d'horizon le service rendu à nos concitoyens. De ce point de vue, les Départements qui assument leur compétence à l'égard des politiques médico-sociales et sociales en coordination avec l'Etat, demandent de longue date à ce que ce sujet trouve une issue satisfaisante.

Enfin, cela implique de poser d'abord la question des moyens disponibles et de leur utilisation. En matière de santé, comme sur d'autres domaines d'intervention publique, la question est actuellement moins de définir qui pilote que de savoir avec quels sont les besoins de la population et quelles ressources y consacrer. Ce devrait notamment être, à l'échelle territoriale, le rôle des projets régionaux de santé qui, sous la responsabilité des ARS et en lien avec les Collectivités, sont censés porter une stratégie régionale de santé, s'appuyant sur une planification et une programmation des moyens destinés à atteindre ses objectifs. Mais comme l'a bien illustré le projet régional de santé 2018 – 2022 en Bretagne, force est de constater que, si le diagnostic et les objectifs sont souvent partagés, la question des moyens et de leur allocation pour faire face aux enjeux en matière de santé de nos concitoyens n'a pas été traité comme elle le devrait. Ce qui avait d'ailleurs poussé les Départements du Finistère et d'Ille-et-Vilaine à formuler un avis défavorable sur ce PRS.

C'est pourquoi le préalable à tout cela doit être d'engager une vaste réflexion portant sur la redéfinition de nos besoins et de nos attentes en matière de santé publique et en parallèle de

nos ressources en faveur d'une action publique qui repose sur les principes d'équité, de justice sociale et de solidarité. Anne-Francoise COURTEILLE

### Point au **samedi 6 juin 2020**

- **Séjour de la santé et réflexions sur notre système de santé**

- Les réflexions s'engagent. Dans le communiqué du Ministère, il est indiqué qu'au sein de chaque région, se tiendront plusieurs retours d'expérience territoriaux. Ces sessions pourront notamment être organisées et animées par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA). C'est dans une approche globale du système de santé que la CRSA Bretagne prendra son avis à partir des contributions des fédérations, mouvements et associations régionales qu'elle aura reçues, ainsi que des Conseils Territoriaux de Santé.

La CRSA pourra aussi remonter des expériences de terrain, des coordinations et dispositifs innovants impliquant différents types d'acteurs.

La Bretagne est riche de ses expériences. Le monde d'après peut-il rester le même que celui d'avant ? Des dispositifs, des organisations nouvelles, des outils nouveaux utilisés dans cette crise ne peuvent-ils pas être poursuivis, ou leurs principes perdurer ? La démarche, au-delà d'un avis de la CRSA Bretagne, est de remonter toutes les expériences que vous souhaiteriez faire connaître à la mission Notat qui doit rendre son rapport fin juin ou début juillet. Les envoyer à [bernard.gaillard1@aliceadsl.fr](mailto:bernard.gaillard1@aliceadsl.fr)

- Un maire : le plus difficile à gérer dans cette crise, c'est la diversité des canaux d'information qui pouvaient arriver à la mairie ; la complexité des documents jamais synthétiques mais toujours avec un nombre démesuré de pages ; les messages contradictoires arrivés de la préfecture ou aux canaux ; la non adéquation de mesures d'ordre public avec les mesures sanitaires intelligentes : exemple je n'ai jamais su s'il fallait fermer les cimetières, pour qu'elles raisons sanitaires il aurait fallu les fermer, sachant que bon nombre dans mon secteur sont restés ouverts sans provoquer d'attroupement dans les cimetières ouverts.
- FEHAP : extrait Le modèle associatif est solidaire d'une certaine conception de la santé globale et à ce titre, les organisations de la santé doivent être exemplaires pour instaurer, instruits par la crise sanitaire, un nouveau mode de relation au travail, aux personnes et aux communautés, au monde, et à la recherche individuelle et collective de sens.

Quatre dimensions président à cette nouvelle philosophie de la santé respectueuse des personnes, des communautés, et de la planète.

. Le rapport au travail : les organisations de santé doivent évoluer pour permettre aux professionnels d'exercer leur mission en sécurité, de manière coopérative, dans des conditions dignes, en interne aux équipes et dans la relation aux personnes,

. Le rapport à l'autre : les organisations de santé doivent être porteuses d'une coopération avec les personnes vulnérables qui sont les premières parties prenantes des soins et accompagnements ; elles sont en première ligne pour prévenir les inégalités de santé et les violences, qui sont des causes majeures de dégradation de la santé publique. Elles doivent participer à construire une cité qui soigne où professionnels, bénévoles et aidants de proximité sont reconnus et partenaires pour les actions de prendre soin.

. Le rapport au monde : les structures de santé doivent être pilotes d'un nouveau rapport au monde caractérisé par la sobriété, la solidarité et la proximité au sein desquels le territoire est reconnu comme foyer de ressources à cultiver ; la matière, comme une ressource fragile à préserver ; le numérique et la technologie, comme des leviers au service des capacités ; la prévention des risques, comme une démarche à instaurer à une échelle mondiale par la diffusion des connaissances et le partage des ressources.

. Le rapport au sens : les structures de santé doivent être les éclaireurs et les témoins de l'importance pour l'être humain de trouver un sens non pas seulement dans la seule recherche de performance individuelle, mais dans le souci des autres et d'une possibilité pour l'individu de grandir en humanité

- **Professionnels de l'enfance, hospitaliers, libéraux, conséquences de la crise**

- In Flash Uniopss n°48 :

- In Hospimedia Publié le 03/06/20 extrait

Le bilan des dispositifs de soutien aux professionnels témoigne de la violence de la crise.

Depuis le début de la crise sanitaire, les dispositifs de soutien psychologique ont été témoins d'une aggravation de la souffrance des professionnels de santé. Ils dressent le bilan de deux mois d'épidémie. Entre sentiment d'insécurité, surcharge de travail et lacune des organisations, les retours témoignent de la violence de cette crise.

- **Etablissements hospitaliers publics et privés**

- Reprise d'activités

Avec l'accord de l'Agence Régionale de Santé, la Clinique a pu reprendre son activité opératoire à partir du lundi 11 mai comme l'atteste la note d'engagement des établissements du Territoire 6. Cette reprise se fait de manière progressive afin de garantir le respect des mesures barrières, de distanciation sociales et d'adaptation des pratiques visant à sécuriser et rassurer nos patients. Parmi les nombreuses mesures adoptées par la Clinique, je peux citer : le port du masque systématique, des circuits spécifiques dès l'entrée pour favoriser la marche en avant et la distanciation sociale, la régulation stricte des flux pour limiter les temps d'attente, l'aménagement des locaux et la restriction des présences, la grande disponibilité de solutions hydro-alcooliques ou la désinfection renforcée de tous les locaux et matériels...

Toutes ces mesures sont en place et évaluées de manière quotidienne. Toutes les trois semaines, un bilan en groupe de coordination pluridisciplinaire permet de graduer cette reprise au plus juste pour la sécurité de nos patients et des professionnels. Aucun cas COVID n'a été détecté depuis le début de cette crise à la Clinique, mais nous restons extrêmement prudents dans cette période incertaine. Comme vous le savez, dès le début de la crise, une coopération très étroite avec le Centre Hospitalier et les professionnels libéraux a permis de proposer à la population malouine une offre de soins coordonnée et une information commune. Cette coopération s'est traduite par la formalisation d'un schéma d'organisation à chaque étape de la crise, par la création d'un centre de consultation COVID (Stade Marville) et d'un centre de télésoin EXOLIS, par la diffusion d'un bulletin d'information hebdomadaire à la population (exemple ci-joint), et par beaucoup d'entraide entre acteurs de santé. Durant plusieurs semaines, la Clinique a notamment mis ses équipes soignantes (10) et de nombreux matériels à disposition du Centre Hospitalier, du Centre de consultations COVID ainsi que du centre de Dialyse AUB35.

Cette coopération continue bien sûr durant ce déconfinement via une conf-call tous les lundis avec le GHT et la Polyclinique du Pays de Rance ainsi qu'un COPIL tous les mercredis avec les professionnels de la CPTS. Le centre de consultation de Marville s'est transformé en centre de prélèvement COVID avec l'implication du laboratoire Biorance.

- **Personnes vivant avec un handicap**

- Expérience du confinement chez une personne vivant avec un handicap, un handicap visuel.

Je n'ai pas compris ce qui se passait au début, ce pourquoi tout s'arrêtait d'un coup. Je suis resté chez moi en perdant de nombreuses relations que je pouvais entretenir avec le voisinage, les gens de la commune, les membres des associations dans lesquelles je suis. J'en ai profité pour poncer chez moi une voiture de collection que j'ai dans un hangar. Quelques personnes vivant avec un handicap visuel m'ont téléphoné parce qu'elles étaient angoissées, ou parce que les

aidants et accompagnants ne venaient plus au début. Que faire sinon relancer les accompagnants.

Ne voyant rien de ce qui se passait, du vide dans les rues, ce qui m'a frappé c'est le silence. Un silence qui ressemble aux périodes de neige. On n'entend plus rien, sauf les oiseaux. Cela est inquiétant. On a besoin d'explications fiables, d'être rassuré. D'où l'importance d'appartenir à des réseaux, des associations. Mais les associations, les petites associations d'aide, d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap, sont en difficulté car les entreprises qui avaient pour habitude d'aider financièrement, de sponsoriser leurs animations vont avoir des difficultés, pour certaines, à poursuivre ce soutien.

- **Organisation dans les territoires, médecine, centres hospitaliers**

- Un médecin libéral : Actuellement des PdS qui veulent se constituer en CPTS sont mis devant un parcours du combattant et doivent organiser des Structures juridiques ( d'ailleurs ) pas encore définies pour engager un coordinateur. Il serait bcp plus simple que l'ARS, au lieu de faire une dotation après que la commission ait accepté le projet de santé du groupe promoteur, de mettre directement ( et vraiment à dispo et pas comme les assistants CTS ) Des coordinateurs pour aider les PDS promoteurs et les usagers volontaires À se construire sur le territoire ...
- Film réalisé par la FHF en hommage aux professionnels des hôpitaux et des établissements médico-sociaux qui ont affronté la crise sanitaire du Covid. En effet, dans une situation d'urgence absolue, les soignants et toutes les équipes hospitalières ont fait face, jour et nuit, pour sauver des vies. Les Français les ont remerciés en les applaudissant tous les soirs et en acceptant de rester chez eux pendant de longues semaines. Ils ont également multiplié les dons, fabriqué des masques, préparé des repas et multiplié les initiatives pour les soutenir, les héberger, les encourager. L'épidémie n'est pas éteinte, elle est ralentie. La vie reprend son cours et ces mêmes soignants continueront d'être là pour réparer et soigner celles et ceux qui en ont besoin. Notre système public de santé repose sur leur travail et leur engagement quotidiens, au service des autres. La confiance, si intensément partagée au cours de ces dernières semaines, ne doit pas être oubliée. C'est dans cet esprit que la FHF a compilé des images tournées pendant la crise sanitaire du Covid-19, au cœur de ces services. Et pour la première fois, dans la voix off, c'est la voix des soignants qui s'exprime. Une voix qui remercie les Français pour leur soutien et qui les invite à préserver ce lien si fortement éprouvé : "Aujourd'hui, comme hier, nous sommes là pour tous vos actes chirurgicaux et pour tous les accidents de la vie." Les professionnels hospitaliers sont là, au rendez-vous, comme toujours pour assurer les soins.  
Visionner le film sur la chaine Youtube de la FHF : <https://youtu.be/LP5gHLkZfds>  
Télécharger le film en HD : <https://we.tl/t-FALPeUpZoj>
- Réunion avec médecins, personnel paramédical et usagers des CH/CHU de Brest (Mr Nonent, Mr Bail), de Rennes (Mr Pasquier, Mme Perlat, Mr Lelouedec), de Concarneau (Mme Derrien), de Dinan (Mme Lotton et Mr Henriot), membres du CIU, du CIH et membres de la Coordination Nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, les membres de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) Bretagne 4/6/2020 Mr Gaillard (Président du CRSA Bretagne) et Mme Le Gagne (Vice-Présidente et Présidente de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS)). Nous souhaitons participer aux retours d'expérience dans les territoires. Le Ségur de la Santé ouvre un mois de concertation, jusqu'à la fin du mois de juin, avec les acteurs du système de santé :
  - Des concertations nationales à travers un Comité Ségur national et un groupe Ségur national spécifique autour des carrières et des rémunérations,
  - Des retours d'expérience dans les territoires,
  - Une consultation en ligne via un espace d'expression dématérialisé ouvert.

Tout d'abord nous souhaitons réaffirmer les points essentiels de nos attentes.

- Augmentation de l'ONDAM répondant aux besoins de santé
- Revalorisations salariales programmées qui doivent être intégrées à l'ONDAM
- la gouvernance doit être équilibrée entre gestionnaires, personnels médicaux et non médicaux (dont les usagers)
- embauche de personnels et ouverture de lits là où cela est nécessaire

(Par exemple ratio soignant/soigné adapté aux besoins et non plus dépendant d'une enveloppe budgétaire, remplacement dès 48H d'arrêt, plus de secrétaires, psychologues, kinésithérapeutes)

- moratoire sur les restructurations ayant entraîné ou prévoyant des baisses de moyens, fermetures de lits, suppressions d'emplois

Mais puisqu'il s'agit d'un retour d'expérience des territoires nous souhaitons aborder des sujets propres au plan régional de santé.

Il est primordial de partir des territoires pour avoir une connaissance fine des besoins de santé et mettre en place l'organisation sanitaire pour y répondre : premier recours pour lequel nous souhaitons voir se multiplier les centres de santé, hôpitaux de proximité qui conservent les services utiles à la population de leur territoire : maternité de niveau 1, urgences, SMUR, petite chirurgie, médecine, consultations de spécialités, radiologie avec scanner et laboratoire avec si nécessaire relais vers un établissement avec un niveau d'équipements et de services plus importants .

Pour les hôpitaux publics, il est donc nécessaire de maintenir ou d'augmenter les moyens techniques mais de façon parallèle les moyens humains.

Cela passe par une amélioration de l'attractivité pour le personnel et dans un premier temps des augmentations de salaires promises avant le Ségur. Exemple concret : peu d'inscription à l'école d'aide-soignant (AS), et sur le terrain il est demandé aux personnels une flexibilité (remplacement dans des services voisins pour les IDE sans formation adéquate, remplacement des AS par des ASH, voire des IDE) pour gérer la pénurie). Pour attirer les étudiants il faut leur proposer un salaire décent, une formation pertinente. Pour que les élèves et internes soient bien pris en charge en périphérie il faut réfléchir à une valence universitaire pour le PH hors CHU (de même que les paramédicaux) et impliquer les chefs de service, et mettre en place des conditions propices à l'enseignement (salles de réunions...) et encourager la recherche. Pour les jeunes professionnels il faut proposer des possibilités d'évolution de carrière.

Nous pensons qu'il faut modifier le mode de financement. En effet la conjonction T2A-GHT a amené à vider les petites structures d'une grande partie de leurs activités, le plus souvent au profit de "l'hôpital pivot". Cela a plusieurs conséquences : éloigner de plus en plus la population du soin et favoriser le recours au secteur privé, mettre en concurrence des différents acteurs du soin qu'ils soient publics ou privés avec une course à l'acte trop loin de la pertinence des soins. Il n'est pas non plus imaginable de transformer les hôpitaux publics en ESPIC. Nous prôtons la diminution voire la suppression de l'activité privée à l'hôpital public et le zéro reste à charge.

Il est nécessaire d'améliorer la coopération entre CHU et CHG : faire connaître aux internes les structures, proposer des postes partagés attractifs c'est à dire non isolés (il faut que les CH et les CHU soient gagnants), organiser des réunions communes régulières, staffs, RCP, formation continue... Il faut garantir la qualité et la sécurité partout. Adopter les mêmes normes dans toutes les structures des GHT. Mieux organiser les filières pour les urgences (AVC, polytraumatisés).

Il est nécessaire de favoriser un équilibre au sein des GHT pour éviter des phénomènes de concurrence entre les différents sites d'un GHT, regrouper certains soins mais pas pour diviser l'offre de soin, rendre une autonomie de décision de chaque CH.

- De même il faut remettre les décisions à l'échelle d'un service (médical et paramédical) avec une autonomie organisationnelle.

Il faut également une réflexion territoriale sur le nombre de lits de manière à avoir en MCO un taux d'occupation moyen à 85% maximum, pour moins d'attente aux urgences et des plages de bloc chirurgical libres pour prendre en charge les urgences sans annuler la chirurgie programmée.

Il faut impérativement réfléchir au parcours après l'hospitalisation

- développement raisonné des soins ambulatoires car tout ne peut pas être géré en ambulatoire et la prise en charge ambulatoire nécessite un investissement en temps médical et paramédical important qui n'est pas toujours correctement quantifié et rémunéré.

-réflexion globale pour les patients polypathologiques en perte d'autonomie qu'ils soient âgés ou non. L'hôpital ne doit pas être un lieu d'attente d'une solution pérenne (certains patients attendent plusieurs mois en court séjour une place en EPHAD). Il faut développer les structures de SSR et l'hébergement temporaire (avec un mieux-être pour les patients et une grande efficacité en terme d'économie). Pourquoi ne pas développer des services d'hébergement temporaire publics (coût 10 fois inférieur au lit de MCO).

Proposition de création d'observatoires locaux :

Afin de définir les moyens nécessaires nous pensons qu'il est souhaitable de mettre en place des observatoires locaux composés de professionnels de santé, y compris hospitaliers, d'élus et d'usagers. Cette structure travaillerait à la connaissance des besoins de santé sur le territoire et pourrait également intervenir sur les politiques mises en œuvre pour y répondre : traitant par exemple de l'organisation par spécialité (quelles spécialités garder dans quel CH, et quelle articulation avec la médecine de ville, quel parcours patient, regroupements répondant à des objectifs de pertinence et non pas d'économie). Observatoire qui pourrait s'appuyer sur les CTS (Conseils Territoriaux de Santé) existants (avec comme bémol les territoires peut-être trop grands pour chaque CTS), l'université citoyenne, France Asso et l'observatoire régional de la santé en Bretagne (ORSB), sur l'Observatoire régional du parcours de santé

Cette structure impartiale, lien entre ville, hôpital public et privé, pourra plus efficacement lutter contre les déserts médicaux notamment, évitant l'écueil des rivalités interCHU, intra GHT, privé public... contre productives.

- **Les personnes sous mandat de protection pendant le confinement**

- Les SJPM : L'Udaf des Côtes d'armor a interpellé la presse et les parlementaires du département sur situation des Services Mandataires Judiciaires à la Protection des Majeurs face au COVID 19 L'Udaf des Côtes d'Armor a assuré une continuité de service depuis le début du confinement, même si l'accueil était fermé au public, les déplacements des professionnels étaient suspendus, la majorité des salariés étaient en situation de télétravail et que 20 % du personnel était encore présent sur site

Suspension des visites : Les mandataires judiciaires ont continué la gestion des dossiers en télétravail et ne pouvaient plus visiter les personnes protégées sauf exception.

L'Udaf s'est assurée du maintien des passages d'infirmiers, d'aides ménagères, de portage de repas en lien avec les mairies... Elle a pris le temps d'expliquer aux usagers les consignes sanitaires nécessaires à leur sécurité en leur diffusant les documents FALC.

Problème de confinement pour les personnes protégées qui ne respectaient pas les consignes (souvent l'attestation de sortie) et étaient verbalisées sans comprendre ce qu'on leur reprochait. Très vite, l'Udaf a alerté la DDCS 22 et le Procureur de la république sur ses inquiétudes liées aux contrôles des personnes protégées et, de concert avec la DDCS 22, tient à jour un observatoire des contraventions afin de relayer les contraventions injustifiées et de les contester.

Problème de paiement en liquide dans les commerces.

Les sorties d'hospitalisation des personnes protégées des établissements :

Impossibilité, en période de confinement, de trouver d'autres solutions d'hébergement.



Un travail en commun a été mené entre l'Udaf et l'autorité de tarification sur ces 2 derniers points :

- Le rappel à l'ordre des grandes surfaces ou commerces de proximité qui ne prenaient plus les paiements en espèces,
- Les sorties d'hospitalisation des personnes protégées

- **Expérience usagers, familles**

- Le déconfinement progressif est une phase de transition vers une vie plus habituelle. Cette perspective est à la fois source d'impatience et d'espoirs, mais elle pose aussi beaucoup de questions et peut provoquer de l'inquiétude. En effet, cette étape va s'opérer avec prudence et méthode car les risques de contamination restent bien réels. Les scénarii multiples évoluent très rapidement et sont différents d'un département à l'autre.

Même si les attestations ne sont désormais plus systématiquement obligatoires pour sortir, les déplacements restent conditionnés et encadrés. L'isolement demeure d'ailleurs la règle pour les personnes à risque et pour celles contaminées. Il est donc vivement recommandé de continuer à limiter les contacts et de sécuriser les activités extérieures.

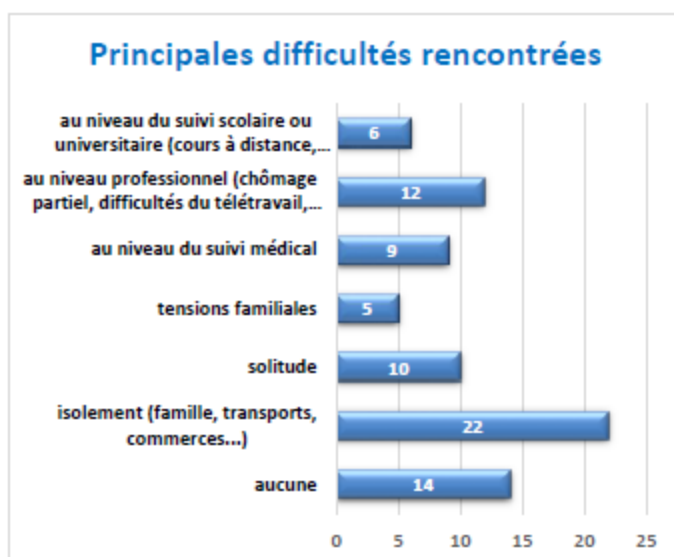
C'est pourquoi l'UNAF a sélectionné des activités variées qui permettent de continuer à s'occuper, seul ou à plusieurs et réalisé un catalogue d'activités à faire chez soi qui peut aider chacun à se distraire, à s'évader un moment et gratuitement, à la maison.

Une connexion internet est cependant nécessaire. Cette crise a mis en lumière combien la fracture numérique est réelle, car le confinement s'avère encore plus rude et risqué pour ceux qui n'ont pas d'ordinateur, de téléphone portable et de connexion internet. Dès lors que les publics les plus fragiles n'y ont pas accès, le facteur d'exclusion est encore plus saisissant.

- Une étude du réseau URAF : URAF Pays de Loire ; extrait

### **Le ressenti des familles durant le Covid-19 et le confinement**

52 réponses à l'enquête Flash de l'Uraf dans le cadre de son Réseau d'Observation des Réalités Familiales.



**Parole des familles :**

**Solitude**

*Stress au quotidien pour chaque sortie.*

*Difficulté de mise en place des gestes barrières avec une enfant*

*handicapée. Vulnérabilité.*

**Isolement**

*Voir personne pendant plusieurs semaines !*

*Blocage de visite de mon papa dans une maison de retraite.*

*Ne pas pouvoir voir mon papa qui est en fin de vie.*

*Ne pas voir mes enfants et petits-enfants.*

*La perspective de la durée de ces contraintes rend tout cela pesant.*

*Impression d'être prisonnier.*

*Impression d'être des pestiférés.*

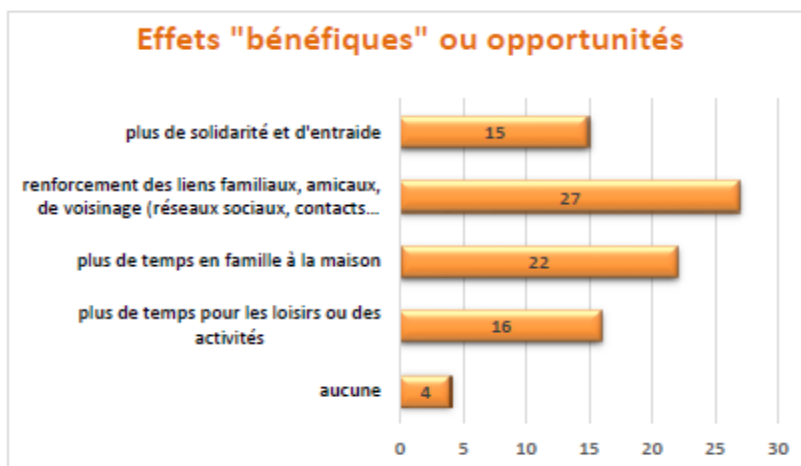
*Manque de relations sociales.*

*Etre obligés d'attendre pour effectuer certains achats.*

*Crainte d'aller faire les courses.*

*Confinement excessif.*

*Risque de contamination.*



**Parole des familles :**

**Plus de temps pour les loisirs ou des activités**

*Les moyens techniques nous permettent d'entrer en contact à*

*distance avec les personnes de notre entourage. Nous prenons*

*le temps d'appeler par voie téléphonique des personnes isolées.*

*Temps choisis pour la lecture et activités de loisirs appréciable,*

*Du temps pour moi.*

**Plus de temps en famille à la maison**

*Enfin la possibilité de prendre le temps de faire les choses, ne pas devoir courir dès le matin.*

*Faire davantage de choses en famille et de parler.*

*Prendre plus régulièrement des nouvelles des uns et des autres*

*Est-ce qu'on va reprendre toutes nos activités extra-professionnelles ?*

*Permet de nous poser.*

*Moins de fatigue, car moins de déplacement.*

- **Pauvreté, précarité, surendettement des familles**

Service d'aide aux familles surendettées : Service à distance pour l'UDAF du Morbihan  
Dans ce contexte si particulier du confinement lié à l'épidémie du Covid 19, et avec le souci majeur d'apporter des réponses aux familles, l'UDAF a mis en place un dispositif téléphonique de conseils à distance pour aider les familles en grandes difficultés financières, à monter un dossier de surendettement, en remplacement des rendez-vous physiques rendus impossibles. Il est en effet à craindre que les situations de surendettement augmentent de façon significative, dans les semaines à venir. Les circonstances actuelles de crise sanitaire vont générer une crise économique très forte et déjà visible.

Cela conduira, à la sortie du confinement, nombre de personnes à des pertes d'emploi, de revenus ou à des difficultés familiales : conflits, violences... qui se traduiront par des séparations. Il en résultera, pour un certain nombre d'entre elles fortement fragilisées, des retards trop vite accumulés ou des incapacités dans le règlement de leurs charges, dettes et emprunts. Le standard de l'UDAF, qui est resté opérationnel, a assuré les prises de rendez-vous téléphoniques avec l'équipe des 6 bénévoles, renforcée par 2 bénévoles supplémentaires déjà formés, soucieux de se rendre utiles et d'apporter aide et conseils.

Une des bénévoles a constitué un très utile aide-mémoire pour la préparation à distance de dossiers de surendettement. Il est consultable en ligne.

- J'ai pu mesurer sur le terrain les difficultés grandissantes des familles qui jusqu'alors ne sollicitaient aucune aide et qui étaient contraintes de faire appel à la Banque Alimentaire pour les besoins vitaux. Les problèmes financiers des familles comme vous le savez entraînent malnutrition, privations qui ont des effets néfastes sur la santé.

- **EHPAD**

visites au sein des EHPAD in Flash Info de l'Uriopss - COVID-19 - N°50

/ réunion ARS Bretagne/Fédérations du 3 juin. Le nouveau protocole qui s'appelle modalité de circulation dans l'établissement a fait l'objet d'une présentation et surtout d'une discussion très animée.

En effet, la mesure d'assouplissement annoncée comme une grande ouverture avant la fête des mères, n'est évidemment pas au rendez-vous et engendre surtout une grande cacophonie. Ce qui est remonté des participants qui se sont exprimés : une situation des directeurs très inconfortable et une pression supplémentaire qui génère du stress et de la colère de toutes parts. Après ce qui a été vécu, c'est la couche de trop.

En effet, vous l'avez tous lu, en ce qui concerne les visites de personnes extérieures à l'EHPAD, pas d'évolution notable hormis pour les mineurs qui portent un masque. Pourquoi le préciser ? A noter que les lignes directrices nationales rappellent la responsabilité et l'autonomie des directions en fonction de leur contexte et qu'ils sont et restent maîtres à bord. Evidemment les directions ne veulent pas être seules face à la responsabilité entre autres juridique et selon un participant « tenir une maison d'arrêt » ce qui n'est pas le rôle d'un directeur d'EHPAD.

Le sentiment d'être maltraitant a été également évoqué, alors que l'accompagnement a tellement progressé.

Il faut savoir que comme les structures, l'ARS en délégation départementale et au siège reçoit beaucoup de demandes de familles et de courriers très agressifs pour certains. Les représentants ARS présents à la réunion d'hier ont bien conscience que la pression est encore plus importante pour les directions.

La question de la liberté pour tout le monde sauf les personnes âgées a été posée et notamment pourquoi les personnes adultes en situation de handicap sont libres comme tout

un chacun et pas les personnes âgées ? La réponse a été que le risque de décompensation en cas de COVID-19 pour une personne âgée va être plus rapide et plus grave que pour une personne en situation de handicap.

Plusieurs représentants des fédérations ont indiqué que la situation générale de décompensation (sans COVID-19) est palpable dans les EHPAD et facteur de gros stress et que des personnes âgées meurent de chagrin aujourd'hui.

Attente d'une réflexion claire au niveau de l'Etat et de perspectives concernant la sortie de confinement des EHPAD avec une mesure du rapport bénéfice/risque si on poursuit ou non le confinement... Peut-être des raisons que le confinement perdure mais néanmoins il faut qu'elles soient objectivées.

- **Une parution : La liberté d'aller et venir dans le soin et l'accompagnement**

Quels enjeux éthiques ? 2020 Editions EHESP Aurélien Dutier, Miguel Jean, Magali Lafourcade

Si la liberté d'aller et venir constitue un droit fondamental, le respect de cette liberté est parfois entravé ou profondément confisqué. Ces limitations de la liberté d'aller et venir posent de nombreuses questions juridiques, cliniques et éthiques qui interpellent au quotidien les professionnels, les usagers et les citoyens sur la nature et le sens du soin et de l'accompagnement. Jusqu'où les impératifs de protection, de sécurité ou d'équité justifient-ils de mettre en péril cette liberté ? À quel prix et à quelles conditions ? Au bénéfice de qui et dans quelle finalité ? Grâce à un ensemble riche de témoignages et d'expériences, cet ouvrage déroule les dilemmes éthiques qui se jouent tous les jours autour de la liberté de mouvement et de circulation chez les acteurs du soin et de l'accompagnement, et invite à une réflexion plus large sur notre rapport à la mobilité, la proximité, l'espace et la liberté.

*Ces recensions s'arrêtent pour l'instant. Merci à tous les acteurs du social, du médico-social et de la santé, merci aux fédérations, mouvements, associations régionaux et locaux, merci aux élus, aux bénévoles, aux citoyens qui ont apporté leur contribution. La CRSA a servi, avec d'autres, de lien entre tous et au décloisonnement.*