

Commission permanente

Lieu :
A Lille & Visio

Procès-verbal de la réunion du mardi 16 février 2021

En PJ : le diaporama global de la séance et la feuille d'émargement

Rappel : tous les documents sont disponibles dans le SharePoint « Démocratie Sanitaire ».
https://www.ars.sante.gouv.fr/nord-pas-de-calais/STRATEGIE/demo_san/default.aspx

Au vu du contexte actuel sanitaire, la séance se tient à distance pour les membres de la Commission Permanente, et en comité restreint (7 p) sur site.

Un total de 34 participants :

Voix délibératives : 15 + 1 mandat=16

4 à Lille :

- **Monsieur Jean-Pierre CANARELLI, titulaire / Président**
- Monsieur Bruno DELAVAL, titulaire / Vice-président
- Madame Christine TREPTE, titulaire / Vice-présidente
- Monsieur Pierre-Marie LEBRUN, titulaire

11 en visio :

- Monsieur Alain TISON, titulaire/ Vice-président
- Monsieur Ziad KHODR, titulaire/ Vice-président
- Madame Patricia DEDOURGE, titulaire
- Monsieur Jean-Luc DESMET, titulaire
- Monsieur Jean-Marie PETIT, titulaire
- Madame Monique RYO, titulaire
- Madame Bénédicte VERMOOTE, titulaire
- Monsieur Patrick FOURNIER, suppléant
- Madame Muriel DEHAY, suppléante
- Monsieur Damien CONTESSE, suppléant
- Monsieur Stéphane DE BUTLER D'ORMOND, suppléant

1 mandat : Madame Séverine LABOUE, au Dr KHODR

Voix consultatives : 3

A Lille : Pr Benoît VALLET, Directeur général ARS HDF, puis Madame Laurence CADO

En visio : Monsieur Jean-Luc DEHAENE, représentant le CESER

Invités permanents (en visio) :9

- Monsieur Sébastien CAPDEVILLE, Président du CTS du Hainaut et Monsieur Philippe LEMAIRE, Vice-président
- Monsieur Eric JULLIAN, Vice-président du CTS de la Somme
- Mme Martine LEFEBVRE, Présidente du CTS Métropole-Flandres et Monsieur Franck SPICHT, Vice-Président
- Madame Fabienne HEULIN-ROBERT, Vice-Présidente de la CSMS
- Monsieur Patrick BAILLEAU, Vice-président de la CSDU
- Mme Isabelle LAMBERT, Vice-présidente de la CSOS
- Monsieur Alain TREUTENAERE, représentant de la CARSAT

Invités : intervenants et/ou auditeurs (en visio) : 7

Madame Fanny MESSIEN, Directrice du Pôle Enfance de l'APF France handicap de Lille Métropole
ARS : Mesdames Elisabeth VERITE Marine DUPONT-COPPIN, Caroline LECOMTE, Caroline NHEM,
Monsieur Christophe MUYS Et sur site : Mme Noémie POULAIN

Le quorum étant atteint (16 VD / 20), le Président CANARELLI ouvre la séance à 14h15.

OUVERTURE DE SEANCE

Approbation du PV de la CP du 19 janvier 2021 :

Le Pr CANARELLI demande si des remarques ou modifications sont à apporter au PV. En l'absence de remarques particulières, le PV de la commission permanente du 19 janvier 2021 est approuvé à l'unanimité.

Le Pr CANARELLI informe les membres de la CP qu'un point complémentaire est ajouté à l'ordre du jour, concernant la désignation de représentants d'usagers pour siéger au sein du conseil de surveillance de l'ARS.

Il s'agira de désigner pour y siéger, d'ici vendredi matin, 3 titulaires représentant respectivement les patients, les personnes âgées et les personnes handicapées et ayant chacun 2 suppléants. Il invite Laurence CADO à exposer le contexte.

Laurence CADO précise que le Ségur de la santé prévoit de transformer les conseils de surveillance des ARS en conseils d'administration. Dans l'attente d'un décret réformant cette instance de gouvernance des ARS et en raison de l'état d'urgence sanitaire, par dérogation aux articles du code de la santé publique appelant d'habitude le collège 2 des CRSA à désigner les représentants des usagers en conseil de surveillance des ARS, il est demandé aux présidents de CRSA de désigner ces représentants d'usagers, dont les mandats ont pris fin au 31 décembre 2020 (comme pour les représentants de l'Etat et les personnalités qualifiées). Mme CADO comprend que les délais soient courts et informe que l'instruction ministérielle n'a été adressée que vendredi aux ARS, leur demandant de leur remonter sous quelques jours les noms des nouveaux représentants des usagers amenés à siéger en conseils de surveillance pour un an. Elle ajoute que les membres pourront évidemment proposer à nouveau leur candidature ultérieurement, lorsque les conseils d'administrations seront mis en place.

Noémie POULAIN rappelle que les représentants d'usagers désignés habituellement par le collège 2 de la CRSA pour siéger en conseil de surveillance de l'ARS peuvent être membres de la CRSA, mais pas obligatoirement. Elle rappelle les noms des représentants d'usagers actuels.

Pr CANARELLI demande s'il est obligatoire de proposer d'ores et déjà des noms de suppléants ou si des titulaires peuvent suffire dans un premier temps. **Laurence CADO** indique qu'il sera possible de donner dans un second temps les noms des suppléants manquants.

Christine TREPTE informe avoir pu échanger avec certaines associations. Elle annonce se positionner en tant que titulaire et Mme FRANQUET (APAJH), suppléante, pour représenter les personnes en situation de handicap. Elle pense que Georges BOUCHART, membre de la CRSA également, pourrait tout à fait convenir en tant que représentant des personnes âgées. Suite à la demande de Madame CADO, elle va prendre son attache et lui demander s'il est intéressé.

Pr CANARELLI demande aux membres du collège 2 connectés qui seraient intéressés de se manifester. **Pierre-Marie LEBRUN** se positionne en tant que représentant des patients, membre titulaire. Il rappelle que France assos santé peut représenter toutes les catégories d'usagers.

Pr CANARELLI clôt le sujet en remerciant par avance Mme Trepte et Monsieur Lebrun de continuer à concerter avec leurs contacts et lui adresser pour jeudi les noms en complément, ainsi il pourra vendredi les renvoyer au DGARS.

Retour sur l'appel à contributions de la conférence nationale de santé (CNS) : non évoqué.

I – Point sur la situation régionale de la gestion de crise covid-19

Pr VALLET déroule et commente le diaporama (Cf. slides 5 à 33).

Observations complémentaires et échanges :

En réponse au **Président CANARELLI**, Pr VALLET précise que les variants sur le littoral sont en très grande majorité d'origine anglaise, il y a eu des transferts par rapport aux personnes qui travaillent en Outre-Manche et au sein de leurs familles. Aussi, des relâchements sont notés par rapport au respect des gestes barrières et à la distanciation sociale.

M. TREUTENAERE ajoute que la région de Dunkerque a vu le nombre de cas élevés bien avant la période du Carnaval. **Pr VALLET** ajoute avoir échangé sur ce sujet avec M. le Maire de Dunkerque, M. VERGRIETE. La circulation virale liée au variant dans cette zone est surtout responsable, mais aussi la lassitude au regard des gestes barrières et de la distanciation sociale. De nombreux dispositifs sont mis en place : des dépistages sont réalisés d'une manière systématique et gratuite, sur plusieurs jours, dans des salles conséquentes permettant d'accueillir un large public, ainsi qu'une communication sur le respect des gestes barrières. Toutefois, la réalité entre la relation des variants et la circulation virale reste toujours discutée, avec plus ou moins un lien sur le territoire national. C'est assez hétérogène dans la région, entre les régions, comme au niveau national, avec des zones qui s'améliorent et d'autres qui s'aggravent.

En réponse au **Président CANARELLI**, Pr VALLET approuve que les vacances de vaccination pourraient être une solution.

Dr VERMOOTE s'interroge sur les informations communiquées alors que le variant vient de Grande Bretagne et estime qu'une mauvaise stratégie de défense est adoptée.

M. JULLIAN suggère que la stratégie soit appliquée à l'identique pour les EHPAD. Il gère un EHPAD de 80 lits dans la Somme, avec un turn-over annuel de départ/arrivée qui peut représenter jusqu'à une vingtaine de personnes. Il demande s'il y avait la possibilité pour 3-4 EHPAD de nommer un EHPAD « référent » avec un médecin coordinateur pour organiser les vaccinations, et si de nouvelles doses seraient livrées à partir de mars pour les nouveaux résidents. **Pr VALLET** répond que la suggestion de M. JULLIAN est intéressante, partagée par l'ARS. En effet, un certain nombre d'EHPAD pourraient devenir comme des centres de vaccination, en coordination, pour réaliser des vaccinations de proximité, notamment pour le flux constant des résidents. Il rappelle également que les EHPAD ont été rattachés au « flux B ». Ce n'est pas impossible que le flux B continue à être alimenté en Astra-Zeneca, au fil de l'eau, par rapport aux nouveaux arrivants qui mériteraient d'être vaccinés, comme les étudiants en santé par exemple, aux nouvelles promotions d'écoles etc. Si cela dure encore une à deux années, peut-être qu'il faudra continuer la vaccination de cette manière. Effectivement, pour les nouveaux résidents dans les EHPAD, cela paraît assez logique.

Pour le flux A, en sachant que pour les étudiants en santé et les résidents, l'écart d'âge est à prendre en compte : l'Astra-Zeneca est le vaccin le plus approprié pour les étudiants mais c'est nécessairement le Pfizer ou le Moderna qui l'est pour les résidents (que l'EHPAD soit privé ou public).

Il faut espérer que la production nationale de vaccins se poursuivra et pourra croître. Cela a été la démarche de Monsieur le Président de la République de demander des sites de production nationaux qui permettent d'engager plus lourdement le volume en vaccination et ainsi, vacciner rapidement un maximum de personnes.

Aussi, concernant les livraisons des vaccins Astra-Zeneca, l'ARS a connaissance d'un volume global national de 780 000 doses à compter du 25 février, suivi de 1 500 000 pour la fin février.

Enfin, les professionnels travaillent à ce jour sur l'identification des personnes qui pourraient vacciner la population âgée de 50 à 64 ans inclus, atteintes de comorbidités. On a peut-être à travailler avec eux sur le maintien des centres de vaccination, des plages identifiées dans les maisons de santé pluri professionnelles (MSP), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou les cabinets de médecins volontaires. Il y a aussi le travail avec les pharmacies : soit de récupérer les vaccins soit de procéder à la vaccination par les pharmaciens eux-mêmes (mais en attente de la validation par des textes).

M. TREUTENAERE considère que les doses de vaccins ont été mal réparties dans le Pas-de-Calais. Il tient cependant à féliciter le travail considérable de la mise en œuvre de cette répartition la plus équitable possible, malgré le manque de vaccins suffisants. Il souhaite savoir si le vaccin doit être renouvelé régulièrement, comme celui de la grippe, mais aussi, s'il faut déjà anticiper pour l'avenir ou si ce même travail de préparation et d'organisation doit se répéter chaque année. **Pr VALLET** répond qu'il n'est pas possible à ce jour de savoir si le vaccin serait itératif, déjà au vu de la problématique du variant et donc des modifications de la sensibilité aux vaccins. Il y a cependant des éléments assez favorables

- Le vaccin à ARN Messenger (ARNm) semble pouvoir s'adapter assez vite en fonction des modifications génétiques du virus, et sur des délais très courts (d'après BioNtech et Moderna). Mais cela signifierait que s'il faut s'adapter et que cette adaptation suppose que le vaccin de l'année précédente ne fonctionne plus, comme c'est

un peu le cas avec le vaccin contre le grippe, on va rentrer dans une logique de saisonnalité de vaccination, et partir pour du long terme.

- Les usagers sont protégés.

- Les processus industriels permettent aussi une adaptation quand il y a un besoin mondial pour une population, même si cela peut créer des phénomènes de tension ou de ruptures sur les stocks. C'est vers cela que l'outil industriel français s'oriente et c'est aussi peut-être pour cette raison que Monsieur le Président de la République a fait des efforts particuliers pour qu'il y ait des producteurs à l'échelle nationale capables de nous fournir en doses de vaccins.

- mais d'autres moins favorables :

Cela peut éliminer les vaccins moins adaptatifs, en l'occurrence l'Astra-Zeneca par rapport au variant en provenance du Brésil ou d'Afrique du Sud (et non au variant anglais qui est plus présent sur notre territoire). Cela serait compliqué d'avoir des vaccins qui perdent de leur efficacité dans ce contexte.

Si le processus industriel est au niveau de la population en nombre, le travail d'allocation de doses sera moins compliqué. **Pr VALLET** remercie également les mots positifs prononcés M. TREUTENAERE en cette période actuelle. Il ajoute qu'en pratique, plus le vaccin est diffus, plus il se rapproche des vaccinés et de la population elle-même et que l'idéal serait la vaccination dans les cabinets de généralistes et les officines.

En tant que représentant des établissements médico-sociaux du Dunkerquois, **M. SPICHT** témoigne que le virus circule extrêmement vite au sein des établissements, y compris ceux accueillant des enfants, ce qui est nouveau. De nombreux établissements sont clusters, et ce, malgré le respect des gestes barrières par les professionnels. Il souhaite aussi plaider la cause des autres types d'établissements comme les foyers de vie, également touchés.

Entre les cas contacts et les personnes covid, l'organisation au sein de ces établissements est sérieusement mise à mal et la tension en ressources humaines à la limite mais la permanence des réponses et des services doit être maintenue malgré tout. Enfin, il félicite la décision prise de pouvoir vacciner les MAS, FAM ainsi que le personnel.

Pr VALLET confirme la forte volonté de se faire vacciner des personnels de santé ainsi que des résidents, pour se protéger et protéger les autres. Il cite l'exemple des EHPAD du flux A. Pour les établissements de santé, il n'a pas, par contre, les chiffres mais il a le sentiment d'un engouement identique pour la vaccination, avec une forte proportion médecins et infirmiers, et une petite réserve des aides-soignants. Un retour sur ces couvertures vaccinales par catégorie socio-professionnelle serait d'ailleurs intéressant à réaliser.

Les foyers de vie et les foyers d'autonomie (c'est-à-dire toutes les collectivités avec des personnes fragiles et/ou âgées) ont bien été répertoriés pour poursuivre la campagne de vaccination.

Malheureusement, toutes les personnes éligibles n'ont pu se faire vacciner ce qui a créé une grande frustration. La solution est donc un volume de doses attribuables et une augmentation de la production nationale de vaccins. De plus, il indique qu'il y a bien une conscience d'apporter une attention particulière aux personnels et personnes concernées par les établissements collectifs, sous peine d'avoir des clusters notamment par la modification des caractéristiques du virus, mais aussi une lassitude de se protéger, de ne pas rentrer dans un système où l'on est en permanence masqué, à s'isoler et à faire attention à tout. Cette lassitude peut s'expliquer aussi une partie des clusters qu'on voit émerger dans les établissements alors qu'ils étaient pendant très longtemps épargnés. D'ailleurs, la transmission était souvent liée à des moments de convivialité à l'extérieur de l'établissement lui-même et donc à des moments de relâchement des mesures de protection. Il pense aussi qu'il y a une lassitude générale et une volonté de passer à autre chose mais qu'il faut se prémunir de cette fatigue et de cette envie d'en découdre rapidement et continuer les efforts sur la protection, la prévention et le respect des mesures barrières, à répéter quotidiennement. C'est d'ailleurs le message véhiculé à la population de Dunkerque.

M. JULLIAN s'étonne qu'il a été découvert au moment de la crise sanitaire que les foyers de vie et les MAS accueillent aussi des personnes de plus de 65 ans. Il y a ainsi un travail à réaliser, en coordination avec l'ARS et les Conseils Départementaux, pour aider les organismes gestionnaires de ces établissements à réorienter ces personnes dans des structures plus adaptées et accueillir des plus jeunes actuellement sur listes d'attentes. Certains sont obligés de se rendre en Belgique. Ces personnes qui emboîsent les foyers de vie, les FAM etc ont besoin de plus de soins que d'animations. Il cite l'exemple du foyer de vie de Frocourt dans la Somme : sur 140 personnes accueillies, 40 ont plus de 65 ans, 80 personnes sont sur liste d'attente (et parmi elles, 2-3 partiront en Belgique). Il fait aussi remarquer que c'est un lieu de vie et non pas de soins, amenant parfois un débat éthique.

Pr VALLET répond qu'il y a bien une conscience de cette situation et du phénomène d'âge. Il a toujours été pensé que ces personnes rentreraient, pour un nombre significatif d'entre elles, dans une catégorie « personnes âgées ». Malheureusement, c'est souvent les personnes entre 65 et 75 ans, et elles présentent un inconvénient en matière de sécurité populationnelle, par rapport à la vaccination, les amenant à ne pas être immédiatement au rdv des premiers intéressés sauf si elles ont des comorbidités.

S'agissant des aspects de la Belgique, c'est un gros travail qui est réalisé par l'ARS de stabiliser ce flux, permettre d'avoir des accueils au niveau national et d'inverser cette tendance. Ce qui a d'ailleurs été fait pour les enfants, en termes de similitude de conventionnement et de maximum admis en matière de transfert depuis la France vers la Belgique des personnes présentant un handicap.

Enfin, l'ARS est assez preneur de réflexion commune avec les organismes gestionnaires de ces établissements sur des questions d'admissions de ces personnes en EHPAD et des solutions à identifier.

M. LEBRUN fait remarquer que les éléments diffusés en séance semblent beaucoup plus intéressants car prospectifs que les éléments reçus par mail chaque semaine et se demande s'ils ont un caractère confidentiel. **Pr VALLET** répond que plusieurs natures de documents existent tels que le bulletin quotidien (mais répétitif et en cours d'évolution) ou des présentations d'étapes. La présentation de ce jour sera bien-sûr transmise aux membres de la Commission.

Mme HEULIN-ROBERT souhaite partager un point de vigilance sur la politique des tests appliquée dans les EHPAD. En effet, il s'avère que les tests RT-PCR sont en partie à charge des personnels, avec une franchise de 2 à 2,50 euros par test réalisé et donc un reste à charger conséquent quand ils en font plusieurs. Cela génère une certaine crispation des agents dans de nombreux EHPAD au niveau régional et national, car ils sont énormément sollicités pour être testés régulièrement et trouvent injuste cette franchise à régler pour un test fait par l'employeur. Aujourd'hui, avec la vaccination et le respect des gestes barrières, le test RT-PCR est un geste barrière et restera un moyen important pour pouvoir endiguer ce type de situation épidémique. Il est important aussi que les professionnels restent motivés et acceptent de se faire tester dès que cela est nécessaire. **Pr VALLET** entend la remarque de Mme HEULIN-ROBERT et pensait que ce problème dont il a eu connaissance, avait été réglé, notamment à l'occasion de la généralisation des tests antigéniques qui eux sont gratuits et pour lesquels la positivité amène à faire en second temps un test RT-PCR. D'ailleurs, il y a des tests RT-PCR qui sont immédiatement réalisés lors de dépistages ciblés. Il va se renseigner sur la doctrine employée et comprendre pourquoi cela n'est pas reconnu comme une obligation employeur et pas comme une volonté d'une personne de tester à titre personnel. **Mme HEULIN-ROBERT** précise que cela relèverait du droit commun et d'un problème réglementaire (même un employeur qui souhaite rembourser se trouve limité par des questions de justificatifs de dépenses).

M. CAPDEVILLE souhaite intervenir sur le plan de vaccination qui se développe, puisque désormais la tranche d'âge est définie pour les 65-75 ans, et plus précisément sur la problématique posée avec beaucoup de professionnels libéraux. En effet, il a bien été acté que les médecins généralistes vont pouvoir très prochainement vacciner au sein de leur cabinet, ce qui est une bonne chose. Par contre, beaucoup demandent à des infirmiers de venir au cabinet pour réaliser ces vaccinations, pour des motifs tels que le manque de temps ou le souhait de travailler en coordination. Il y a une nécessité de bénéficier d'une législation sur cette situation mais aussi une capacité de pouvoir réaliser ces vaccinations afin d'éviter un problème d'organisation malgré le soutien des URPS. Aussi, il a appris que dans le Pas-de-Calais, une majeure partie de la vaccination à domicile a été confiée aux HAD, ce qui le surprend puisque, parmi les médecins, les pharmacies, les kinés, les infirmiers quant à eux représentent une couverture à domicile beaucoup plus importante alors que les HAD touchent 4% de la population dans la région. Il ne remet pas en cause la participation collective mais plutôt la coordination à mettre en place car la vaccination à domicile va être accentuée avec l'arrivée de l'Astra-Zeneca. Il convient de sécuriser les patients avant tout. **Pr VALLET** répond qu'il n'est pas sûr que l'HAD réalise la vaccination dans ce département mais par contre ils ont effectivement été sollicités, parmi d'autres contacts pour déterminer précisément la liste des personnes à vacciner à domicile, celles qui sont notamment le plus à distance et les plus démunies etc. Cela n'a pas été forcément retenu puisqu'un certain nombre de ces personnes répertoriées ne sont pas déplaçables et il a été fait appel à des équipes mobiles pour éviter de les faire venir se faire vacciner en centre. **Pr VALLET** indique ne pas savoir si les médecins généralistes vaccineraient tous au sein de leur cabinet (vue 27). Cela semble difficile en matière de logistique puisque chaque flacon contient 10 doses d'injections et qu'il conviendrait de programmer une vaccination d'une série de patients pour le même jour. Peut-être que les médecins continueront de travailler dans les centres de vaccination. Des échanges ont d'ailleurs été réalisés avec les représentants de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) et de la Fédération Régionale des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France (FEMAS). Ceux-ci indiquent qu'ils sont assez favorables de travailler en groupe ou en pôle avec un site de vaccination choisi et avec des professionnels qui se relayeraient pour assurer la vaccination de la population.

Par ailleurs, **Pr VALLET** informe avoir échangé la veille, lors d'un comité de coordination de concertation régionale de la vaccination, avec un interlocuteur de France Assos Santé, pour lui indiquer le besoin de travailler en collectif pour s'assurer de n'oublier personne dans la liste des maladies chroniques à identifier grâce aux associations de patients. Ce sont des personnes qui s'éloignent de l'offre de soins alors même qu'elles en ont énormément besoin.

Concernant les professionnels vaccinateurs, aujourd'hui, la législation sur les professionnels IDE et les généralistes est simple : les IDE doivent vacciner en « présence » d'un médecin vaccinateur. Cela amène la question sur la vaccination par les pharmaciens en officine, à savoir s'ils le réalisent eux-mêmes ou en présence d'un médecin vaccinateur. Si les pharmaciens vaccinent d'une manière autonome, comme ils le procèdent déjà pour les rappels de la grippe, on peut imaginer que les IDE pourront aussi le faire, sans la présence stricte d'un médecin. Les autorités nationales vont définir les règles pour les vaccinateurs. Peut-être que le recul qu'on aura sur les effets indésirables du vaccin mènera l'HAS à faire des recommandations sur les vaccinateurs et à faire évoluer le dispositif de réglementation au niveau national.

Dr LEFEBVRE rappelle que 86 % des prises en charge de patients en psychiatrie dans le Nord/Pas-de-Calais se font en ambulatoire, et environ 80 % en HDF. Ce sont des patients qui accèdent difficilement aux soins et qu'il ne faut pas les oublier.

Pr VALLET remercie pour toutes ces remarques et cet échange qu'il apprécie avec la CRSA. Il s'excuse et aurait souhaité continuer mais doit quitter la séance. Laurence Cado le représente alors.

II – Rapport de la CSMS sur la prévention des départs vers la Belgique et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)

Bruno DELAVAL présente les rapports de la CSMS sur la prévention des départs vers la Belgique et sur les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) (Cf. slides 34 à 44).

Observations complémentaires et échanges :

Sur le premier point, il rappelle que la CSMS avait déjà soulevé lors de la rédaction du PRS ce sujet des départs vers la Belgique. Il rappelle que des conventions avaient été passées sur le secteur « enfance » avec la région Wallonne, mais aucune sur le secteur adulte. Ce sujet a été repris par les pouvoirs publics (champ 6 du PRS / personnes en situation de handicap) sur cette nécessité de renforcer l'offre dans notre région concernant les facilités de transfert vers la Belgique, puisqu'il n'y avait pas de réponses en France.

Cela a débouché en février 2019 sur un plan d'engagement et à un préaccord de la conférence nationale du handicap (CNH) avec trois régions prioritaires dont les Hauts-de-France. Il confie que la CSMS s'est félicitée d'un plan d'action régional (la DOMS a présenté un rapport le 10 juillet lors d'un copil et a fourni ses premières réflexions le 10 septembre à la CSMS. Le rapport a été approuvé le 5 octobre). L'enveloppe allouée pour l'exercice 2020-2022 pour la région est conséquente et représente 26 550 000 € dont une dotation régionale de 2 950 000 € pour 2020, ce qui correspond à 295 places à minima. Ce plan de prévention prévoit que les admissions en Belgique ne peuvent se faire que si des places sont libérées.

Les premiers constats indiquent que les populations sont très hétérogènes. Les personnes ciblées concernent à la fois les adultes en situation complexe, présentant des troubles de comportement, des TSA, troubles psychiques et syndromes de korsakoff. La globalité des orientations se fait vers des foyers de vies et des établissements en Belgique et non pas sur de l'ambulatoire. Aussi il convient de se demander quelle est l'offre à mettre en place si on doit empêcher l'exportation d'adultes vers la Belgique. Le volume de l'offre est insuffisant par rapport aux besoins constatés. Il indique que ne plus adresser les patients en Belgique oblige à renforcer l'offre, mais quelle offre renforcer ? Les chiffres sont hélas assez parlants : seule une centaine de places ont pu être créées en FAM et en MAS depuis quelques années, il n'y a plus de PRIAC et l'extension des capacités a été asséchée au niveau des Hauts-de-France. L'augmentation des capacités par ce plan en millions d'euros va-t-elle permettre de rattraper du retard et de tenir la cadence ? Il précise par ailleurs que la compétence sur ce sujet est du ressort de l'ARS mais aussi des conseils départementaux. Les départs d'adultes vers la Belgique varient selon les départements, ainsi que la nature de l'offre (46% pour le Nord par exemple). Les réponses à construire doivent se faire en lien avec les conseils départementaux. Le ministère chiffre le besoin à une création de 295 places. Toutefois ce chiffre peut être insuffisant et ne pas répondre aux besoins (flux partant, personnes sur liste d'attente etc). Il convient de voir comment travailler les besoins quantitatifs et qualitatifs avec les conseils départementaux pour répondre au mieux aux besoins. Les crédits ont été répartis par l'ARS, en lien avec les conseils départementaux, au prorata de la population et en équité.

Par ailleurs, il indique que si les demandes vers la Belgique sont des demandes vers des établissements, la priorité de dans les Hauts-de-France vise à développer des services. La réponse en services est-elle satisfaisante par rapport à la réponse en établissements ? Il est à rappeler que le cadre conventionnel entre ARS et ministère prévoit que la moitié des places créées ou à fermer dans des établissements se fasse vers des développements de services. Quelle est la nature des services à renforcer et comment les renforcer ?

Il existe un problème capacitaire sur lequel il faut une veille permanente. Il faut veiller à ce que des personnes ne retrouvent pas sans solution (ni en France, ni en Belgique).

Une idée a été développée et consiste à avoir un indicateur des ruptures, qui peuvent avoir lieu vers la majorité : passage de la fin de la scolarité, à l'hébergement et à l'âge adulte, mais également à la retraite (en sortie d'activité professionnelle d'ESAT). Il faut des indicateurs de suivi des situations des ruptures, avec une analyse réponses apportées par défaut d'offres satisfaisantes.

Le dernier point d'analyse concerne les difficultés de relation et d'articulation avec la psychiatrie. Les liens et les articulations sont en effet à développer et un espoir est fondé sur les PTSM dans ce cadre. Les propositions sont les suivantes :

- continuer de travailler avec la Belgique sur la manière dont ils prennent en charge avec un plan de recherche et de qualification des personnels,

- identifier la nature des professionnels à recruter / faire un état des lieux des postes à pourvoir au sein des établissements médico-sociaux et des postes à créer pour adapter le service rendu,
- avoir une approche départementalisée avec la recherche de souplesse pour mieux construire dans les territoires.

Un premier appel d'offres a été effectué et il y a eu la création d'unités de vie. L'analyse des appels à projets est en cours et le cahier des charges pour la 2^{ème} enveloppe va s'exercer sur 2 ans.

Martine LEFBVRE indique avoir participé au dernier rapport sur la Belgique à la demande de la parlementaire Valérie LETARD et a travaillé pendant 17 ans sur la coopération franco-belge au titre de l'Ordre, en participant aux accords cadre de 2005 sur le volet sanitaire et de 2011 en médico-social. Elle insiste sur le fait qu'en Belgique, existe le pire comme le meilleur : elle souligne d'un côté tous les établissements qui sont dans la « Ligue » (Reine Fabiola, Albatros etc) mais d'un autre côté hélas, parce qu'il manque des places en France, se sont développées des structures qui sont essentiellement « commerciales » et dans lesquelles on retrouve d'ailleurs beaucoup d'apports financiers français. Il n'y a pas véritablement de projet éducatif, de projet thérapeutique. Ce sont des établissements qui reçoivent du public sans véritablement une prise en charge de qualité. En règle générale le travail effectué en Belgique est remarquable et ils peuvent nous donner certaines idées, mais malheureusement, le long de la frontière se sont développés des établissements « commerciaux » et cela est à souligner.

Alain TREUTENAERE indique avoir siégé en MDPH quelques années. Il précise que plus on s'éloigne de la frontière, plus il est compliqué pour les familles d'aller rendre visite aux personnes hébergées dans des établissements en Belgique. En termes de priorité d'actions, il estime devoir plutôt penser à d'autres départements que le Nord qui est frontalier avec la Belgique et souligne que les nombreux apports financiers que la France a pu verser à la Belgique pendant tant d'années auraient pu servir à construire des établissements et de places en France.

Eric JULLIAN demande de ne pas oublier l'effet filières. Il souligne que les familles doivent monter de gros dossiers pour être orientés à la MDPH mais également d'aussi gros dossiers dans les différents organismes gestionnaires du secteur handicap pour être admis. Il estime que c'est un frein qui pourrait être levé en facilitant les échanges entre la MDPH et les organismes gestionnaires pour prendre en charge les personnes le plus tôt et rapidement possible. Il indique qu'il est important de ne pas négliger le travail avec l'Education nationale, mais également avec la PJJ par exemple, et ne pas se cantonner à travailler uniquement au sein du secteur médico-social pour travailler sur les situations complexes mais s'ouvrir à d'autres secteurs. Il remercie l'ARS pour les appels à projet en cours sur les comportements à problème. Il indique à titre d'exemple qu'il y a 7 lits dans la Somme, pour 90 adultes aujourd'hui en Belgique et qu'il faut mener une réflexion collective sur une deuxième vague de ce type d'accompagnements qui vont être faits pour les cas complexes.

Christophe MUYS répond avoir travaillé de concert avec la CSMS sur ce sujet. Il confie partager l'avis de Madame LEFBVRE et de M. JULLIAN, concernant l'effet filière à partir de la MDPH et le côté positif et négatif en Belgique. Il évoque la fermeture du Domaine de Taintignies. Les personnes sont censées être toutes orientées vers des MAS ou FAM, toutefois la courbe de population faite en lien avec la MDPH et une équipe de représentants d'organismes gestionnaires montre que sur 74 résidents, 11 sont orientés en foyer de vie, 1 en EHPAD et 1 en habitat adapté, soit environ 15% de personnes pour lesquels l'orientation est inadéquate.

Martine LEFBVRE explique qu'en Belgique, il n'y a pas d'âge pour rester dans les établissements médico-sociaux, il n'y a pas d'orientation systématiquement vers une structure pour personnes âgées quand on a 65 ans.

Christophe MUYS revient sur le PRIAC auquel faisait référence Monsieur DELAVAL et indique que depuis le début du SRS (2018-2023), 122 places de MAS et 139 de FAM ont été créées, ce qui est plus qu'indiqué par Monsieur DELAVAL (même si cela est faible). Il propose de confronter ces données lors d'un prochain point en CSMS. Il confirme également que le développement de services n'est pas un outil qui permettra de répondre à toutes les problématiques, toutefois au regard des profils des personnes qui sont orientées vers la Belgique, il y a beaucoup de personnes isolées, sans aidant ou sans famille et pour lesquelles il y a besoin de places supplémentaires en structures. Il pense qu'il ne faudrait pas s'interdire le développement de places de services et qu'il faudrait mettre en place un copil sur le sujet. Il confirme qu'il y a une liste d'attente pour des places en FAM et en MAS mais que pour certaines personnes cela est « par défaut » car elles souhaiteraient pouvoir être maintenues à domicile mais ne peuvent l'être, faute de services offrant un volume suffisant d'aide d'accompagnement à domicile. Il explique que l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) sera publié sur le site internet de l'ARS cette semaine. L'idée est que les organismes gestionnaires puissent faire remonter, sur chaque département, leurs besoins et leurs attentes à la fois en établissements mais aussi en dispositifs de soutien à domicile de forme classique ou plus innovante : développer sur chaque territoire une palette d'offre de services complète. Il évoque la stratégie régionale concernant l'utilisation de l'enveloppe de 26 550 000 € et présente les 3 phases de la stratégie :

-fin 2020, l'utilisation de 2 900 000 € pour financer un certain nombre d'offres d'accompagnement en priorisant ce qui pouvait être cofinancé avec les départements (« effet levier » : les cinq départements confondus ayant participé à hauteur de 900 000 €) ce qui a permis de créer 145 places (dont 90 places de SAMSAH, 9 places d'accueil de jour en FAM, 2 places d'hébergement permanent en FAM, 16 places de MAS externalisées etc) avec comme public prioritaire les personnes ayant handicap psychique, trouble du comportement et situation de polyhandicap.

- appel à projets : utilisation de 7 800 000 € pour créer 7 unités pour personnes avec trouble du comportement très important (7 places par unité, une unité par département sauf pour le Nord et le Pas-de-Calais où il y a 2 unités donc 14 places).

- appel à manifestation d'intérêt lancé cette semaine, travaillé de concert avec les départements et les MDPH, avec cinq volets départementaux. Des sous-enveloppes ont été réparties de façon départementale. Les partenaires peuvent nous remonter leurs différents besoins : que ce soient des offres d'accompagnement financées à 100% par l'ARS, financées à 100 % par les conseils départementaux ou en cofinancement.

Enfin, **Christophe MUYS** souhaite également attirer l'attention sur le nombre de places autorisées dans le passé mais pas encore financées à hauteur de 10 millions d'euros, ce qui correspond à 52 places de FAM et 139 places de MAS qui ne sont toujours pas installées. Au regard des besoins, il va falloir gérer ce problème.

Professeur CANARELLI remercie la présentation longue de Monsieur Muys et dit pouvoir faire confiance à Monsieur DELAVAL quant à la bonne utilisation de cette somme.

Les CAMPS :

Monsieur Canarelli remercie tout d'abord la CSMS de s'emparer de ce sujet : alors que cette expertise des CAMSP était certaine, il a constaté une régression très dommageable aux prises en charge depuis 15 ans. Avec le temps, l'élargissement des fonctions des CAMSP et de toutes ces prérogatives a nécessité à l'inverse une augmentation des différents personnels qui y travaillent ne serait-ce que pour les dépistages des troubles sensoriels et des troubles moteurs précoces. Il confirme que ce serait une régression complète d'abandonner ces CAMPS qui fournissent un merveilleux travail ; le diagnostic précoce ayant pu être une fierté de la pédiatrie française.

Monsieur DELAVAL confirme ce mode dégradé dans les Hauts-de-France. Cela prend une ampleur particulière avec la Covid. Il s'agissait d'une auto-saisine de la part de la CMS suite à l'interpellation par le réseau régional des CAMSP et l'APF-France Handicap, que Mme Trepte confirme. Il y a 31 CAMSP et 7 antennes dans la région. 8733 enfants de 0 à 6 ans y sont accueillis. Les CAMSP sont cofinancés par l'ARS (80%) et les départements (20%). Leurs missions autour de quatre mots clés sont le diagnostic, le dépistage, le soin et la prévention. Il indique que la priorité est une prise en charge précoce. Tous les rapports montrent que tout se joue avant 1000 jours et que plus la prévention est démarrée tôt, moins il y aura de répercussions sur le comportement des enfants, sur la famille et moins il y aura de placement et d'orientation vers des établissements sociaux et médico-sociaux. Les rapports d'activités du CREAI depuis 2016 montrent que les listes d'attente sont importantes (282 jours régionalement et 237 jours nationalement). 26% des enfants viennent de services de néo natalité et les délais d'attente sont de plus de 60 jours (en dehors du débat du covid). Il constate l'explosion des délais d'attente. Il fait part d'un décalage dans les enjeux et les orientations quant au dépistage précoce, lorsqu'il faut agir avant les 1000 premiers jours de vie de l'enfant. Il confie qu'une réorganisation n'est pas suffisante pour redresser la tendance. Il estime que ce rapport devra être repris dans le cadre du PRS 2 et dans le bilan du PRS 2, en définissant les priorités données pour redresser la situation. Il expose les différents scénarii de dégradation qui se dessinent :

- la situation continuera de se dégrader s'il n'y a pas de changement,
- une remise en cause des CAMSP s'ils ne peuvent pas assurer toutes leurs missions mais juste une partie,
- une sortie des enfants sans prévention et des actions collectives qui ne sont plus instaurées.

L'ambition est donc de déterminer de nouvelles approches pour préserver la notion de services et ne pas démanteler les CAMSP.

Fanny MESSIEN, Directrice par intérim du CAMSP de Villeneuve-D'Ascq géré par APF France Handicap, intervient sur ce sujet. Elle prend le relai de Mme Labouche et M. Parmentier venus l'an dernier en CSMS présenter la problématique à laquelle les CAMSP sont confrontés, problématique encore accentuée par la crise sanitaire et qui a fait que de nombreux bébés n'ont pas pu profiter de consultations de dépistage. Elle partage deux indicateurs illustrant l'augmentation de l'activité des CAMSP depuis 10 ans : pour le seul CAMSP de Villeneuve D'Ascq, la file active est passée de 262 enfants en 2010 à 362 enfants en 2019 à moyens constants, et le nombre d'enfants suivis en séjour est passé de 180 en 2010 à 285 en 2019, toujours à moyens constants.

Elle précise que les CAMSP ont pu répondre à cette évolution de la demande en activant 3 leviers principaux, qui sont en fait 3 fausses bonnes idées et qui permettent juste de gérer des moyens qui n'évoluent pas pour répondre à plus de besoins. Ces leviers entraînent des conséquences sur le développement des enfants, l'accompagnement de leurs parents et sur le système médico-social d'aval. Le premier levier est de diminuer la durée des séjours. Cela induit d'accompagner des enfants moins longtemps pour faire des orientations plus rapides et pour accueillir des enfants plus jeunes. Les CAMSP incitent les parents à faire des demandes d'orientation vers un EMS ou un CMP-CMPP de plus en plus précocement. Une fois l'orientation réalisée, les parents sont orientés vers la mise en place de soins assurés par des libéraux, en attendant l'admission en établissement médico-social. Cela entraîne pour l'enfant une rupture dans la continuité des soins, un manque de coordination des soins assurés par les libéraux pouvant entraîner des incohérences dans le projet de soins, une multiplication des intervenants à un moment critique du développement correspondant à la première expérience de scolarisation. Pour les parents, il y a un de ce fait un manque d'accompagnement dans le processus de prise de conscience des difficultés et des besoins de l'enfant, une entrée rapide dans le monde du handicap, un manque d'étayage pour soutenir le projet de scolarisation en milieu ordinaire. Certains parents s'ajustent moins bien aux besoins de l'enfant, soit en surchargeant l'enfant de soins, soit en banalisant certaines difficultés et des questions de sur handicap apparaissent alors et viennent finalement développer les orientations vers la Belgique. Diminuer les durées de séjours ramène à augmentation les listes d'attente en SESSAED et CMPP. Le délai d'attente actuel est de plus de trois ans. Le second levier consiste à prioriser les enfants : les CAMSP souhaitent réserver leurs moyens aux enfants qui en ont le plus besoin. En agissant ainsi, se posent des questions éthiques portant sur les critères de priorisation choisis : âge ? Type de difficultés ? Situation sociale ? Se pose également la question de l'orientation des enfants non retenus : vers quels parcours les orienter ? Cela induit une réelle perte de chance pour les enfants non retenus, un allongement du délai pour l'obtention d'un diagnostic et la mise en place des soins adéquats, un risque de survenue de sur handicap faute de soins appropriés.

Pour les parents, cela relève d'un parcours du combattant pour trouver les professionnels de santé qui pourront les accompagner dans la compréhension des difficultés de leur enfant, ou au contraire, une banalisation des difficultés qui seront soulignées par l'école lors de la scolarisation.

En lien avec ce qui a été dit précédemment, les enfants pris en charge par les CAMSP bénéficient très tôt d'orientation, sont donc admis plus tôt dans les EMS, ce qui laisse moins de place pour ces enfants diagnostiqués et orientés plus tardivement, qui de la même façon qu'en CAMPS, ne sont pas considérés comme prioritaires : les 3 ans d'attente à 4 ans n'ont pas le même impact quand l'orientation est faite à 8 ans, c'est alors toute la primaire et l'entrée au collège qui n'est pas accompagnée.

Le dernier levier revient à développer le partenariat avec les professionnels paramédicaux exerçant en libéral. En s'appuyant plus conséquemment sur les paramédicaux exerçant en libéral, les CAMSP souhaitent accompagner plus d'enfants, en mettant en place des réponses partagées. Cette façon de faire génère des démarches administratives conséquentes, consistant à faire, pour chaque soin une demande d'accord préalable auprès de la CPAM. Cela demande également un gros investissement en coordination, pour articuler les soins dispensés par les professionnels du CAMSP aux soins réalisés en libéral.

Les projets de soins des enfants en suivi sont partagés dans un quart des situations, et pour 50% des enfants en observation. Ces réponses partagées nécessitent du temps de coordination pour assurer la cohérence des interventions et sont d'une qualité moindre car le temps dédié aux séances est de 45 minutes au CAMPS alors qu'il descend à 30 minutes au mieux en libéral.

Les parents doivent assurer les conduites pour la réalisation des soins, ce qui peut correspondre pour de jeunes enfants à 3, 4 voire 5 interventions par semaine, avec un gros impact sur la qualité de vie et la dynamique familiale. Par ailleurs les professionnels exerçant en libéral n'ont pas le temps de s'occuper des parents, il n'y a donc pas d'étayage de la fonction parentale pour des parents qui cherchent des repères face aux difficultés de leur enfant. Pour ouvrir les débats, depuis 10 ans, les CAMSP cherchent à adapter leurs modalités d'accompagnement pour répondre à un nombre croissant de demandes et ce à moyens constants. Ces tentatives d'adaptation se font au détriment des enfants, ce dont les professionnels ont conscience, puisqu'ils sont nombreux à évoquer un sentiment de qualité empêchée car ils savent ce qu'il faut faire pour faire progresser l'enfant, mais ne peuvent le mettre en place faute de temps et faute de moyens.

Professeur CANARELLI demande s'il existe un réseau constitué de tous ces CAMSP qui se réunit dans la région, et s'il est possible de rédiger un « cahier blanc » sur l'état actuel des CAMSP qui sera ensuite présenté en commission permanente, lors d'une séance dédiée uniquement à ce sujet. **Madame TREPTE** pense qu'il revient à la CSMS de prendre la main sur le sujet, et que ce « cahier blanc » devrait être élaboré par elle avec le soutien des CAMSP. **Professeur CANARELLI** approuve qu'il puisse être coréalisé ainsi et présenté avant la fin de l'actuelle mandature de la CRSA. Plutôt que de mentionner des axes « péjoratifs », il propose de mentionner d'autres axes comme par exemple : mobiliser des personnels à temps plein sur des activités groupées plutôt qu'une activité morcelée entre différents pédiatres ou autres spécialistes, etc. Il précise que ce constat d'échec ne peut être fait sans que des solutions ne soient proposées. Il évoque une régression dans ce domaine.

Elisabeth VERITE, référente périnatalité à l'ARS, intervient et appuie les propos de Fanny MESSIEN. Elle ajoute que ce constat est également valable dans d'autres CAMSP. Elle pense que certaines mesures au niveau national ont été prises notamment à travers les PCO (Plateforme de Coordination et d'Orientation) qui ne pourront pas tout résoudre mais qui ont pour mission la coordination autour des acteurs. Elle estime que le problème se

situé également au niveau du recrutement car des postes qui existent en CAMSP ne sont pas toujours pourvus (exemple : les orthophonistes), ce qui oblige aussi les CAMSP de travailler avec les libéraux. Elle confirme qu'il sera intéressant de refaire une analyse régionale avec le CREAL en y intégrant notamment la question délicate du recrutement des médecins et des autres professionnels de santé. Elle explique que la problématique qui se pose aujourd'hui pour les CAMSP est connue et suivie par l'ARS, que l'Agence essaie de les accompagner au mieux, cherche quelles formations proposer etc. Elle propose que ce livre blanc soit remonté au niveau national.

Professeur CANARELLI confirme que ce livre blanc aura vocation à être remonté au niveau national. Concernant les formations, il évoque le déficit de néonatalogues et explique que les pédiatres ne voudront plus prendre de gardes en maternité car ils n'auront plus la formation en néonatalogie. Il estime que l'hyperspécialisation est un gros problème. Toutefois une solution doit pouvoir être trouvée.

Monsieur DELAVAL remercie les différents acteurs qui se sont investis sur ces deux sujets.

Christophe MUYS est tout à fait d'accord pour ne pas abandonner les CAMSP et confirme qu'il faut les soutenir, cela fait d'ailleurs partie d'un des 7 axes stratégiques (sur le handicap) du PRS Il explique qu'une réflexion est actuellement en cours au national sur le sujet et qu'il ne faut pas tarder à remonter le livre blanc car à l'issue de ces travaux, il y aura un référentiel puis une instruction aux ARS. Il se propose d'exposer lors d'une prochaine réunion CSMS les actions menées par l'ARS pour soutenir les CAMSP.

III – Droits des usagers : Cf. slide 18

Programmation des labels et Journée régionale droits des usagers (2020-2021)

Mme Trepte rappelle que l'an dernier le contexte de crise avait bien entendu empêché le temps fort du 22 avril de voir le jour. Après échanges avec le vice-président, Monsieur Bailleau, et le service démocratie sanitaire, elle se ravisait de pouvoir proposer la perspective d'une rencontre en 2021, juste avant la fin de mandature de la CRSA. La date du jeudi 23 septembre, en présentiel mais dans des conditions les plus justes au regard du contexte sanitaire de cette période, est retenue. Le thème des aidants est toujours d'actualité. Pour rappel, l'an dernier Mme Sophie Cluzel, secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, avait confirmé sa présence. Mme Trepte propose que pour cette année un courrier soit adressé pour inviter Mme Brigitte Bourguignon, Ministre déléguée auprès du ministre des Solidarités et de la Santé, chargée de l'Autonomie, nommée depuis. **M. Canarelli** approuve cette proposition.

Pour la remise des labels, **Mme Trepte** explique que, comme cela avait été annoncé en plénière CRSA le 1^{er} décembre, les trophées des labels 2020 ont été remis à la plupart des bénéficiaires, cinq sur huit à ce jour, dans leurs locaux. A cette occasion, elle témoigne de la satisfaction des établissements et usagers de recevoir la CRSA et l'ARS, dans un contexte tendu mais où il est agréable d'être soutenu et promu pour leurs actions. Elle fait le retour de la séance de la CSDU du matin-même qui a sélectionné les labels 2021 : sur les 13 candidats, 2 seront proposés au national, et 6 autres distingués au niveau régional. L'attribution des prix en conséquence sera de 2 fois 2000€ pour les premiers, et 1 500 € pour les autres. Des trophées seront à nouveau commandés et remis cette année, sous un format différent, mais l'idée est bonne. Elle propose qu'ils soient remis à l'occasion de la plénière du 10 juin, de telle sorte qu'à la journée du 23 septembre soient invités les labels des cinq années de la mandature CRSA Hauts-de-France, récompensés donc de 2017 à 2021, sous un format « *que sont-ils devenus ?* ».

Par ailleurs, elle fait part des travaux du rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé : l'enquête 2019 sur l'année 2018 n'a pu être développée, en raison de la crise, autant qu'avant : un rapport portant sur les CDU/commissions des usagers des établissements de santé, sous la forme d'un carnet va être édité prochainement. Les travaux de la CSDU de mars prochain porteront sur l'enquête 2020/année de référence 2019 et seront présentés en plénière de juin : seuls les établissements de santé, et non les ESMS, ont été enquêtés, en raison de la crise.

M. Canarelli remercie Mme Trepte de toutes ces précisions et des projets bien construits de la CSDU.

IV – Questions diverses Cf. slide 19-20

Préfiguration d'un observatoire de la santé environnementale :

Faute de temps, le **Président Canarelli** reporte ce sujet. Il indique avoir été saisi par l'OR2S/observatoire régional sanitaire et social, pour donner son avis sur l'opportunité d'un tel outil. **M. Dehaene** se ravit que la CRSA se penche sur ce sujet ; il atteste que le CESER soutient cette démarche et souhaite être impliqué dans ce projet. Le **Président Canarelli** convient d'y consacrer un point à la prochaine commission.

Calendrier de l'appel à initiatives démocratie en santé 2021 :

Mme Poulain présente le calendrier prévisionnel de cet appel à projets et indique que la note de cadrage sera transmise pour approbation à la prochaine séance. Un bilan global des cinq années sera réalisé en parallèle à un bilan de la mandature CRSA, pour septembre.

V – Conclusion

Mme Vermoote souhaite revenir rapidement sur le sujet de la vaccination. Elle expose qu'il est difficile de gérer en cabinet libéral les doses de vaccins (parfois 10 doses dans un vaccin), d'où le retard. Elle rapporte la revendication de sa profession qu'il ne doit pas revenir aux pharmaciens de vacciner, mais éventuellement aux infirmiers.

Monsieur Delaval souhaite préciser le changement de date de la prochaine CSMS : le 12 et non plus le 10 mars.

Monsieur Dehaene regrette certaines interventions trop longues qui ne permettent pas de réel débat en séance sur des questions de fond. **Mme Cado** demande confirmation que les interventions du DG-ARS, qui ne se faisaient jamais auparavant en commission permanente, et depuis mai dernier désormais régulières en début de séance sur la gestion de crise, conviennent à tous. Le Président Canarelli confirme qu'il s'agit d'un incontestable atout, et que si cela prend du temps, il est apprécié par tous, particulièrement depuis l'arrivée de Monsieur Vallet. **Monsieur Dehaene** confirme qu'il ne ciblait pas du tout bien sûr cette intervention du DGARS qu'il confirme très pertinente.

Monsieur Treutenaere fait remarquer que même si certains sujets ont pris du temps, l'horaire de fin est tout à fait respecté à quelques minutes près.

Mme Trepte indique que les noms complets des labels 2021 seront transmis par mail aux membres de la CRSA afin de ne pas prendre du temps en séance sur le sujet.

En conclusion, **Mme Poulain** explique enfin qu'un prochain décret va sortir sur la refonte des CRSA, en vue de leur renouvellement à toutes à compter d'octobre et dans le cadre de la mesure 32 du Ségur de la santé. Son service se penche déjà sur la définition du calendrier de saisine, a priori prévu au 2^e trimestre ; elle reviendra présenter en séance le cadrage régional des futures désignations.

Monsieur Lebrun indique vouloir savoir par exemple ce qu'il en est sur le nombre de mandats possibles. **Madame Poulain** confirme qu'il s'agit d'un point en débat, suivant les régions/CRSA renouvelées dans le cadre de la réforme territoriale ou non.

En l'absence de questions et remarques supplémentaires, le Président clôture la séance à 16h40. Prochaine séance mardi 16 mars.

PV approuvé en séance du 16 mars 2021

