

Monsieur VALLET souligne l'excellente collaboration entre les secteurs privés et les secteurs publics ayant contribué à la gestion de cette crise.

M. POLLET explique que le document présenté aidera à trouver un certain nombre d'informations qui ne seront pas commentées lors de la présentation. Il constate que la situation épidémiologie est meilleure. Il fournit quelques chiffres sur l'ensemble de l'année marquée par l'épidémie. Monsieur POLLET dénombre 230 000 cas de personnes Covid+ dans la région depuis le début de l'épidémie. La capacité de tests s'est nettement améliorée et les chiffres sont désormais plus fiables. Il annonce qu'en termes de recours, près de 180 000 tests RT-PCR ont été opérés à la semaine 44, dans la région. Le taux de positivité sur la même semaine dépassait les 20% contre 12% (derniers chiffres connus) pour une moyenne nationale à 11%. Monsieur POLLET présente les courbes d'incidence par classe d'âge. Il fait remarquer, sur la période suivant le mois d'août dernier, un taux d'incidence élevé pour la tranche d'âge 15/29 ans, qui a progressivement été rejointe par les autres classes d'âges, notamment à partir de la semaine 42. L'incidence a été à son maximum sur la semaine 44, où la région a atteint près de 800 en taux d'incidence avec des écarts assez resserrés selon les tranches d'âge, toutes étant concernées à un niveau élevé. L'incidence sur l'ensemble des tranches d'âge a baissé depuis la semaine 44. Les plus jeunes restent les moins affectés par la maladie. Les autres tranches d'âge sont aujourd'hui dans des valeurs très proches les unes des autres. Le taux d'incidence régional est d'un peu plus de 120 cas pour 100 000 habitants par région pour une moyenne nationale aux alentours de 104 cas pour 100 000 habitants.

Monsieur POLLET présente les informations disponibles sur les décès dénombrés soit en établissement de santé, soit en établissement médico-social (ESMS), par département lors des deux vagues. Il précise que les profils sont différents selon la dynamique. En intrarégional, la première vague avait davantage touché le sud de la région et la seconde, le Nord et le Pas-de-Calais. Le nombre de décès recensés en établissement de santé et en établissement médico-social est d'un peu moins de 4 500 personnes. Un peu plus de 3 500 personnes sont décédées du Covid à l'hôpital et un peu moins d'1 millier sont décédés du Covid en établissement médico-social.

M. POLLET présente, dans un second temps, l'activité de l'offre de soins sur l'ensemble de l'année avec les deux vagues entre les semaines 11 à 47. Concernant l'implantation des soins de ville, il explique que les indicateurs sont recueillis auprès des services de SOS Médecins. La part de suspicion Covid représentée chez SOS Médecins était de près de 20% lors de la première vague contre une dynamique plus étalée lors de la seconde vague, qui s'est maintenue autour de 10% à son niveau le plus élevé.

Il démontre un phénomène de pics bien décrits pendant la première vague lors des semaines 13, 14 et 15 et où la prise en charge des suspicions de Covid représentait jusqu'à 20% de l'activité des services d'urgence, pendant la période de confinement. L'activité sur la période récente est restée en-dessous de 10% au plus haut de la crise.

Aujourd'hui, la prise en charge du Covid a généré plus de 21 000 hospitalisations (tous services confondus) depuis l'apparition de la maladie dans la région.

M. VALLET insiste sur la réanimation qui, selon-lui, représente la partie la plus technique orientée en matière de spécificités de prise en charge du dispositif Système de Santé, amenant à des pathologies respiratoires graves qui nécessitent une intubation ou un support ventilatoire sans intubation, qui relèvent du domaine des soins intensifs ou de la réanimation. Il constate, à partir du 15 octobre, une ascension des lits de réanimation qui s'accroît, passant de 475 à 800. Il souligne l'effort réalisé par l'ensemble des professionnels de santé des établissements publics et privés qui ont été capables d'équiper ces 300 lits. Il s'agissait de faire venir des ressources humaines utilisées dans d'autres parcours de soins et notamment la chirurgie et les blocs opératoires, que ce soient des médecins, des soignants, ou des personnels paramédicaux. Cette construction de 300 lits en trois semaines a été une chose exceptionnelle, qui a permis de parvenir à 800 lits aux alentours du 9 novembre. La part d'occupation de ces lits est de l'ordre de 90%, pour une utilisation maximale. L'augmentation des patients Covid a forcé le système de santé à la croissance de ces 300 lits et dans le même temps, la diminution des non-Covid, moins rapide, amène à un effet d'augmentation en valeur absolue du nombre de patients de réanimation. Il informe que les courbes se croisent de nouveau aujourd'hui et traduisent la reprogrammation de beaucoup d'activités qui nécessitent une prise en charge de quelques jours de soins intensifs ou de réanimation.

L'effort a permis de façon conjuguée, la réalité de ces chiffres. Cet effort a été fait par 7 territoires de santé avec des hôpitaux « pivots » (Lille, Dunkerque, Valenciennes, Arras, Amiens, Saint-Quentin et Beauvais). Chacun de ces hôpitaux, avec leurs équipes médico-administratives, était en lien avec des acteurs de territoire de différents établissements de santé publics et privés afin d'organiser la mise à disposition, soit de ressources humaines, soit de matériels, et/ou de places, avec des parcours de soins modifiés pour permettre la collaboration et l'interaction entre ces différents établissements. Monsieur VALLET rappelle que dans cette construction d'animation territoriale, il n'y avait pas que l'anesthésie, la réanimation et l'urgence, mais également la gériatrie, ajoutée plus récemment à la médecine générale. Ces animations territoriales serviront notamment à faire l'animation de la vaccination au niveau régional avec une distribution entre les différents établissements partenaires.

M. POLLET revient ensuite sur la courbe des hospitalisations conventionnelles et les taux d'incidence des personnes âgées de plus de 65 ans et les réanimations. Il trouve intéressant quelques dates et chiffres :

- l'effet du premier couvre-feu du 17 octobre : la courbe des taux d'incidence des personnes âgées de plus de 65 ans marque un léger pas mais continue d'augmenter. Le couvre-feu centré sur la métropole n'a pas eu d'effet régional. L'effet sur la métropole n'a pas été suffisant et n'a, par conséquent, pas inscrit de façon massive un effet sur l'incidence de l'hospitalisation ni sur l'incidence de la prise en charge en réanimation.

- le deuxième couvre-feu des 24 et 25 octobre : amène à une freination très importante de ces taux d'incidence pour les personnes âgées de plus de 65 ans et par effet de temps déporté, cinq jours après pour les hospitalisations conventionnelles, et dix jours après pour les réanimations, il constate un tassement sur les hospitalisations et admissions en réanimation.

Ce point démontre que cet indicateur pronostic est très certainement intéressant à suivre pour une éventuelle reprise qui se ferait après la période des fêtes ou au courant du printemps ; ces éléments pouvant servir de repère pour une éventuelle troisième vague.

M. VALLET constate qu'il y avait encore 200 patients Covid en hospitalisation, ce qui signifie que la décroissance est lente et que le plein des lits en hospitalisation conventionnelle met du temps avant de se terminer. Il explique les mesures prises de manière plus précise pour chaque catégorie de soins ou de prises en charge et notamment les éléments d'organisation autour de la gériatrie.

M. LEQUEUX fait ensuite un focus sur les établissements médico-sociaux. Il revient sur les courbes épidémiques des épisodes Covid qui ont pu avoir lieu dans la région. Deux vagues se sont succédé, au printemps et à l'automne, avec une différence sensible car celle de cet automne a été plus longue dans la durée et dans le nombre d'épisodes observés comparativement à celle du printemps. Aujourd'hui, quel que soit le type d'établissements qui concernent des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, 1 567 épisodes Covid ont été observés dans la région. 10 000 personnes ont été touchées par la Covid en ESMS (tous types d'établissements confondus). Il rappelle que les capacités de dépistage des personnes positives ont été optimisées tout au long de cette crise. Pendant toute la période printanière, l'ensemble des résidents n'a pas pu être testé et ont été comptabilisées, d'une part, les personnes positives et d'autre part, les personnes symptomatiques malades. Dans les EHPAD, 15 000 personnes ont été soit testées positives, soit ont été malades symptomatiques de la Covid. Le nombre de décès a été conséquent avec 1 657 décès de personnes résidentes d'ESMS. Il souligne que le nombre de personnes décédées à l'hôpital, parmi ces résidents, est de l'ordre de 43%, ce qui signifie que les personnes qui avaient besoin d'être hospitalisées l'ont été, contrairement à ce qui a pu être pensé.

Il fait aujourd'hui le constat, sous réserve d'approfondissement dans l'analyse, d'un taux de létalité sensiblement différent entre la première et la deuxième vague, bien qu'il ne soit pas possible à ce jour d'en objectiver les raisons. Au cours de la première vague, en comparant les données observées jusque fin mai, sont comptabilisées au sein des EHPAD, 6 527 personnes positives ou symptomatiques au Covid pour 1 143 décès, ce qui correspond à un taux de létalité aux alentours de 18%. Dans cette seconde vague, depuis le 1^{er} septembre, sont dénombrées au sein des EHPAD, 8 000 personnes malades ou positives au Covid pour un nombre de décès de 423, soit un taux de létalité à 5,2%.

En termes d'appui, collectivement avec les professionnels du champ sanitaire qu'au sein même des organisations et des ESMS, les professionnels et les résidents ont été accompagnés au mieux. Il explique qu'au sein de l'Agence, un accompagnement optimisé et personnalisé à chaque établissement dès lors qu'il avait à connaître un épisode Covid, a été mise en place. Il informe avoir construit avec les professionnels, dès la fin du mois de mars, deux guides de recommandations : Le premier à destination des EHPAD et le deuxième, à destination des établissements PH. Ces deux guides ont été enrichis l'un et l'autre d'un guide à destination des services médico-sociaux de ville. Ces guides, faisant aujourd'hui l'unanimité, continuent d'être enrichis au fur et à mesure des recommandations qui sont adressées.

M.LEQUEUX déclare qu'un dialogue resserré avec les collègues des Conseils Départementaux et les fédérations a vu le jour en termes de gouvernance au niveau régional et départemental, et il fait le constat d'un travail en parfaits accord et harmonie, sur lesquels il souhaite pouvoir s'appuyer dans l'avenir.

Il souligne qu'au-delà de ces modalités de fonctionnement, un effort important a été fait en termes de ressources humaines et avoir pu compter sur l'appui des professionnels de santé libéraux, rappelant qu'il a été possible lors des deux vagues de faire appel aux infirmiers libéraux pour venir en appui des établissements. Une démarche constructive et partenariale avec Pôle Emploi a été entreprise au cours de cette seconde vague, qui produit des résultats et vient en appui des ESMS et des établissements de santé. Les parcours ont été fluidifiés au mieux, pour favoriser les sorties d'hospitalisation et ainsi éviter l'embouteillage à l'hôpital. Il rappelle s'être engagé à prendre en charge à 100% l'hébergement temporaire des personnes âgées qui ne pourraient pas retourner à leur domicile et qui auraient besoin d'un lieu au sein duquel elles pourraient être accompagnées et prises en charge.

Monsieur LEQUEUX revient sur l'accompagnement financier mis en place par l'Etat. Au niveau régional, au titre des compensations des surcoûts liés au Covid ou des pertes de recettes pour un certain nombre d'établissements, 70 millions d'euros ont été injectés dans le système de santé dans le courant de cette année et 85 millions d'euros ont été versés aux établissements et organismes gestionnaires au titre de la prime Covid pour un montant global de 150 millions d'euros supplémentaires, délégués à l'ensemble des établissements. Monsieur LEQUEUX souligne les efforts faits comme conséquents de la part de la nation et de l'Assurance Maladie (financement ONDAM).

M. VALLET revient sur les deux éléments importants de cette gestion de crise : l'utilisation des ressources humaines pour renforcer les établissements et les différents types de soutien en appareils de protection ou en utilisation des tests. Il informe que la deuxième vague, en matière de gestion des ressources humaines a été un peu plus difficile que la première qui a fait appel à une déprogrammation massive nationale. Les activités chirurgicales étaient de fait arrêtées et l'ensemble des ressources a été immédiatement mobilisé dans le contexte

d'un confinement qui s'installait vers les prises en charge de réanimation. Il explique que la deuxième phase a été une phase davantage graduée, plus progressive. Les ajustements de ressources humaines se sont faits de façon plus proportionnée, amenant parfois à des mobilisations un peu plus fines. Au printemps, les outils utilisés ont été le recours à la réserve sanitaire nationale, notamment sur les établissements de l'Oise et de l'Aisne qui ont été plus sévèrement touchés lors de la phase initiale, et un dispositif régional appelé Opération Renfort Covid a été mis en place. La mobilisation de ce dispositif a permis une réquisition importante. Les recrutements de renfort ont été faits pour les établissements de santé et médico-sociaux. Cette cellule régionale a été reliée par des cellules départementales, permettant que 290 mises en relation soient faites au profit de 99 structures.

Monsieur VALLET pense que la deuxième vague a industrialisé les dispositifs de plateforme et de mises en relation entre les établissements et les professionnels, à la fois par la plateforme du Ministère appelée « renfort RH » et à la fois de façon plus innovante via la collaboration avec Pôle Emploi. Les outils utiles à la première vague comme le dispositif de réquisition, ont été beaucoup utilisés pour la seconde vague. Des collaborateurs de cliniques privées ont ainsi pu travailler dans des établissements publics sans difficulté dans la gestion de leurs contrats ou dans les modalités de prise en charge, y compris sur la dynamique assurantielle (allègement procédure administrative).

Il évoque la suspension dans le temps des formations (IDE, IBODE) et revient sur la collaboration pertinente avec Pôle Emploi via un outil d'industrialisation des mises en relation entre les demandeurs d'emploi et les besoins en établissements de santé ou médico-sociaux. Monsieur VALLET pense utile, après la crise, de maintenir et de renforcer ce dispositif de rencontres en facilitant la connaissance des besoins en formation et la mise en route des professionnels au travers de l'apprentissage.

M. KHODR rejoint Monsieur VALLET. Cette crise sans précédent a mis à l'épreuve beaucoup de professionnels de santé d'établissements hospitaliers. Le deuxième épisode de l'automne étant plus intense en termes de volume, touchant davantage le versant Nord de la région. Il remercie les intervenants sur cette présentation claire qui, selon lui, donne des leçons pour l'avenir. Monsieur KHODR déclare que la première vague a été synonyme de déprogrammation, autocensurée par la population. Il a été difficile de récupérer le retard de prise en charge lié à la première vague. Il félicite le travail fait en parfaite collaboration et qui a permis la mise en place de lits supplémentaires. Il se dit fier de tout le travail réalisé par l'ARS, les professionnels de santé et les établissements de santé. Il juge cette crise comme structurante, poussant à une animation territoriale très positive et à une collaboration de tous les établissements, qu'ils soient privés ou publics, médico-sociaux et la médecine de ville. Monsieur KHODR se veut optimiste et désire revenir à une vie normale, tout en alertant sur la gestion de la post-crise, tout aussi importante que la crise actuelle.

En qualité de Président de la CSOS, il souhaite que soit mise à plat la capacité des lits de réanimation en s'inspirant de cette crise, peut-être en juxtaposant les soins critiques et de réanimation sur un même lieu avec les équipements adéquats. Il souligne également la grande utilité des imageries et des scanners, notamment au niveau des services d'urgence et qui ont été d'une grande utilité sur le diagnostic et dans l'aide à déterminer la gravité. Il propose que ces sujets fassent l'objet d'une réflexion ainsi que sur les vaccinations futures. Monsieur KHODR est conscient de la conséquence psychologique de cette pandémie.

M. POLLET reprend la présentation sur l'utilisation des EPI / équipements de protection individuelle, les tests liés à la stratégie Tester/Alerter/Protéger engagée par l'Agence Régionale de Santé et la vaccination anti-Covid. Sur les capacités de dépistage, il déclare qu'un gros travail a été mené dès le début de l'épidémie avec l'ensemble des établissements disposant d'un laboratoire pour arriver à une capacité de tests maximale dans la région de l'ordre de 250 000 tests RT-PCR par semaine. Cela a malgré tout rendu nécessaire la priorisation des demandes de rendez-vous et de dépistages auprès des laboratoires afin de rendre les tests accessibles dans les 24 heures aux personnes symptomatiques, aux professionnels de santé, aux personnes contacts à risque et à celles qui disposaient d'une prescription médicale. Il relève le gros travail réalisé par les laboratoires de biologie médicale pour mettre en place les conditions permettant de fluidifier le recours aux tests et la rapidité du rendu des résultats, paramètre essentiel pour que chacun puisse adopter les bons comportements le plus tôt possible.

Le déploiement des tests antigéniques, tests rapides permettant un résultat dans la demi-heure, a dans un premier temps, eu lieu sous forme d'expérimentation auprès de milieux ciblés et plus particulièrement dans le secteur médico-social au retour des vacances de la Toussaint où les établissements ont engagé le dépistage des professionnels en complément des dépistages réalisés dès lors qu'un cas de Covid était repéré au sein des établissements. Ces dépistages ont concerné près de 8 000 personnels.

Il explique que le deuxième axe de ce déploiement à titre expérimental a concerné les services d'urgence dans les établissements de santé afin d'orienter le patient dans la filière de prise en charge la plus adaptée. A ce jour, près de 13 000 personnes passées aux urgences dans la région ont bénéficié d'un test antigénique. Des échanges ont également eu lieu avec l'Education Nationale pour le déploiement de ces tests auprès des personnels des établissements du premier et du second degré. La définition de la stratégie revenant aux deux rectorats, ces démarches débiteront dans le courant du mois de décembre.

Pour accompagner le confinement, Monsieur POLLET a vivement souhaité entamer le dépistage des étudiants logés dans des résidences universitaires. Ces opérations se sont déroulées fin novembre avec un succès mitigé et des résultats assez faibles en nombre de cas repérés, précédant les campagnes de dépistage mises en place par l'ARS dès le premier déconfinement. Dès le mois de mai, les collectivités confrontées à des clusters ont été appuyées par l'Agence. Plus de 1 000 opérations ont été organisées à la suite des contacts tracing dans les établissements médico-sociaux, dans les établissements scolaires, les entreprises, les collectivités locales ou les

clubs sportifs, représentant 95 000 personnes dépistées. Sous l'égide des directeurs départementaux de l'ARS, une soixantaine d'opérations de dépistage à caractère préventif ont été mises en place avec les collectivités locales dans le but de rapprocher l'accessibilité du test auprès de zones densément peuplées et dans les zones où le recours aux soins peut être difficile. Au travers de ces 60 opérations, plus de 15 000 personnes ont pu accéder à la RT-PCR en complément de l'offre des laboratoires.

Il redéfinit la stratégie Tester/Alerter/Protéger (tester venant d'être évoqué) :

- **Alerter** : sert à assurer le contact tracing. Ce dispositif est structuré en plusieurs niveaux, le premier étant pris en charge par le Médecin Traitant, le second par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie qui passe la main à l'Agence Régionale de la santé pour les cas les plus complexes et notamment les clusters. Il rappelle qu'il est question de cluster à partir du moment où il y a plus de 3 cas. En période épidémique prononcée, ce chiffre perd un peu de son sens mais permet d'avoir une photographie de la diffusion de l'épidémie et des milieux à risque. Depuis le mois d'octobre, les données sont stables dans les milieux où les clusters sont signalés. La rentrée scolaire et les protocoles sanitaires propres à l'Education Nationale ont amené à décompter un nombre significatif de clusters en milieu scolaire sur le mois de septembre. Les protocoles sanitaires et la définition des contacts à risque ayant évolué, la situation des établissements scolaires s'est fortement normalisée. Actuellement, les secteurs parmi lesquels les clusters sont préoccupants touchent les établissements de santé, avec près d'un tiers de clusters suivis en région et le secteur médico-social, en charge des personnes âgées et des personnes handicapées, et le milieu professionnel qui représente entre 15 et 20% des clusters sur ces dernières semaines. Monsieur POLLET rajoute que l'activité du contact tracing connaît depuis les premiers effets des couvre-feux et des confinements une forme de tassement qui accompagne l'évolution des courbes d'incidences, avec 460 clusters suivis et accompagnés (on était monté à 800 clusters). Un peu moins de 1 000 clusters sont aujourd'hui clôturés sur la région.

- **Protéger** : dès le mois de mai, des cellules d'appui préfectorales à l'isolement ont été mises en place pour les personnes qui, au travers du contact tracing, exprimaient le besoin d'accompagnement et d'appui à l'isolement (à domicile, demande d'hébergement spécifique...). Ce dispositif a connu de faibles sollicitations. L'Agence a la charge, en aval des plateformes de l'Assurance Maladie, d'assurer le suivi de l'isolement pour la personne Covid + ou pour les personnes contacts à risque. L'ARS contacte de manière digitale ou téléphonique plusieurs fois par semaine les personnes malades ou contacts à risque pendant la durée de l'isolement. Le succès a diminué dans la durée du fait d'un effet de lassitude de la population par rapport à l'ensemble des messages reçus amenant à une réflexion sur les suites, en termes d'amélioration de ce dispositif.

Il revient ensuite sur l'expérience lancée en région et travaillée avec l'URPS Médecins Libéraux et les autres URPS, d'un appui individualisé à l'isolement assuré par des équipes médicales ou soignantes et pour lesquelles les premiers retours sont très positifs et complètent de manière intelligente l'appui à l'isolement.

M. CANARELLI revient sur les clusters dans l'Enseignement Supérieur et dans les campus. Il demande si le résultat mitigé est dû à la difficulté d'obtenir l'exhaustivité des étudiants ou du fait d'un manque d'information.

M. POLLET répond que les dernières opérations réalisées ciblaient des résidences universitaires, des étudiants « captifs », assez peu intéressés à ce moment-ci au dépistage. Il pense que le contexte du confinement a pu jouer sur le taux de participation (15 à 20%) à cette opération ainsi que la difficulté à envisager la suite du test (cours suivis à distance, confinement).

M. CANARELLI pense que les facteurs de promiscuité et de festivité ont dû jouer un rôle dans cette non-participation. **M. POLLET** explique que les conditions de fonctionnement de résidences étudiantes ont été fortement retravaillées par les CROUS depuis le mois d'octobre, jouant certainement sur l'intérêt à participer à cette opération de dépistage.

M. CANARELLI demande si l'attitude qui consistait à autoriser au personnel soignant asymptomatique de continuer à travailler lors de la première vague est maintenue ou si un isolement des personnels atteints est mis en place. **M. POLLET** répond que les symptomatiques sont restés chez eux, isolés. Il admet que parfois des personnes positives sans symptôme, dans le cadre de dépistages systématiques, et dont l'autorisation a été discutée par la Médecine du Travail a permis, dans la mesure du possible, le retrait ou un travail plus administratif, sans contact avec les personnes fragiles. Durant la première vague, la tension était telle que certains personnels de santé, pas toujours testés, ont avoué a posteriori avoir eu des symptômes et être retournés travailler. Il pense que la seconde vague a été plus soigneuse.

M. CANARELLI passe la parole à **Mme POULAIN** qui lit les questions et remarques que les membres ont pu adresser par écrit :

Madame MANNARINO salue les consultations régulières, efficaces, ayant eu lieu entre les services du Conseil Départemental du Nord et l'ARS.

Monsieur LEBRUN remercie pour cette présentation très claire que France Assos Santé va relayer auprès de ses 500 représentants d'usagers et remercie également pour la différence de communication délivrée par rapport à la première vague.

Monsieur CREPEL est appelé en séance à sa demande et partage ses commentaires et questions :

Concernant la situation des personnels dans le secteur médico-social, il a le sentiment, tant sur la première vague que sur la deuxième, d'être pris en compte en deuxième niveau. Il indique que tout a été concentré sur l'hôpital, que les efforts de communication et de recrutements ont surtout été portés au cœur de l'hôpital et qu'il y a eu de grandes difficultés de mise à disposition d'effectif. Il constate que l'activité des urgences dans la première vague était nettement moins importante avec moins d'accidents de travail ou de circulation. Le non-recours aux soins démontrait lors de la première vague a été beaucoup plus faible sur l'accueil aux urgences lors de la seconde vague. Le pourcentage d'activité lui semble peu compréhensible. Monsieur CREPEL souhaite qu'un travail soit fait rapidement en termes de ressources humaines d'où il ressort que beaucoup de personnels de santé ont vu leur vie chamboulée de part leur quotidien, le stress procuré par le travail et notamment lors de la première vague où les équipements de protection individuelle étaient manquants, créant beaucoup d'angoisses, de changements d'horaires et de suractivité. Il pense qu'une décompensation des personnels pourrait arriver avec un afflux massif d'arrêts maladie. Il se dit inquiet pour les services hospitaliers car bon nombre d'agents, fatigués par leur exercice professionnel, ont envie de quitter la profession (infirmiers, aides-soignants notamment) pour se lancer dans tout autre chose. Il souhaite mettre en œuvre des actions pour empêcher cette situation.

Monsieur CREPEL revient sur la prime de 183 € suite au protocole du Ségur de la Santé que la CGT n'a pas signé. Il a le sentiment que le médico-social n'a pas été traité sur la partie de la crise sanitaire pour ces personnels qui ne sont pas rémunérés de la même façon, créant beaucoup de problèmes de ressources humaines, ces personnels qualifiés pouvant travailler dans d'autres secteurs mieux rémunérés.

Il demande si les règles de reconnaissance d'accident de travail seront assouplies pour tous les personnels positifs au Covid de façon vérifiée, ou pour lesquels des symptômes ont été détectés lors de la première vague, les décrets évoquant une oxygénothérapie pour être reconnu. Il rappelle également que la non-reconnaissance en accident de travail ferme la porte à toute prise en charge et suivi.

M. VALLET répond sur le suivi psychologique des ressources humaines en santé et sur une éventuelle troisième vague que l'on pourrait qualifier de psychosociale, de sociologique ou de santé mentale. Il rappelle que, dans les établissements de santé, les personnels ont été extrêmement suivis et que, aussi bien pour la première que pour la deuxième vague, les établissements de santé ont eu recours aux cellules d'urgence médico-psychologiques. Il informe que, dans les organisations territoriales, un dispositif a été mis en place et devrait permettre d'aider à identifier les signaux qui remonteraient des professionnels et de la population générale sur ces questions très importantes de déficit de bien-être, de difficultés psychologiques ou d'alertes en santé mentale.

Sur la question des ressources humaines et notamment sur la dynamique liée à la fatigue, à l'épuisement et à l'abandon des professions, Monsieur VALLET entrevoit des signaux contradictoires. Il rejoint Monsieur CREPEL sur le fait que certains infirmiers ou autres professionnels paramédicaux ont effectivement souhaité s'éloigner d'un dispositif difficile pendant cette période. Cependant, il reconnaît une augmentation des vocations dans les écoles. Il n'est pas impossible que soient observés des éléments différenciés au cours du temps. Monsieur VALLET pense possible que les mesures du Segur aient accru l'attractivité de ces postes mais ne souhaite pas porter de bilan prématuré.

Monsieur VALLET confirme qu'il est nécessaire d'avoir une attention particulière, afin de s'assurer que ces métiers garderont leur attractivité à l'avenir, voire verront une attractivité renforcée. Il pense que l'octroi de la prime pour le médico-social est logique. Le Gouvernement a demandé à Monsieur Michel LAFORCADE, ancien Directeur Général d'ARS, de s'occuper activement de ce dossier et de faire remonter des propositions. Si ces primes n'ont pas encore été attribuées, il espère qu'une suite sera donnée pour que les professionnels ne se sentent discriminés. A titre personnel, il admet avoir une attention particulière sur le lien existant entre le sanitaire et le médico-social. Il est persuadé que ces secteurs doivent travailler le plus possible ensemble car parfois un peu trop éloignés l'un de l'autre. Monsieur VALLET est d'avis que l'un des éléments d'attractivité, pour les professions de soignant ou d'infirmier, est d'augmenter les dispositifs de valorisation des acquis (des accélérations de carrière peuvent aider à l'attractivité et au maintien dans les établissements).

Sur la question de la reconnaissance en accident de travail, Monsieur VALLET apporte un complément d'information lié à la difficulté d'identifier clairement la causalité entre la Covid et le fait qu'elle ait été contractée sur le lieu de travail. Il explique que, bien qu'il faille analyser l'étude en question, l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a fait valoir que sur les personnels contaminés lors de la première vague, 3% d'entre eux ont été contaminés sur le lieu de travail, le reste du pourcentage étant à égale partie entre la contamination à la maison et la contamination sur le lieu de travail mais pour des raisons de convivialité (moments de restauration, etc...). Monsieur VALLET est d'avis qu'un travail approfondi doit être réalisé pour, le cas échéant, discuter de la reconnaissance en accident de travail de la pathologie Covid, rappelant qu'à son niveau, il ne lui appartient pas d'entamer cette discussion.

Sur la question des actions menées en matière de soutien aux ressources humaines pour le médico-social, Monsieur VALLET n'a pas le sentiment que ces établissements aient été abandonnés. Beaucoup d'outils ont été utilisés pour renforcer les équipes des ESMS et un volume conséquent d'actions a été réalisé. Il y a eu un soutien aux établissements sur des processus, des dispositifs mais aussi sur la possibilité de recourir à un certain nombre d'organisations (HAD, mise en place de soutien en médecins coordonnateurs, référents...). Il préconise de faire une analyse soigneuse de la situation à posteriori ainsi qu'une analyse en matière de déprogrammation pour les deux vagues.

M. LEQUEUX insiste sur les efforts faits lors des deux vagues. Au cours de la première, le système du renfort par les professionnels de santé libéraux (infirmiers ou médecins), au titre de vacations et de réquisitions, a

particulièrement bien fonctionné dans les ESMS. Il explique qu'à la demande de l'ARS Hauts-de-France fin mars, voyant arriver la difficulté des établissements et des services à fonctionner, la CNAM et la DSS ont permis de mettre en place des actions. Il rappelle que l'Agence avait, dès la fin du mois de mars, indiqué la possibilité pour tous les EHPAD ayant des médecins coordinateurs, d'augmenter leur temps de travail qui serait pris en charge sur les propres ressources de l'ARS. L'idée est d'appuyer médicalement avec des professions paramédicales, les EHPAD. Monsieur LEQUEUX souligne la très grande réactivité du secteur handicap et notamment la capacité qu'ont eu les organismes gestionnaires à mutualiser leurs moyens. Il entend le ressenti que, sur certains territoires, le champ sanitaire ait été préféré mais croit fermement que le milieu médico-social doit rester attractif. Il pense que la crise a éclairé davantage les difficultés sur le secteur médico-social sur ce sujet. Il espère que les conclusions de la mission confiée à Monsieur Michel LAFORCADE seront rendues rapidement.

II – Point sur la vaccination antigrippale

M. VALLET fait un point sur la [vaccination anti Covid](#) avant d'intervenir sur la vaccination antigrippale.

La vaccination anti Covid est perçue comme la possibilité de sortir de façon plus pérenne du cycle des vagues confinements/déconfinements et de s'assurer de l'immunisation collective qui permettra de protéger les français vis-à-vis de ce virus.

L'information étant encore relativement limitée, il participe avec le niveau national à la préparation de cette vaccination. Il explique que le premier vaccin de Pfizer, largement présenté dans la presse, sera à priori disponible en début d'année prochaine dans des conditions de conservation de l'ordre de -80° amenant à des processus de stockage et de délivrance relativement fastidieux, mais une vaccination utile pour une population priorisée notamment les personnes âgées (en EHPAD, mais au-delà) avec des vagues successives qui iront vers d'autres publics (fragiles, puis professionnels de santé, puis population générale).

Les 7 établissements pivots évoqués précédemment serviraient de lieu de stockage puis par des effets de distribution périphériques, les vaccins iront vers les ESMS dont les établissements pour personnes âgées. Monsieur VALLET compte sur le personnel de ces établissements (infirmiers et pharmaciens sous la responsabilité de médecins) pour vacciner, sous réserve qu'un médecin soit présent. Pour un grand nombre d'ESMS, les médecins généralistes seront les interlocuteurs privilégiés. Dans les animations territoriales du système de santé pilotées par l'ARS, il déclare qu'un travail sera fait avec les médecins généralistes sur le plan de la logistique, de la délivrance et de la façon dont les vaccins pourront être attribués. Il explique qu'un comité de concertation de la vaccination anti Covid sera mis en place dès la semaine prochaine et sera sous la présidence du Professeur Jean-Luc SCHMIDT, accompagné d'une trentaine de membres, dont une représentation des usagers, des conseils départementaux, des professionnels de santé etc. Ce comité sera élargi notamment aux politiques, les collectivités territoriales étant précieuses par rapport à l'animation de cette vaccination qui sera le premier grand moment de vaccination nationale depuis la grippe H1N1.

Cette vaccination n'est pas obligatoire, Monsieur VALLET souhaite engager un dialogue suffisamment rassurant et éclairant auprès des usagers, avec les usagers. Il aura donc besoin de travailler avec la CRSA pour savoir comment procéder et s'adresser aux personnes qui souhaiteraient se faire vacciner. Il pourrait donc y avoir une première consultation d'échanges avec ces personnes pour leur expliquer les attendus. Si les personnes souhaitent un moment de réflexion, elles pourraient se faire vacciner à l'occasion d'un deuxième échange. Ces 2 consultations seraient prises en charge. Monsieur VALLET ne veut pas s'engager davantage sur ce sujet car l'ARS travaille actuellement sur la dynamique logistique de cette vaccination.

M. CANARELLI précise que le dispositif concerne les personnes âgées en résidence ou en établissements de santé, incluant les services de gériatrie et longs séjours, et ajoute que, dans les EHPAD, les résidents ont des médecins traitants différents ou, à défaut, un médecin coordinateur. Il demande si les vaccins ne devront pas être spécifiquement administrés par les médecins, les acheminements des vaccins étant limités dans le temps.

M. VALLET répond par l'affirmative et ajoute que le médecin coordinateur est souvent celui qui réalise ces campagnes de vaccinations hivernales, aidé éventuellement par une infirmière ou par un pharmacien, mais la vaccination est sous le pilotage du médecin coordinateur ; dans les établissements dans lesquels il n'y a pas de médecin coordinateur, il y a soit un médecin faisant fonction de coordonnateur soit un médecin ayant le plus de résidents sous sa responsabilité et il aura la responsabilité de faire à minima la vaccination sur ses propres résidents mais pourrait aussi assumer le fait de faire l'ensemble de la vaccination, soit un médecin aidé par une infirmière de l'EHPAD (qui pourra vacciner, sous la responsabilité du médecin). Il informe que pour les EHPAD qui n'auraient pas de système de congélation, la vaccination devra être réalisée dans une période maximale de 5 jours. La vaccination se fera sauf contre-indication médicale ou opposition des résidents et de leurs ayants-droits.

Mme LEHU, sous-directrice à la prévention, évoque la question de [la vaccination antigrippale](#) en abordant deux points :

- Le bilan de la vaccination antigrippale 2019/2020,
- Les perspectives de la campagne engagée.

Le bilan de l'année 2019/2020 se traduit par une augmentation de la couverture vaccinale en population générale et principalement auprès des populations âgées de 65 ans et +. Les éléments mettent en évidence un léger recul de la vaccination chez les personnes atteintes d'une affection de longue durée. Pour autant, elle annonce que cette vaccination 2019/2020 fait apparaître 50% de taux de participation à la couverture vaccinale, taux qu'elle juge très insuffisant pour assurer une protection collective de la population rappelant que le taux nécessaire estimé est de 75%.

Elle informe qu'une analyse conjointe a été réalisée pour améliorer la couverture vaccinale des professionnels de santé et sur laquelle Santé Publique France observe une hausse spécifiquement en établissements sanitaires et en établissements d'accueil de personnes âgées dépendantes. Elle relève un taux de participation dans la région Hauts-de-France significativement supérieur à la moyenne nationale même s'il reste insuffisant, avec des différences importantes entre les catégories de professionnels de santé. Plus le niveau d'études de ces professionnels est important, plus la couverture vaccinale l'est. Ces différences apparaissent également au niveau des tranches d'âge : plus on avance dans l'âge de ces professionnels, plus la couverture vaccinale augmente.

Madame LEHU explique que, pour pouvoir améliorer cette couverture vaccinale des professionnels de santé, l'ARS développe chaque année des types de communication spécifiques. Elle prend l'exemple d'une vidéo dans laquelle des professionnels et des patients parlaient aux professionnels de l'intérêt de la vaccination antigrippale. Fin août/début septembre, cette campagne a été renouvelée auprès des professionnels. Elle constate que cette année, la campagne de vaccination antigrippale a démarré sur les chapeaux de roue avec des dernières données d'actualisation au 9 novembre 2020 avec une couverture vaccinale des personnes ciblées de l'ordre de 46,39 % contre 50 % l'année dernière sur la campagne globale.

Madame LEHU évoque les tensions d'approvisionnement dans les officines apparues très tôt en campagne. Sur les deux premiers jours, ont été délivrés l'équivalent de deux semaines de vaccins.

Les pré-commandes réalisées par les officines sont aujourd'hui entièrement livrées et délivrées. Les officines ont commencé à être réapprovisionnées, depuis la semaine dernière, de vaccins issus du stock Etat. Ce stock est constitué de vaccins spécifiques « hautement dosés » pour les personnes âgées de plus de 65 ans et de vaccins « standards » destinés à la population générale et aux professionnels de santé en particulier.

Elle précise que ce stock se libère de manière progressive selon un calendrier particulier. Depuis fin de semaine dernière, sont réapprovisionnées les officines de ville à destination des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur. Les besoins recensés auprès de l'ensemble des EHPAD ont mis en exergue un besoin de 3 770 doses supplémentaires. La plupart des EHPAD anticipe leurs commandes de vaccins donc ce besoin est relativement faible. Cette semaine, seront approvisionnés les EHPAD sans PUI en vaccins spécifiques pour les professionnels de santé avec 4 040 doses. Dès la semaine prochaine, les vaccins hautement dosés continueront d'être distribués dans les EHPAD avec pharmacie à usage intérieur ainsi que dans les USLD, ainsi que des vaccins standards à destination des professionnels de santé dans ces structures et dans les établissements sanitaires. A partir du 14 décembre, auront été vaccinées toutes les personnes volontaires dans les EHPAD et les établissements sanitaires, le stock restant à compter de cette date sera libéré pour la ville pour les populations cibles, les professionnels de santé libéraux et les professionnels et résidents des établissements médico-sociaux, d'accueil de personnes en situation de handicap et de personnes en difficulté spécifique.

Madame LEHU explique que ces modalités de distribution et d'acheminement des vaccins sont différentes du circuit habituel puisque issues d'un stock Etat, ce qui explique le calendrier échelonné. La fin de campagne prévue en février prochain devrait amener à une augmentation très significative de la couverture vaccinale, démontrant l'enjeu appréhendé par tous les professionnels de santé sur les modalités de prévention entre la grippe et la Covid.

Mme POULAIN fait lecture des remarques des membres :

***Monsieur JULLIAN** alerte sur les foyers d'accueil médicalisés et en MAS. Des personnes fragiles ne doivent pas être oubliées.*

Mme LEHU réagit sur les premiers éléments de la vaccination antigrippale et notamment sur les besoins spécifiques dans les FAM et MAS. Elle confirme que les personnes sont bien ciblées sur la dernière libération de stock à partir du 14 décembre. Elle rajoute qu'une enquête sera prochainement adressée par la Direction de l'offre médico-sociale de l'ARS afin de recueillir les besoins en vaccins pour réapprovisionner les officines en conséquence.

***Madame CLAVEY**, demande si le vaccin anti Covid qui sera développé et distribué en fonction de critères de population n'empêchera pas les études sur son efficacité.*

M. VALLET affirme qu'il y aura une étude d'efficacité en population générale et non pas dans le contexte d'études cliniques. Il rappelle que l'efficacité du vaccin a été prouvée chez les personnes âgées. Monsieur VALLET précise qu'il y a bien une responsabilité dans le fait de gagner la confiance des bénéficiaires de la vaccination afin qu'ils se fassent vraiment vacciner, en leur garantissant traçabilité et transparence sur un certain nombre d'événements indésirables ou de non-efficacité. C'est à ce titre que le Comité de concertation vaccinale est important. Il rappelle que les études non-publiées montrent une efficacité de 90%.

Monsieur DUCATEZ se questionne sur la liberté de choix du praticien pour se faire vacciner dans les EHPAD. Il demande également si les conditions de stockage risquent d'affecter le bon déroulement des process. Il souhaite également savoir si les équipes de soins primaires (ESP) pourront vacciner tous les patients. Il soulève enfin la problématique de la rétention de vaccins en pharmacie.

M. VALLET précise que le stockage des produits n'induit pas de particularité sur la priorisation de ceux qui bénéficieront du vaccin. Le stockage est un élément de logistique et de technologie de distribution. La doctrine portée par la Haute Autorité de Santé dit que la vaccination est priorisée aux personnes les plus fragiles. En matière de généralisation, la partie la plus massive fait appel à des vaccins dont les conditions de stockage sont simples. C'est pour cette raison que le Président de la République a annoncé une vaccination au grand public vers l'été. Il répond aussi sur le choix du vaccinateur, élément important. A l'intérieur d'un établissement médico-social par exemple, s'il y a possibilité de choix, ce choix restera offert tel qu'il l'est aujourd'hui pour la vaccination antigrippale. Pour des raisons de facilité, c'est régulièrement le médecin coordonnateur qui fait la campagne vaccinale. Sur le choix de la vaccination antigrippale entre les infirmiers et les pharmaciens, Monsieur VALLET pense important d'avoir des acteurs de prévention les plus larges possibles impliqués dans le processus, au-delà du pharmacien, de l'infirmier et du médecin généraliste, tels que les sages-femmes et autres professionnels qui aujourd'hui peuvent faire cette vaccination. Monsieur VALLET trouve important que la vaccination soit tracée. Qu'elle soit effectuée par n'importe quel professionnel, le médecin traitant doit savoir qu'elle a eu lieu, supposant un dispositif commun appelé « le carnet de vaccination électronique » dont l'usage n'est à ce jour pas généralisé. Il souhaite qu'à l'occasion de la vaccination anti Covid, un outil de type traçabilité électronique s'installe en France. Sur la question des équipes de soins primaires, Monsieur VALLET répond par l'affirmative. En pratique, chacun aura des périmètres de personnes à vacciner et les équipes de soins primaires auront un travail qui reste encore à définir. Sur la question des doses retenues en officines, Monsieur VALLET se veut rassurant sur les éléments d'interrogation concernant les doses supplémentaires attribuées à partir du stock national et en particulier les doses de vaccin haute densité notamment pour les personnes âgées, plus fragiles. Il croit savoir que des officines, pour des EHPAD qui ont reçu des premières doses, les ont mises de côté pour attendre les vaccins haute dose et favoriser cela pour les personnes âgées. Ces doses mises de côté seront redistribuées pour la population générale à l'issue de cette première vaccination de novembre, et qui s'étalera jusqu'à la mi-décembre. Il atteste que les officines ne revendront pas les vaccins au marché noir et ne les utiliseront pas l'année prochaine.

M. CANARELLI demande qui se chargera de la logistique nationale. Il veut savoir s'il y aura une répartition centralisée et équitable. **M. VALLET** répond que les chiffres recensés constituent des bases qui, par des algorithmes de répartition, permettront d'attribuer aux Hauts-de-France les doses convenant à sa population. Il rajoute qu'une délivrance se fera par vague, et notamment pour des vagues techniques avec des vaccins qui auront des conditions de conservation différentes et qui amèneront à ce que la délivrance se passe par pourcentage d'une attribution globale et totale pour une région donnée ; ce qui permettra de vérifier l'appétence pour la vaccination contre la Covid en France et en particulier dans la région Hauts-de-France.

Avant de passer à un autre sujet, **M. TISON** souhaite rappeler que, lors de la première vague, toutes les actions de prévention menées par les opérateurs ont été purement et simplement annulées. Il n'en demeure pas moins que l'ARS a maintenu ses subventions aux associations, au même niveau que l'année dernière, permettant de traverser cette période particulièrement difficile. Sur la deuxième vague, les opérations dites collectives sont purement et simplement annulées et ne persistent que les actions à titre individuel. Il déclare que le problème de financement se verra ultérieurement. Monsieur TISON informe la CRSA que, depuis septembre, l'ARS Hauts-de-France a mis en place un certain nombre d'actions spécifiques Covid. La première action est une action partie de Roubaix/Tourcoing, appelée « Ambassadeur Covid ». Son but étant de faire de la médiation et de la prévention au grand public au travers d'une information donnée avec une cible prioritaire qui sont les jeunes et les étudiants. Il précise que les ambassadeurs Covid sont des acteurs préexistants dans le champ de l'éducation, du social et du médico-social. Tous ces ambassadeurs sont formés par la sauvegarde du Nord. Cette formation inclut un module sur le virus et ses conséquences mais également les gestes barrières ou encore le lavage des mains. L'objectif est de former 1 000 ambassadeurs. Ils sont aidés par la production de fiches et de kits. Cette action nécessite un budget de plus de 600 000 € de la part de l'ARS.

La deuxième action mise en place est davantage spécifique à Amiens. Elle a été construite à partir de jeunes relais santé formés et dirigés vers les étudiants et interviennent essentiellement dans les CROUS. La finalité est de donner des informations et des éléments de prévention.

Le troisième axe est une intervention adaptée dans les structures d'hébergement et d'insertion, appelée « le Covid et nous ». Elle est portée par la Fédération des acteurs de la solidarité (le FAS) qui intervient essentiellement pour les personnes hébergées dans des structures d'hébergement ou d'insertion. La finalité est toujours la même, prévention et éducation afin d'éviter la propagation du virus. Cette action a été portée par l'URPS au travers de webinaires à direction des usagers et des structures d'insertion et des centres sociaux.

Monsieur TISON évoque ensuite une action spécifique au soutien des enfants de familles modestes, appelée « Les pitchouns masqués ». Cette action est portée par les professionnels de l'urgence sociale intervenant sur les familles en structures d'urgence sociale.

Il affirme que, pendant cette période de confinement, la direction de la prévention de l'ARS a injecté plus d'un million et demi d'euros dans les actions de prévention du Covid en plus des actions habituelles.

III – Concertation sur les modalités de régulation de l'accès aux filières de santé

M. DELAVAL juge le sujet complexe. Il informe que quatre personnes ont reçu une invitation à un débat général de concertation sur l'Observatoire National des professions de santé : lui-même, Mme le Dr LEFEBVRE, Mme TREPTE et M. BAILLEAU. Ces quatre personnes ont été désignées lors de la Commission Permanente du 19 mai 2020. L'objectif est de porter une analyse sur l'évolution du numérus clausus.

Mme TREPTE dit se sentir mal à l'aise sur ce sujet complexe, notamment sur le fait que le travail se base sur 4 personnes et non sur un travail collectif et que la réponse doit se faire dans des délais très courts. Elle pourra apporter un avis en tant que représentante des usagers mais en aucun cas pour les médecins, infirmiers, pharmaciens etc. Elle indique que éléments sont à remonter pour le 18 décembre.

M. DELAVAL informe que la loi du 24 juillet 2019 relative à la réorganisation et à la transformation du système de santé a changé le numérus clausus considérant qu'il s'agissait d'un numerus apertus, passant d'un mécanisme de plafond à un mécanisme de plancher.

L'article 1^{er} de la loi ordonne trois objectifs :

- Répondre aux besoins du système de santé ;
- Réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins ;
- Permettre l'insertion professionnelle des étudiants.

Il revient désormais aux universités de déterminer le nombre de personnes à former en première et deuxième année dans le processus des formations. La logique est que l'ARS émette un avis conforme aux propositions faites avec consultation de la CRSA.

Les quatre protagonistes ont reçu des documents complets sur les quatre professions de médecine, de maïeutique, d'odontologie et de pharmacie-MMO, afin de vérifier la capacité de formation dans les années à venir. Ce point important renverse la logique d'une forme de blocage via une analyse régionale. Il est demandé à la CRSA d'émettre un avis sur les documents pour le 15 décembre. De fait, l'avis de l'ARS sera transmis à l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé pour le 20 décembre.

Monsieur DELAVAL profite de l'Assemblée Plénière pour mener ce débat aujourd'hui. Le but étant de se positionner sur les chiffres présents et de dire s'ils sont suffisants pour relever le défi des besoins de formations et ainsi réduire les inégalités territoriales. Il avoue ne pas maîtriser le sujet complètement, les documents étant très complexes.

Il reprend quelques informations clés :

Ce n'est qu'en 2012, qu'a été atteint le nombre de 8 000 personnes au numérus clausus en France. Les ordonnances Juppé ont fait baisser à 4 000 le nombre de personnes concernées par le numérus clausus en 1993. Ne sont retrouvés qu'en 2014/2015, les chiffres des années 1970. Après vérification, il informe que la population française a pris 10 millions d'habitants. Depuis quelques années, le nombre augmente, approchant les 9 000 personnes en capacité de formation.

Monsieur DELAVAL annonce qu'une enquête parlementaire et un rapport ont demandé à desserrer les liens afin de permettre le débat sur l'augmentation des capacités de formation.

Sur les critères d'analyse, Monsieur DELAVAL attire l'attention sur la région des Hauts-de-France où les taux de naissance sont supérieurs et où les + de 65 ans passeront de 15 à 25% de la population dans les années 2050.

Concernant la pauvreté, les chiffres datant de 2010 ne permettent pas de voir l'évolution des populations de pauvreté. Les actes médicaux par les professionnels de santé sont situés entre 4,7 % et 5,5 % des actes totaux réalisés par les médecins avec une surcharge de l'activité par médecins de ville dans la région Hauts-de-France.

Avec la Covid, il constate une médecine de plus en plus technicienne, une médicalisation sur le médico-social relativement faible. Un certain nombre de critères sont à prendre en compte, d'ordre qualitatif, pour essayer de transformer cette approche qualitative en termes de chiffres.

Monsieur DELAVAL revient sur les projections faites du dossier médical et notamment sur les données de la DREES faites pour 2035. Il prend pour exemple la région des Hauts-de-France, scindée en deux régions administratives. En 2018, l'écart entre le régional et le national était de -75 pour le Nord-Pas-de-Calais contre -15 pour la Picardie. Sur la projection de 2035, le Nord arriverait à +12 et la Picardie à -95. Il se questionne donc sur la réduction d'écart, à la vue de ces éléments.

Sur les densités des pharmaciens, les régions du Nord Pas-de-Calais et de la Picardie ont respectivement, pour 100 000 habitants, 112 pharmacies dans le Nord et 101 pharmacies en Picardie. Il soulève le débat « comment traduire en données chiffrées les éléments de formation ? ». La question retenue par les recteurs porte sur la capacité de répondre aux besoins de la population et d'accueil des stagiaires. Monsieur DELAVAL pense qu'une barrière apparait par la capacité d'accompagner les étudiants plutôt que par la capacité de répondre aux vrais besoins de la population.

Il se questionne enfin sur la répartition territoriale, revenant à connecter le sujet sur le débat des zonages.

M. CANARELLI reprend deux éléments. Le premier, structurel, porte sur le retard de l'ancienne Picardie et de l'ancienne région du Nord et notamment en nombre de praticiens. Il est d'avis de faire un forcing sur le plan national pour rattraper ce retard historique. La problématique est que des éléments structurels intéresseront l'ensemble des facultés en France, à savoir la féminisation et l'hyper spécialisation. Actuellement, il est demandé de plus en plus tôt aux étudiants de choisir une spécialité, faisant croire qu'il n'y a plus de liberté de choix de spécialité et d'installation sur le plan du territoire français. Monsieur CANARELLI comprend l'argument de la capacité de formation. Il souhaite mettre en exergue, via une réunion de la Commission Permanente avant le 20 décembre, le retard existant. Il est d'avis qu'il ne faut pas uniquement former des spécialistes mais également des généralistes et éviter la tendance à certaines grosses facultés comme Lyon, Marseille et Paris, de ne former que des spécialistes au détriment des médecins généralistes.

Monsieur Canarelli ne se fait pas d'illusions. Il est conscient de n'avoir jamais eu gain de cause dans les conférences qu'il a suivies avec les cinq grandes villes de France. Mais, il souhaite tenir compte de ce problème de formation et notamment de l'hyper spécialisation qui risque de faire surgir des difficultés importantes. Il insiste sur le fait qu'il faille un réseau en ville qui fonctionne correctement avec des médecins généralistes, spécialement dans les Hauts-de-France.

Mme POULAIN fait lecture des remarques des membres :

Monsieur LAVIEVILLE propose de mettre l'accent sur les filières gériatriques compte-tenu des besoins futurs et notamment de médicalisation des EHPAD.

Monsieur LEBRUN souhaite mettre en valeur l'augmentation des places de stages en région. Il s'interroge sur l'influence sur le nombre de médecins installés dans la région après les stages.

M. CANARELLI rejoint Monsieur LAVIEVILLE. La région manquera de gériatres avec le vieillissement de la population. Il alerte aussi sur le manque d'obstétriciens à venir et la problématique des sages-femmes. Sur la question des médecins, Monsieur CANARELLI répond rejoindre le problème de l'internat national. Il se dit partisan de l'internat régional.

Mme DE POUVOURVILLE, sous-directrice de l'offre de soins ambulatoire, intervient et fait le lien avec la démographie des professionnels de santé et plus précisément lors de la présentation du zonage des infirmiers. Le sujet est la porte d'entrée dans l'appareil de formation des Hauts-de-France et soulève la question de la répartition des spécialités et la complexité majeure du nombre de professionnels dont la région a besoin par catégorie professionnelle en fonction des besoins de la population. Elle pense que personne n'a les moyens de définir l'état de santé de la population et que c'est pour cette raison que cet exercice semble difficile voire impossible à résoudre d'ici fin décembre. Elle soulève la question d'une marge à définir.

M. CANARELLI répond qu'il est possible d'ouvrir des terrains de stage dans des établissements tels que de grandes cliniques ou ESPIC qui ont du personnel médical fort, des formateurs qui eux-mêmes ont été assistants. Pour répondre à Monsieur LEBRUN, une très bonne médecine peut être un très bon terrain de formation aux étudiants.

M. DELAVAL rajoute qu'il est demandé de réagir par rapport à des chiffres. Il avoue n'avoir, pour l'instant, travaillé que sur la médecine. Il présente les écarts de chiffres et le creusement des inégalités : 838 pour les universités, soit 223 pour Amiens, 475 pour l'université de Lille et 140 pour l'université catholique de Lille. Le taux de fuite qui apparaît sur la médecine est de 30% vers l'extérieur de notre région. Il y a aussi un taux de fuite vers d'autres professions de santé (pas uniquement chez les médecins).

M. TISON rajoute qu'il ne faut pas comparer l'installation des professionnels de santé entre ceux qui sont liés à un numérisé sur l'installation et ceux qui ne le sont pas (exemple pour la pharmacie où la liberté d'installation n'existe plus depuis longtemps). On doit tenir compte de l'état sanitaire et du profil de la population lorsque l'on parle de la démographie médicale. Il y a un manque de professionnels de santé dans certains corps. L'ARS a mené des actions. Il y a des réussites mais le problème de la fracture territoriale n'a pas été résolu. M. TISON estime qu'il faudrait réfléchir à une évolution des pratiques et à l'utilisation des technologies nouvelles. Il pense également qu'il faut modifier l'internat, qui est selon lui la porte d'entrée du soin.

Mme POULAIN fait ensuite part des remarques des différents membres via le tchat à ce stade :

M. JULLIAN indique que les infirmiers et les ergothérapeutes vont être autorisés à prescrire comme d'autres pays.

Mme CHEVALIER fait remarquer qu'il y a des territoires entiers ruraux dans la Somme sans médecin généraliste.

M. DAUPTAIN souligne que la délégation d'actes plus que le glissement de tâches est une réelle question.

M. LEBRUN suggère que 3 à 4 grandes régions puissent être sélectionnées pour la formation.

Dr MOORE fait une remarque sur les besoins en obstétriciens et les pédiatres, d'où les difficultés de fonctionnement de certaines maternités et difficultés d'accès aux soins dans certains territoires de la région.

M. LASCAR précise que les masseurs kinésithérapeutes font partie de la licence santé.

M. CREPEL aborde le besoin de formations des professions paramédicales pour lesquelles il y a des demandes de quotas pour les formations supplémentaires, notamment pour les manipulateurs radios et les infirmiers. La CGT est d'accord de pour augmenter de 10 % le nombre d'étudiants en région, avec obligation d'y rester.

M. CANARELLI confirme qu'il n'est pas normal, avec une population qui augmente, d'avoir un nombre de praticiens inférieur. Il faut remonter le fait que l'on soit sous-doté dans notre région.

Mme DE POUVOURVILLE insiste sur le fait que c'est un exercice difficile et qu'il faut bien sûr prendre en compte les besoins de la population mais peut-être aussi ouvrir des travaux qui reprennent l'ensemble des remarques et propositions qui ont été faites. En effet, des travaux sont actuellement en cours avec le conseil régional pour l'augmentation des quotas des instituts de formation comme annoncé dans le Ségur pour les professions paramédicales et il pourrait être opportun de profiter de la concertation sur ce sujet pour ouvrir les travaux du conseil régional, de l'ONDPS et que tous les travaux qui seront réalisés dans les semaines à venir pourront faire l'objet d'une proposition pluriannuelle qui serait revue annuellement.

Monsieur CANARELLI remercie grandement M. DELAVAL pour coordonner et synthétiser cet avis.

IV – Label droit des usagers 2020/2021

Mme TREPTE explique que la crise sanitaire a impacté tous les Français et a chamboulé les instances de démocratie sanitaire : les représentants d'usagers dans les hôpitaux ou les établissements ont ainsi eu beaucoup de difficultés à faire fonctionner leurs instances et à exister. La CSDU a quand même pu travailler sur certaines de ses missions même si elle a dû annuler la journée des droits des usagers en avril 2020. Ainsi, concernant le label 2020, la CSDU a sélectionné 8 lauréats parmi la quarantaine de candidatures reçues.

- La vidéo de l'Association des Papillons Blancs de Dunkerque, lauréat au concours national, est diffusée en séance-

Mme TREPTE annonce les 3 Grands prix régionaux (*Papillons blancs de Dunkerque, Centre hospitalier universitaire d'Amiens, APEI de l'arrondissement de Saint-Omer*) et les 5 grand prix du Jury (*CH de Valenciennes, Hôpital Paul Doumer, Groupe Hospitalier Seclin Carvin, Centre de Réadaptation A. de Rothschild, Groupe Hospitalier Loos Haubourdin*).

Mme TREPTE indique que les prix (trophées) vont être remis sur place en présence du directeur territorial dans lequel se trouve l'établissement concerné au plus tard au printemps 2021, et qu'ils ont d'ores et déjà reçu leur récompense prenant forme d'une subvention.

Concernant le label 2021, le cahier des charges n'a pas été envoyé par le National donc il n'est pas lancé à ce jour. La CSDU a cependant décidé de prolonger la date du dépôt de candidatures jusqu'au 31 janvier 2021 et l'analyse des dossiers par la CSDU se fera le 15 ou 16 février selon le nombre de dossiers. La remontée des projets au National est prévue, quant à elle, pour le 26 février 2021 avec une cérémonie de la remise des prix le 22 avril 2021 (National et Hauts-de-France). L'idée est de maintenir le titre de l'année dernière à savoir la problématique globale sans les aidants. Mme TREPTE pense, surtout après la Covid, que cela s'impose davantage. Les aidants, les professionnels, les proches ont fait d'énormes efforts et méritent d'être mis en lumière à l'occasion de cette journée du droit des usagers du 22 avril 2021.

V – Conclusion : les 10 ans de la démocratie sanitaire, bilan et perspectives

En raison de l'heure tardive, **M. CANARELLI** indique que ce point ne peut être débattu aussi largement que prévu. Il avance qu'il fera un compte-rendu de la journée du 13 novembre où se sont réunis les 16 présidents de CRSA.

A noter que 2 éléments importants sont ressortis :

- réflexion commune CRSA, CTS et ARS notamment sur l'évaluation du projet régional de santé et sur des liens avec des territoires de santé (espoir de l'intégration d'office des présidents des CTS dans la nouvelle CRSA) ;

- concertation étroite avec un comité de liaison ARS/CRSA dans la prise en charge du Covid. Il faut qu'il y ait une plus grande mixité avec les CTS.

Dans les suites du Ségur de la santé, ces échanges devraient mener à une rénovation des CRSA et un nouveau décret début 2021 sur lequel s'appuiera le renouvellement de toutes les CRSA pour cinq ans.

AGENDA 2021

Mme POULAIN rappelle les dates des prochaines séances :

- **CP** : mardi 19 janvier, 16 février, 16 mars, 13 juillet après-midi, Lille + visio
- **CSOS** : jeudi 14 janvier et 15 avril 2021 après-midi, Lille + visio
- **CSDU** : mardi 26 janvier à Lille, 15 et 16 février, 9 mars à Amiens, 3 avril à Lille, 25 mai à Amiens + visio
- **CSP** : mercredi 17 février et 19 mai après-midi, Lille + visio
- **CSMS** : à définir
- Journée régionale des usagers jeudi 22 avril
- Assemblée plénière / AP : jeudi 10 juin journée (la dernière*), Arras

* *Renouvellement CRSA septembre 2021/2026*

En l'absence de questions et remarques supplémentaires, le Président clôture la séance à 16h50.

Voix délibératives :

- *A Lille (1) : Monsieur Jean-Pierre CANARELLI, titulaire / Président*

- *A distance en visio Zoom (4) :*
 - Monsieur Bruno DELAVAL, titulaire / Vice-Président
 - Madame Christine TREPTE, titulaire / Vice-Président
 - Docteur Ziad KHODR, Titulaire / Vice-Président
 - Monsieur Alain TISON, titulaire / Vice-Président

- *A distance connectés en vidéo streaming (53) :*
 - Monsieur Patrick BAILLEAU, titulaire
 - Monsieur Eric BERNARD, suppléant
 - Madame Alexandre BERTELOOT, suppléant
 - Monsieur Georges BOUCHART, titulaire
 - Monsieur Aymeric BOURBION, titulaire
 - Monsieur Christian BRELINSKI, suppléant
 - Monsieur Jean-Pierre BULTEZ, titulaire
 - Madame Isabelle CARESMEL, titulaire
 - Madame Maryse CAUWET, représentant Monsieur Jean-Claude LEROY, titulaire
 - Madame Sylvette CHEVALIER, titulaire
 - Madame Valérie COMBLEZ, titulaire
 - Monsieur Damien CONTESSE, suppléant
 - Monsieur Philippe CREPEL, titulaire
 - Monsieur René-Claude DACQUIGNY
 - Monsieur Olivier DAUPTAIN, titulaire
 - Madame Patricia DEDOURGE, titulaire
 - Madame Muriel DEHAY, suppléante
 - Monsieur Laurent DELEMER, suppléant
 - Monsieur Jean-Luc DESMET, titulaire
 - Monsieur Régis DUCATEZ, titulaire
 - Madame Martine DUROT, titulaire
 - Monsieur Patrick FOURNIER, suppléant
 - Madame Anne FUMERY, représentant Madame Nadège LEFEBVRE, titulaire
 - Madame Nadine GORET, suppléante
 - Madame Fabienne HEULIN-ROBERT, titulaire
 - Monsieur Christian HILAIRE, titulaire
 - Madame Michèle HUVIG, suppléante
 - Madame Florence KOVAC, suppléante
 - Monsieur Eric LAGARDERE, titulaire
 - Monsieur Jean-Marc LASCAR, titulaire
 - Monsieur Jean-Pierre LAVIEVILLE, titulaire
 - Monsieur Pierre-Marie LEBRUN, titulaire
 - Monsieur Jérôme LEFEBVRE, titulaire
 - Madame Véronique LEROY, titulaire
 - Monsieur Philippe LEWANDOWSKI, titulaire
 - Madame Geneviève MANNARINO, représentant Monsieur Jean-René LECERF, titulaire
 - Madame Brigitte MAUROY, titulaire
 - Monsieur Pierre MICHELINO, titulaire
 - Madame Marie-Christine MOTTE, titulaire
 - Monsieur Sébastien NGUGEN, titulaire
 - Monsieur Jérôme PASSICOUSSET, titulaire
 - Monsieur Jean-Marie PETIT, titulaire
 - Pr François-René PRUVOT, titulaire
 - Dr Dominique RINGARD, suppléant
 - Madame Catherine ROUSSEAU, titulaire
 - Madame Dominique SANCHEZ, titulaire
 - Monsieur Michel THUMERELLE, Titulaire
 - Madame Karine TOP, suppléante
 - Dr Jean-Marc VANDENDRIESSCHE, titulaire
 - Monsieur Didier VANQUELEF, titulaire
 - Dr Bénédicte VERMOOTE, titulaire
 - Monsieur Ludovic WAUGRAND, suppléant
 - Docteur Valérie YON, titulaire

Mandats (3) :

- Madame RYO donne mandat à Madame MANNARINO, Monsieur GUYADER donne mandat au Pr PRUVOT, Monsieur TEMPREMAN donne mandat au Dr VERMOOTE.
- 12 connexions complémentaires de suppléants:
 - Monsieur Yves BONNARD, suppléant
 - Madame Annick CARON, suppléante
 - Madame Véronique CLAVEY, suppléante
 - Monsieur Jérôme COUSTENOBLE, suppléant
 - Madame Sandrine LANDO-COSEN, suppléante
 - Monsieur Michel LEROY, suppléant
 - Madame Ingrid MARS, suppléante
 - Dr Solange MOORE, suppléante
 - Dr Christian MULLER, suppléant
 - Madame Marianne PLADYS, suppléante
 - Monsieur Alain TREUTENAERE, suppléant
 - Monsieur Bruno WOZNIK, suppléant

Voix consultative (4) :

- Pr Benoît VALLET, Directeur général de l'ARS Hauts-de-France, à Lille
- Monsieur Jean-Luc DEHAENE, représentant le CESER
- Madame Ghislaine LEFEBVRE, représentant le CESER
- Pr Bernard NEMITZ, représentant le Rectorat de la région académique Hauts-de-France

Invités permanents (3) :

- Madame Brigitte DORE, Présidente CTS Pas-de-Calais
- Monsieur Patrick LESOUDARD, Vice-Président CTS de l'Aisne
- Monsieur Eric JULLIAN, Vice-Président CTS de la Somme

Partenaires extérieurs (2) :

- Fédération Hospitalière de France (FHF) Hauts-de-France
- Fédération de l'Hospitalisation Privée Hauts-de-France (FHP)

Agents ARS (10) : A Lille :

- | | |
|-------------------------|---------------------------------|
| - Madame Laurence CADO | Madame Nathalie DE POUVOURVILLE |
| - Madame Elisabeth LEHU | Monsieur Sylvain LEQUEUX |
| - Monsieur Eric POLLET | Madame Noémie POULAIN |

A distance (4) :

- | | |
|---------------------------|------------------------|
| - Madame Aline QUEVERUE | Madame Magalie SCHRYVE |
| - Madame Caroline LECOMTE | Madame Caroline NHEM |

PV approuvé en séance de l'Assemblée plénière du 10 juin 2021

