



La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 88 - Décembre 2025

La lettre des représentants des usagers du système de santé

ARS en péril ?

Les jours des ARS sont-ils comptés ?

Les propos du 1^{er} ministre en clôture des Assises des départements de France, à Albi, le 14 novembre, en plein débat sur le PLFSS, pourraient le laisser penser.

La menace :

Il a évoqué un possible transfert de prérogatives essentielles en santé, en direction des préfets d'une part, des conseils départementaux de l'autre.

Il a déclaré « *Je pense que le temps est venu de réformer en profondeur les agences régionales de santé, d'affirmer la part régaliennne du sanitaire, les analyses de l'eau, la gestion des grandes épidémies* » et de « *permettre aux préfets d'en être les responsables* »

Plus tard il s'est demandé : « *comment peut-on expliquer que la planification des soins de proximité soit encore gérée par une agence régionale, là où les conseils départementaux, [qui] ont accompli ces dernières années les maisons pluridisciplinaires de santé, peuvent le faire ?* »

Ce projet relève tout à la fois d'une volonté de déconcentration par un renforcement des pouvoirs régaliens des préfets et de décentralisation en donnant aux départements la responsabilité de l'organisation territoriale des soins.

Les réactions :

Les réactions hostiles ont été immédiates et nombreuses de la part :

✓ *Des anciens ministres de la santé*

11 anciens ministres de la santé : Roselyne Bachelot, François Braun, Agnès Buzyn, Geneviève Darrieussecq, Claude Evin, Agnès Firmin Le Bodo, Yannick Neuder, Aurélien Rousseau, Marisol Touraine, Frédéric Valletoux (2024) Olivier Véran ont publié une « vibrante » tribune dans le Monde du 19 novembre.

Seule manque à l'appel Catherine Vautrin actuelle ministre des armées et ex ministre de la santé : obligation de réserve d'un ministre en exercice oblige .

Pour eux « le schéma esquissé par le premier ministre aboutirait à affaiblir la qualité de la prise en charge de nos concitoyens ... au lieu d'unifier les politiques de santé, il propose de les éclater».

Ou encore « imaginer qu'en matière de santé l'échelle pertinente serait le département est une erreur : sur certains sujets seules les communes ou les intercommunalités sont les bons interlocuteurs, sur d'autres seule une organisation à l'échelle régionale ou nationale est pertinente».

✓ *Du monde hospitalier :*

Le 17 novembre, les fédérations hospitalières publiques et privées (FHF, FHP, FEHAP, FNE- HAD) ont publié un communiqué commun pour exprimer leur crainte face à cette hypothèse de « fragmenter encore un peu plus la régulation du système de santé ».

<https://www.fhf.fr/sites/default/files/2025-11/CP%20-%20ARS%202026.pdf>

Pour ces fédérations, « il serait très dangereux de briser l'unité de fonctionnement de l'Assurance maladie et du système de santé, en confiant la régulation du premier recours au niveau départemental ».

Elles ont été suivies par les 3 conférences hospitalo-universitaires (directeurs généraux, présidents de CME et doyens des UFR de médecine)

✓ *Des CRSA :*

Le 24 novembre les présidents des 16 CRSA ont publié un communiqué commun exprimant leurs « inquiétudes quant aux perspectives évoquées récemment concernant l'avenir des ARS, ainsi que les propositions formulées pour garantir un pilotage régional cohérent et préserver un cadre essentiel à la Démocratie en santé ».

« transformer les ARS et les modalités de gouvernance ou de régulation du système de santé nécessite de remplir des conditions : un cadre clair d'une politique de santé décliné aussi sur une région et des départements, un renforcement de la coordination intersectorielle des politiques influant sur la santé, un renforcement des instances de démocratie en santé ».

Face à leurs constats et inquiétudes, les CRSA formulent les propositions suivantes :

- promulguer la Stratégie nationale de santé.
- mettre en œuvre une évaluation explicite et rigoureuse du dispositif des ARS.
- associer les CRSA et les CTS à la concertation sur l'évolution de la gouvernance et des mécanismes de régulation dans les territoires.
- installer la nouvelle mandature de la CNS et assurer la saisine de la CNS sur la réforme des ARS.

Ce communiqué est en libre accès sur le site « ma santé en BFC »

https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/product/files/2025-11/Communiqu%C3%A9%20Inter-CRSA%20V20251123%20R%C3%A9forme%20ARS_0.pdf

✓ *Des représentants d'usagers- France Assos Santé :*

Dans un communiqué du 25 novembre, France Assos Santé

- regrette les interférences entre cette annonce et le contexte politique actuel,
- estime qu'après « les annonces de Sébastien Lecornu, sans concertation préalable, la seule réponse passe désormais par la consultation de l'ensemble des acteurs de la santé publique, dont les associations d'usagers du système de santé, pour réfléchir ensemble à l'évolution du système de santé et de son organisation ».

<https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2025/11/CP-Reforme-ARS.pdf>

✓ *Des associations :*

Le 18 novembre, un collectif de 24 associations (Aides, Promotion santé, Sté Française de santé publique, AVECSanté....) a publié un communiqué pour « défendre la santé publique, préserver l'équité [et] pour un pilotage cohérent et renforcé des politiques de santé dans les territoires ». Elles « donc solennellement les pouvoirs publics à renoncer à toute réforme soudaine et non concertée du pilotage du système de santé, qui conduirait à sa dislocation, et à la disparition ou à la subordination des ARS.

https://sfsp.fr/images/251118_SFSP_CP_AvenirARS_2.pdf

✓ *Du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)*

Dans un communiqué, « le Conseil national de l'Ordre des médecins exprime sa préoccupation quant à l'hypothèse d'une suppression à l'horizon 2026 des ARS ... La priorité ne réside pas dans la disparition de cet échelon régional, mais dans la redéfinition de ses missions et le renforcement de ses capacités d'action pour répondre aux réalités sanitaires des territoires »

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/france-sante-oui-co-construit-acteurs-terrain>

✓ *Les élus :*

Dans une tribune publiée dans Le Monde du 26 novembre, François Sauvadet président de « départements de France » (président du conseil département de Côte d'Or et ex ministre) estime que le dispositif des ARS a désormais montré ses limites et appelle à penser les politiques de soin à des échelles plus locales.

« C'est précisément parce que nous sommes la collectivité de la solidarité et de l'action de proximité que nos départements constituent l'échelon opérationnel incontournable pour relever ces défis : garantir un accès aux soins de qualité, pour tous, partout, sans compromis, là où l'Etat a souvent failli ».

Le déminage :

Dès le 15 novembre, Stéphanie Rist a adressé un courrier aux DG d'ARS, déclarant que si les orientations évoquées par M. Lecornu ont « *légitimement suscité des questions au sein de vos équipes* », elle assure vouloir les « *associer pleinement* » aux réflexions en cours.

Lors du congrès des maires de France elle a considéré que le « renforcement de l'échelon départemental est nécessaire pour l'aménagement du territoire et la coordination de l'offre de soins, avec une ARS qui soit davantage en posture d'accompagnement que de décideur ». Pour conclure « mais ça ne veut pas dire supprimer les ARS ».

Quels enseignements ?

Nous aurions certainement pu citer encore d'autres réactions. Leur nombre, leur spontanéité, leur ton parfois vif, et la diversité de leurs auteurs témoignent, si besoin en était, de la sensibilité du sujet.

On peut leur trouver des points communs :

- une annonce brutale, non concertée et qui intervient à un mauvais moment,
- une inquiétude partagée pour l'avenir notre système de santé,
- une forte demande d'une stratégie de santé à long terme,
- un consensus pour une organisation des soins au plus près des territoires,
- de nécessaires aménagements de la gouvernance du système de santé,
- une demande d'une plus grande démocratie en santé.

Vouloir rayer les ARS d'un trait de plume est injustifié et irréaliste, vouloir les réformer, après 10 ans d'existence, est certainement nécessaire, tout autant qu'une adaptation, sur le long terme, de notre système de santé, pour tenir compte du contexte actuel et des besoins de la population.

Déconcentrer, décentraliser, rétablir une véritable démocratie en santé, dont il faut bien constater les insuffisances, devraient constituer les lignes directrices de cette réflexion.

On ne peut éviter de faire le lien entre ce débat et le thème récurrent de l'inflation normative et de la complexité de l'organisation administrative et même du démembrement des missions régaliennes de l'Etat au profit d'agences de toute sortes (on emploie même le néologisme d'« agencification »).

A ce sujet on peut utilement se reporter au rapport déposé le 1^o juillet 2025, par la commission d'enquête sénatoriale sur « les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'État ».

Il y aurait 103 agences (« un concept à géométrie très variable »), 434 opérateurs, 317 organismes consultatifs, 1 200 organismes publics nationaux.

https://www.senat.fr/rap/r24-807-1/r24-807-1_mono.html#toc0

1. le dossier du mois : les unités cognitivo- comportementales (UCC)

Une instruction du 21 octobre invite les DG des ARS à mettre en conformité les unités cognitivo-comportementales (UCC) existantes avant le 31 décembre 2026, avec le nouveau cahier des charges qui lui est annexé, et à en créer de nouvelles.

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2529281J.pdf>

Qu'est-ce qu'une UCC ?

Les UCC restent peu connues des usagers.

Ce sont des unités spécialisées dans la réadaptation des personnes atteintes de troubles psycho-comportementaux perturbateurs (opposition, agressivité, hyperémotivité, hallucinations, troubles moteurs, agitation, troubles du sommeil graves...) de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées.

Elles sont adossées à des établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) autorisés pour la mention gériatrie ou par dérogation la mention polyvalent.

Il existe actuellement 149 UCC créées sur la base du cahier des charges de 2008.

Missions et objectifs :

L'objectif général des UCC est de mettre en œuvre un programme de réadaptation médico-psycho-sociale cognitive et comportementale visant à stabiliser la crise, contrôler les troubles psycho-comportementaux envahissants et invalidants et à en maintenir le bénéfice.

Les objectifs spécifiques sont :

- ✓ le bilan des troubles perturbateurs et invalidants incluant les facteurs favorisants ou précipitants,
- ✓ l'évaluation approfondie des troubles du comportement,
- ✓ l'évaluation cognitive, de l'autonomie, de la capacité décisionnelle de la personne et de la charge incombant à l'aidant,
- ✓ l'élaboration d'un projet de soin individualisé avec ajustement des traitements médicamenteux et mise en œuvre des thérapies non médicamenteuses collectives ou individuelles,
- ✓ la mise en œuvre du programme de réadaptation cognitivo-comportemental,
- ✓ la préparation du retour du patient dans son lieu de vie post-UCC après évaluation du contexte social (à domicile ou en établissement médico-social) en vue de maintenir le bénéfice de la prise en soins réalisée en UCC, de prévenir et éviter les ré-hospitalisations,
- ✓ le soutien psychologique de(s) aidant(s) et de l'entourage des personnes notamment dans la reconstruction après une période de crise. Il s'agit de les sensibiliser, les informer, leur transmettre des stratégies de prévention des troubles, et de contribuer à la formation ou à l'éducation thérapeutique des proches aidants ainsi que, le cas échéant, de leur proposer une orientation vers des structures d'aide aux aidants (plateformes de répit, association, etc.),
- ✓ l'appui par une expertise de 3^o recours aux professionnels de 2^o recours (consultations mémoire et offre de soins de gériatrie, de psychiatrie et de neurologie), lorsqu'ils ne sont

pas en mesure de répondre aux professionnels de proximité qui suivent et accompagnent les personnes concernées et leurs proches aidants.

Admission et sortie :

L'admission en UCC peut s'effectuer :

- ✓ sur demande du médecin du secteur de médecine aiguë (gériatrique ou tout autre service hospitalier aigu), de service de psychiatrie ou d'un autre service de SMR ou d'une USLD,
- ✓ directement depuis le domicile ou un établissement social et médico-social (ESMS) sur demande d'un médecin traitant ou du médecin coordonnateur en accord avec le médecin traitant.

Un projet de sortie est envisagé dès l'admission par l'équipe pluridisciplinaire en lien avec les aidants, et inscrit dans un projet de soins personnalisé.

Organisation et fonctionnement

✓ *Le projet de l'UCC :*

L'UCC élabore un projet spécifique pour la prise en charge des patients intégrant différents volets : projet médical, de soins éthiques et cliniques, projet architectural, et prévoit ses modalités de fonctionnement.

✓ *La capacité :*

Les UCC sont des unités individualisées comportant entre 10 et 12 lits. Elles peuvent être portées à 15 lits maximum en fonction de l'activité de SMR. Un établissement de SMR peut mettre en œuvre plusieurs UCC de 10 à 12 lits individualisées et faisant l'objet d'une labellisation distincte par l'ARS.

✓ *L'équipe pluridisciplinaire :*

Elle comporte des compétences

- obligatoires : médecin qualifié en gériatrie , infirmier ou infirmier de pratique avancée, psychologue ou neuropsychologue, diététicien, assistant de soins en gérontologie, aide-soignant, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute et assistant social,
- recommandées : psychiatre, neurologue, orthophoniste, psychomotricien, enseignant en APA.

✓ *Le plateau technique :*

L'UCC comporte :

- un plateau technique de réadaptation aux actes de la vie courante adapté aux activités thérapeutiques,
- un plateau de réadaptation cognitive et comportementale (ex : salle d'activités thérapeutiques, ...),
- un accès à des plateaux techniques d'exploration (biologie, imagerie, EEG, ...).

✓ *Les partenariats et l'inscription dans le territoire :*

L'UCC est partenaire des autres acteurs territoriaux : CMRR (centres mémoire de ressources et recherche), consultations mémoire, neurologues libéraux, équipes spécialisées Alzheimer (ESA), plateformes de répit des aidants, filière gériatrique territoriale, EHPAD, USLD, établissements spécialisés en psychiatrie, et partenaires du 1° recours : CPTS, DAC, CRT, CMP, SAD ...

Elle organise, a minima 2 fois par an, avec les autres UCC de la région, des temps d'échanges afin d'analyser leurs patientèles, leurs pratiques, leurs organisations, leur fonctionnement, leurs coopérations territoriales ainsi que les problématiques transversales.

✓ *Contribution à la formation et à la recherche :*

L'UCC est un lieu d'accueil pour les étudiants (médicaux, paramédicaux, etc.) notamment pour les internes de différents DES (gériatrie, psychiatrie, neurologie, médecine physique et de réadaptation et médecine générale).

Elle peut participer à des activités de recherche, en adressant à des équipes de recherche les patients susceptibles de bénéficier d'un essai thérapeutique ou d'un protocole de recherche clinique ou en organisant l'accès à ces essais et ces études en lien notamment avec le CMRR.

La participation aux essais cliniques doit se faire dans le respect des règles en vigueur.

BFC : appel à manifestation d'intérêt (AMI)

Il existe actuellement 8 UCC labellisées en BFC , portées par :

- ✓ Le centre de soins des Tilleroyes à Besançon
- ✓ Le CH de Dole,
- ✓ Le CH de l'agglomération de Nevers,
- ✓ Le GH 70 site de Lure,
- ✓ Le CH de Tonnerre,
- ✓ Le CH de Sens,
- ✓ L'hôpital nord FC,
- ✓ La clinique de Valmy à Dijon

Seule la Saône et Loire en est dépourvue.

Le 6 octobre, l'ARS a lancé un AMI pour la création de nouvelles UCC en SMR gériatrique en Côte d'Or et en Saône-et-Loire. Les candidatures ont été closes le 30 novembre.

Les résultats seront notifiés dans le courant de la semaine du 15 décembre.

2. Les « maisons France Santé » :

Lors de sa venue à Macon le 13 septembre, le 1^{er} ministre (Mr Lecornu) a annoncé, son objectif de permettre à chaque Français d'accéder à une solution de santé en moins de 30 minutes et d'obtenir un rendez-vous médical sous 48 heures.

Pour cela, il est prévu de labelliser, d'ici fin 2027, 5 000 « maisons France santé » inspirées du modèles des « maisons France service ».

Les structures concernées :

Sont concernés :

- ✓ les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP),
- ✓ les centres de santé,
- ✓ les cabinets médicaux, regroupant plusieurs praticiens,
- ✓ les établissements de santé assurant des soins primaires, notamment les hôpitaux de proximité,
- ✓ Tout lieu permettant un accès de proximité aux soins : consultations solidaires déployées dans le cadre du dispositif « Un médecin près de chez vous », consultations avancées hospitalières, officines équipées de télécabine, médico-bus...

qui répondent à des critères exigeants de qualité, d'accessibilité et de coordination.

D'ici à l'été 2026, 2 000 structures devraient être labellisées avec un budget de 130 millions d'euros.

Le 20 octobre, à l'occasion d'un déplacement dans la Manche, le 1^{er} ministre a dressé le bilan des premières labellisations.

Les conditions du label :

Le réseau France santé repose sur une charte de qualité. Pour être labellisée, une structure doit:

- ✓ garantir la présence d'un médecin et d'une infirmière,
- ✓ offrir des consultations sans dépassement d'honoraires (secteur 1),
- ✓ être ouverte au moins 5 jours par semaine,
- ✓ proposer des rendez-vous dans les 48 heures
- ✓ participer au service d'accès aux soins (SAS), qui assure des rendez-vous en moins de 48 heures et une permanence des soins.

Les zones concernées :

La priorité sera donnée aux territoires où l'accès aux soins est le plus difficile : 151 intercommunalités ont déjà été identifiées comme « zones rouges » pouvant bénéficier d'un accompagnement renforcé passant par :

- ✓ le déploiement accéléré de structures labellisées,
- ✓ l'organisation de consultations solidaires,
- ✓ la mobilisation des collectivités, des professionnels et de l'État,
- ✓ la priorisation, dès novembre 2026, des stages de docteurs juniors en médecine générale dans ces territoires.

Au-delà des soins classiques, le réseau pourra proposer aussi des services complémentaires comme la télésanté, des dispositifs mobiles ou encore des actions de prévention.

Le pilotage :

La mise en œuvre du réseau France santé repose sur un pilotage territorial : les ARS, les CPAM, et les préfets, en lien avec les élus locaux et les professionnels, (*mais sans les usagers*) coordonnent le déploiement dans chaque département.

Une concertation locale permet d'identifier les besoins et de construire des schémas d'implantation adaptés, en cohérence avec les ressources disponibles.

L'objectif est de labelliser 15 structures par département d'ici fin 2025.

Ce qu'en pense les médecins

« Le conseil national de l'ordre des médecins se déclare constructif et favorable à l'esprit du plan France Santé, qui reconnaît la centralité du territoire dans l'organisation de la santé » et « estime indispensable d'associer l'ensemble des acteurs de proximité à la co-construction de ce projet : Ordre des médecins (Conseil départemental et régional), CPTS, MSP, ESP, URPS, et plus largement tous les professionnels de terrain.. »

Toutefois, dans leur appel à la grève pour le 5 janvier, les syndicats médicaux demandent notamment aux médecins de ne pas « *signer les contrats d'engagements France Santé* ».

En BFC :

La 1^o vague de labellisation est engagée.

✓ *A l'échelon régional*

Par courrier du 13 novembre, la DG de l'ARS et le directeur coordonnateur de la gestion du risque en BFC (Mr Vachon DG de la CPAM 21) ont proposé aux responsables des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et des centres de santé de la région, répondant aux critères précités de s'inscrire dans la première vague de labellisation qui doit intervenir d'ici fin 2025, et à cet effet, à se rapprocher des directions territoriales de l'ARS.

Ils précisent en outre, que « des financements sont prévus pour accompagner cette labellisation, à compter de 2026. Ils viseront à compléter l'offre actuellement proposée pour améliorer l'accès à la santé de la population selon les besoins du territoire, qui pourraient par

exemple consister à des actions de prévention, d'accompagnement et d'orientation dans le système de santé, d'accès à la téléexpertise pour l'accès à des spécialistes. Un cadre conventionnel sera défini début 2026 (Accord Conventionnel Inter professionnel pour les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles et Accord national des Centres de Santé ou FIR pour les autres structures ».

L'ARS a organisé une concertation avec les 8 préfectures de la région pour définir les conditions d'organisation de la 1^o vague de labellisation.

✓ *A l'échelon local :*

La DT ARS 25 a convié les responsables des MSP et centres de santé de son ressort à un webinaire d'information le 21 novembre les invitant à faire acte de candidature pour le 1^o décembre. Un comité de pilotage est constitué pour évaluer les candidatures, qui se réunira le 12 décembre.

Les structures retenues devraient pouvoir bénéficier d'un soutien de 50 000€ en 2026 sous réserve que le crédit inscrit dans le PLFSS soit voté.

On peut penser que les autres DT ARS ont fait la même démarche.

Ni la CRSA, ni la CSOS, ni les CTS n'ont reçu d'information à ce sujet . Cette 1^o vague intervient dans la précipitation (affichage) et l'imprécision : pas de cahier des charge ou de charte, pas de dossier de candidature.

3. Evolution du nombre des lits d'hospitalisation :

Le n° 1353 (novembre 2025) de la revue « Etudes et Résultats » (6 pages) publiée par la DREES est consacré à la baisse des lits d'hospitalisation.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-11/ER1353%20-%20SAE%20-%20MEL2.pdf>

En résumé, la baisse du nombre des lits en hospitalisation complète se poursuit mais elle ralentit, mais les places d'hospitalisation partielles et à domicile continuent d'augmenter.

Les capacités :

Au 31 décembre 2024, le paysage hospitalier comptait 2965 établissements :

- ✓ 1 330 hôpitaux publics,
- ✓ 655 établissements privés à but non lucratif,
- ✓ 980 cliniques privées ,

Disposant de :

- ✓ 367 300 lits d'hospitalisation complète,
- ✓ 91 200 places d'hospitalisation partielle,
- ✓ 25 400 places d'HAD.

Les variations en 2024 :

L'année 2024 s'est caractérisée par :

- ✓ Hospitalisation complète (toutes disciplines) : un recul de -0,5% (vs - 1,2% en 2023), dont
 - MCO : 186 425 (-0,6%)
 - SMR : 101 271 (-0,1%)
 - Psychiatrie : 50 646 (-1,0%)
 - SLD : 28 9993 (-0,9%)
- ✓ Hospitalisation partielle (ambulatoire, toutes disciplines) : poursuite de la croissance : (+3,1 %, vs +4,0 % en 2023) dont :
 - MCO : 40 640 (+4,4%)

- SMR : 20 362 (+5,5%)
- Psychiatrie : 30 320 (+0%)
- ✓ Hospitalisation à domicile : les capacités de prise en charge augmentent de nouveau (+5,5 %, après +4,1 % en 2023). Elles représentent 8,1 % des capacités d'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

Focus maternité et néonatalogie :

Les 450 maternités disposent de 13 800 lits d'obstétrique (-1,7 % par rapport à 2023), 2 800 lits de néonatalogie (-1,0 %), 1 200 lits de soins intensifs (+2,9 %) et près de 770 lits de réanimation (+1,1 %). La densité de lits de réanimation néonatale atteint ainsi 1,2 lit pour 1 000 naissances. Il aurait été intéressant de distinguer les chiffres d'hospitalisation complète et partielle des secteurs public et privé.

Certes le « virage ambulatoire » et le développement de l'HAD sont autant de bienfaits pour le patient comme pour l'assurance maladie , mais est-il bien raisonnable de continuer de fermer des lits d'hospitalisation complète, surtout en médecine, alors que la population vieillit, que les maladies chroniques progressent et que nos urgences sont saturées. Ex : le JT du 19 novembre présentait un reportage sur une patiente de 99 ans qui a passé 64 heures sur un brancard aux urgences du CHU de Rouen (elle était filmée chez elle et en bonne forme), contraignant son fils et sa fille à se relayer à ses côtés (encore heureux qu'ils aient pu le faire , ce qui n'est pas admis partout).

4. Veille législative et réglementaire :

Textes législatifs

Aucun en rapport avec le champs de la santé et du médico-social.

Textes réglementaires :

1- DES de médecine générale : 4° année

L'ajout d'une 4° année au 3° cycle des études médicales (DES) de médecine générale est maintenant effectif.

Un décret du 6 novembre (JO du 9) met en cohérence les dispositions encadrant la soutenance de thèse des étudiants de médecine avec la nouvelle maquette du DES de médecine générale et prévoit des mesures transitoires spécifiques aux étudiants inscrits en 1°année de ce diplôme aux rentrées universitaires 2023, 2024 et 2025.

Ces étudiants peuvent, sous conditions, soutenir leur thèse d'exercice jusqu'à la fin de la phase de consolidation et être nommés en qualité de docteur junior dès le début des rentrées universitaires 2026, 2027 et 2028.

Les étudiants inscrits en première année du DES de médecine générale, avant la rentrée universitaire 2023, soutiennent leur thèse d'exercice avant la fin de la phase d'approfondissement et au plus tard trois ans après la validation de cette phase.

2- ARS : recrutement de médecins conseils

Un arrêté du 3 novembre (JO du 11) complète les « conditions de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale ou exerçant en ARS».

3- Réserve sanitaire :

« La durée des périodes d'emploi accomplies au titre de la réserve sanitaire [...] est portée à 190 jours pour l'année 2025 ». (arrêté du 14 novembre, JO du 15).

Ce que dit l'article D 3132-4 du CSP : « La durée des périodes d'emploi accomplies au titre de la réserve sanitaire ne peut excéder 45 jours cumulés par année civile ; cette durée peut être exceptionnellement portée à 90 jours par décision du directeur général de l'Agence nationale de santé publique et à 180 jours par arrêté du ministre chargé de la santé »

4- Dotations régionales de financement 2025

L'arrêté du 30 octobre (JO du 16 novembre) fixe le montant des diverses dotations régionales de financement (DAF, dotations populationnelles, missions spécifiques...) des établissements de santé pour 2025, pour les activités de MCO, SLD, SMR et psychiatrie (cf. infra)

5- Fonds de modernisation et d'investissement en santé (FMIS) :

Le FMIS prend en charge les frais engagés par l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) pour la mise en œuvre des missions d'expertise qui lui sont confiées, dans la limite de 27 759 012 euros. (arrêté du 15 octobre JO du 16/11)

6- Répartition des internes en médecine

Par arrêté du 28 octobre (JO du 18 novembre 161 pages) la DG du CNG fixe l'affectation des internes en médecine par ordre de positionnement aux épreuves nationales, par groupe de spécialités, par spécialité et par CHU , au titre de l'année universitaire 2025-2026.

7- ECOS nationaux 2026 :

Un arrêté du 13 novembre (JO du 19) fixe le calendrier et les modalités de déroulement des « examens cliniques objectifs structurés » (ECOS) 2026 dans le cadre des épreuves nationales d'admission au 3^e cycle des études médicales.

Pour mémoire les ECOS sont une simulation d'un entretien entre un patient et un médecin sur la base d'un scénario. Le rôle du patient est tenu par un usager bénévole.

Ces épreuves sont organisées par les UFR de médecine.

Il existe aussi des ECOS universitaires pour les étudiants de M1 et M2.

Les prochains ECOS nationaux se dérouleront les 2 et 3 juin.

« La durée unitaire d'une station d'ECOS est de 10 minutes comprenant 8 minutes d'épreuve intégrant la lecture de la vignette (l'objet de l'entretien) et 2 minutes de déplacement d'une station à l'autre ». Autrement dit l'entretien dure 6 minutes montre en main.

8- Formation de directeurs des soins :

62 candidats ont été admis à la session 2026 de formation des élèves directeurs des soins (JO du 21/11).

9- Contrats d'engagement de service public : financement

Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'« agence de service et de paiement » (ASP) au titre de la gestion administrative et financière des contrats d'engagement de service public (CESP) est fixé pour l'année 2025 à 11 132 366 euros (JO du 23/11).

10- Ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées : compétences

Un décret du 21 novembre (JO du 23) fixe les compétences de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées.

En résumé « elle reçoit délégation de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées pour signer, en son nom, tous actes, arrêtés et décisions ».

Autrement dit elle n'a aucun pouvoir propre : fallait-il un décret du Président de la République pour le dire ?

11- Contribution des départements au GIP « France enfance protégée »

Un décret du 21 novembre (JO du 23) fixe la contribution financière des départements au GIP « France enfants protégée » pour 2025/

Exemples pour notre région

- ✓ Côte d'Or : 38 957,26 €
- ✓ Doubs : 39 883,55 €

12- Financement des UDAF

Pour 2025, Le fonds spécial pour le financement des unions familiales s'élève à 25 937 336,69 € ainsi réparti (JO du 25 novembre) :

- ✓ Union nationale : 7 781 201,01 €
- ✓ Unions départementales : 18 156 135,68 €

Pour notre région : exemples

- ✓ Côte d'Or : 161 109,60€
- ✓ Doubs : 186 114,43€ département le mieux doté

13- Etablissements médico-sociaux : financement des « soins requis »

Par décision du 19 novembre (JO du 26) le directeur de la CNSA fixe les dotations régionales limitatives pour le financement des besoins en soins requis dans le cadre de objectif de dépenses fixé pour l'année 2025, pour les établissements médico-sociaux.

Pour notre région ces dotations sont de :

- ✓ Personnes âgées : 947 860 109,84 €
- ✓ Personnes handicapées : 696 112 368,30 €

14- Statut des directeurs d'hôpital :

Le JO du 30 novembre publie plusieurs décrets et arrêtés datés du 27 , relatifs au statut particulier et au régime indiciaire et indemnitaire des directeurs d'hôpital.

Ils transposent aux directeurs d'hôpital les mêmes principes que ceux appliqués aux administrateurs de l'Etat dans le cadre de la réforme de la haute fonction publique.

5. Veille parlementaire :

Assemblée nationale :

- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale,
- proposition de loi visant à renforcer la lutte contre les violences conjugales dans les territoires ruraux (*quelle différence avec les territoires urbains ?*)
- proposition de loi visant à reprendre le contrôle et lutter contre l' « agencification » de l'État,
- proposition de loi visant à réduire le nombre d'organismes consultatifs de l'État,
- proposition de loi visant à renforcer la souveraineté alimentaire par le développement des circuits de proximité dans la restauration collective publique,
- proposition de loi visant à encadrer l'usage de l'intelligence artificielle à l'école et à garantir la transparence, l'équité et la souveraineté dans le système éducatif,
- proposition de loi d'expérimentation pour l'instauration d'un enseignement d'éducation à l'alimentation obligatoire à l'école,
- proposition de loi visant à sécuriser le droit du salarié au report de congés annuels payés coïncidant avec une période d'incapacité pour cause de maladie et à lutter contre les arrêts maladie abusif,
- proposition de loi pour une génération sans tabac,

- proposition de loi visant à favoriser le développement du logement social et intermédiaire,
- proposition de loi visant à renforcer la lutte contre les trafics du tabac et à sanctionner plus sévèrement les auteurs,
- proposition de loi visant à protéger les mineurs des risques auxquels les expose l'utilisation des réseaux sociaux,
- proposition de loi visant à supprimer la prescription pour les viols et agressions sexuelles sur mineurs,
- rapport, fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé,
- rapport déposé par la commission des affaires économiques, en conclusion des travaux sur la pétition no 3014 du 10 juillet 2025 « Non à la loi Duplomb, pour la santé, la sécurité, l'intelligence collective »,
- proposition de résolution visant à faire de l'approche « Une Seule Santé » grande cause nationale 2026,

Sénat :

- proposition de loi permettant aux conseils départementaux de bénéficier d'une compétence économique dérogatoire en cas de catastrophe sanitaire,
- proposition de loi visant à mieux concerter, informer et protéger les riverains de parcelles agricoles exposés aux pesticides de synthèse,
- proposition de loi visant à pérenniser les haltes « soins addictions »,
- proposition de loi visant à recentrer la politique familiale en faveur des familles actives,
- proposition de loi visant à étendre le revenu de solidarité active aux jeunes sans emploi ni formation de 16 à 25 ans,
- proposition de loi visant à la pleine reconnaissance de l'inceste et à l'imprescriptibilité des crimes sexuels sur mineurs,
- proposition de loi visant à prohiber l'achat de services sexuels virtuels personnalisés et à lutter contre le proxénétisme en ligne,
- proposition de loi visant à la pleine reconnaissance de l'inceste et à l'imprescriptibilité des crimes sexuels sur mineurs ?
- proposition de loi autorisant la légalisation de la consommation récréative de cannabis et encadrant sa production et sa vente,

6. En Bourgogne Franche comté :

6-1 Décisions de l'ARS BFC :

Parmi les dernières décisions prises par le DG de l'ARS et pouvant intéresser tant les usagers que leurs représentants, on peut noter :

1- PDSA modification du cahier des charges :

Le cahier des charges régional de la PDSA 3a fait l'objet d'une nouvelle modification. Elle concerne la Saône et Loire et consacre en particulier la fusion des secteurs de Chalon et Givry à partir du 1^{er} janvier 2026 et modifie les horaires de la régulation libérale.

2- Commission régionale de contrôle :

La liste nominative de la commission régionale de contrôle a fait l'objet d'une mise à jour. Pour mémoire, la commission régionale de contrôle donne son avis au DG de l'ARS préalablement à toute décision de sanction financière à l'encontre d'un établissement de santé en cas de manquement aux règles de facturation, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Elle est constituée de :

- ✓ 5 représentants de l'ARS,
- ✓ 5 représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, nommés pour 5 ans.

Le président de la commission est désigné par le DG de l'ARS parmi les représentants de l'agence. La présidente est Mme Moser -Moulaa directrice de l'organisation des soins et de l'autonomie (DOSA), supplée par Mr Bertrand Hurelle directeur adjoint.

3- Régulation urgences

Sont une nouvelle fois autorisés à réguler l'accès à leurs services d'urgences :

- ✓ le CHU de Dijon : du 11 novembre au 10 février , 24h/24,
- ✓ la clinique Dijon Bourgogne dans les mêmes conditions,
- ✓ le CH de l'agglomération de Nevers : du 1° décembre (8h30) au 1° mars 2026 (8h30) , tous les jours, 24h/24,
- ✓ le CH de Gray : du 8 novembre (19h) au 8 février 2026 (7h30), tous les jours de 19h à 7h30,
- ✓ les CH d'Autun, Chalon sur Saône, Macon, Montceau les mines, du Pays Charolais-Brionnais (Paray le Monial) et hôtel Dieu du creusot du 10 novembre (18h) au 10 février 2026 (8h), tous les jours de 18h à 8h.

On remarquera qu'à l'exception du CH de Gray régulé par le CRRA 15 de Besançon, tous les autres établissements sont régulés par le CRRA 71 de Chalon sur Saône et le CRAA 15 21-58 de Dijon.

Cela signifie-t-il pour autant que les services d'urgence des autres établissements (CHU de Besançon, HNFC etc..) ne connaissent pas de difficultés ? A moins qu'ils aient pris le parti d'assurer, sans restriction, leur mission de service public et de répondre à la demande de soins de la population.

De régulation temporaire en régulation temporaire ne s'achemine-t-on pas vers une « régulation pérenne » dans les conditions prévues par l'arrêté du 18 mars 2025 (JO du 27) ?

Pour mémoire, rappelons que la concertation préalable prévue à l'article R. 6123-18-3 du code de la santé publique et organisée par l'ARS, ne prévoit pas la participation des représentants des usagers.

4- Incitations financières à l'installation des professionnels :

L'ARS a publié les nouveaux zonages pour l'installation dans des zones sous-denses pour les médecins et pour les orthophonistes, et pour ces derniers les contrats régionaux type d'aide financière :

- ✓ aide à la 1° installation : 30 000€,
- ✓ aide à l'installation : 19 500€ + rémunération complémentaire de 200€ par mois pour l'accueil d'un stagiaire,
- ✓ aide au maintien dans les zones sous-denses : forfait de 1 500€ par an + rémunération de 200€ par mois pour l'accueil d'un stagiaire.

5- Autorisations d'activité :

L'ARS a publié, fin novembre, de nombreuses décisions concernant les demandes d'autorisation d'activité.

Autorisations :

Parmi les autorisations accordées , nous n'en citerons que 3 en raison de leur caractère « particulier ».

L'ARS a autorisé :

- ✓ la SELAS « Résonance Horizons à exploiter une IRM mobile pour une implantation principale à Chatillon sur Seine « tout en sachant que l'autorisation est exclusivement réservée à

l'utilisation d'appareils mobiles dans les parties de la zone de planification sanitaire ou l'accès à l'offre d'imagerie diagnostique est la plus faible »

- ✓ la SELAS « Résonance Horizons à exploiter une IRM mobile pour une implantation principale à Château- Chinon ... le reste idem,
Pour ces 2 autorisations les décisions visent bien l'avis de la CSOS du 23 octobre, mais sans mentionner s'il est positif ou négatif,
- ✓ la clinique du Pays de Montbéliard à exercer l'activité de médecine. La décision du 26 novembre vise bien l'avis de la CSOS du 13 novembre (soit un délai de 13 jour) mais sans dire s'il était positif ou négatif (le compte rendu n'est d'ailleurs pas validé).
Pour mémoire l'ARS avait déjà rejeté cette même demande par décision du 28 avril qui avait fait l'objet d'un recours hiérarchique de la clinique auprès du ministre de la santé alors en exercice. Le CNOSS a rendu son avis le 4 novembre, mais nous ne connaissons pas la décision du ministre à moins que son silence ne soit assimilé au rejet du recours.
La décision laisse un délai de 3 ans pour un début d'exécution, elle devra être mise en œuvre « au plus tard 4 ans après la notification », ce qui laisse le temps nécessaire à la construction du bâtiment qui accueillera cette nouvelle activité.
Pour mémoire encore, la clinique de Montbéliard du groupe Noalys , ouverte en 2021, offre exclusivement des soins médicaux de réadaptation (SMR : 60 lits d'hospitalisation complète et 40 places d'hospitalisation de jour).

Ces 3 décisions illustrent les limites de la démocratie en santé.

Rejets :

L'ARS a rejeté les demandes d'autorisation :

- ✓ de la clinique du pays de Montbéliard d'exercer l'activité de SMR mention cancer-oncologie
- ✓ de la clinique Ste Marguerite d'Auxerre d'exercer l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ,
- ✓ de la SAS HAD France d'exercer l'activité d'HAD sur le site de l'HAD Sud Yonne et Bourgogne nivernaise,
- ✓ de l'association - groupe SOS Santé (Hôtel Dieu du Creusot) d'exercer l'activité de chirurgie bariatrique,

6- Unité de coordination régionale du contrôle externe de BFC

La DG de L'ARS a modifié la composition de l'unité de coordination régionale du contrôle externe de BFC.

Elle est composée à parité d'équipes médicales et administratives de l'ARS et de l'assurance maladie.

6-2 Du côté des instances de démocratie en santé

La démocratie en santé à l'ère des économies :

Le Directeur Général de l'ARS s'était engagé à mettre des moyens humains plus importants au service de la démocratie en santé. Il a tenu sa promesse en permettant le recrutement début 2024 de 3 chargées de mission (2 pour les CTS et 1 pour la CRSA).

Toutes les 3 quitteront leur emploi en fin d'année, 2 pour suppression du poste par l'ARS et la 3^e par choix. Le poste de chargé(e) de mission pour la CRSA devrait être pérennisé jusqu'à la fin de la mandature(2026) ce qui nécessitera un recrutement.

Les 2 emplois de chargées de mission CTS ont été supprimés dans la plus grande discrétion certainement pour des raisons économiques, mais aussi de « difficultés de coordination » avec les DT de l'ARS.

Mauvais signal pour la démocratie en santé !

Nous remercions Chloé, Louise, et Claire de leur action au service de la démocratie en santé et nous leur souhaitons un bel avenir.

La CSOS

La CSOS s'est réunie le 13 novembre pour donner son avis sur 11 demandes d'autorisation d'activité de :

- ✓ chirurgie zone Saône et Loire
- ✓ neurochirurgie Radiochirurgie intracrânienne et extra-crânienne en conditions stéréotaxiques zone Cote d'Or,
- ✓ soins de longue durée zone Cote d'Or
- ✓ médecine zone Haute Saône (1 demande) et Nord FC (2 demandes)
- ✓ SMR modalité : Cancer, mention : Oncologie zone Nord FC (2 demandes)
- ✓ SMR mentions : polyvalent et gériatrie zones Yonne et Haute Saône,
- ✓ Radiologie diagnostique zone Haute Saône.

A noter un « important » retard dans la publication des comptes rendus des CSOS : le dernier est celui de la réunion du 4 février. Les 15 autres (jusqu'à la réunion du 13 novembre) restent en attente.

Les prochaines séances ne sont pas encore programmées.

Le Copil télé-santé

Pour la 2^e fois en 2025, le copil télé-santé s'est réuni le 19 novembre (21 participants). Ont été abordés les thèmes suivants :

- ✓ *Les e-RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires)*

Déjà opérationnelles en Grand Est, les e-RCP en cancérologie se développent dans notre région dans le cadre de la nouvelle version du dossier circulant en cancérologie (DCC 2.0)

La plateforme permet l'inscription du patient, la préparation et l'animation de la RCP ainsi que le partage d'images médicales et l'utilisation de BPC (bonnes pratiques de chimiothérapie).

Dans une 1^e vague 5 RCP ont déjà été déployées, 13 établissements ont été rencontrés et accompagnés. Une 2^e vague sera déployée en début 2026 (hématologie, digestif...)

D'autres pistes de RCP hors cancérologie sont à l'étude : chirurgie bariatrique, troubles du neuro développement..

- ✓ *Plateformes de télé santé Covalia – Omnidoc :*

En partenariat avec des établissements, l'ARS a procédé une étude comparative (ergonomie, coût ...) des plateformes de télé-médecine Covalia du groupe Maincare utilisée par la plateforme régionale Telmi jusqu'en 2027 (ARS et GRADeS) et Omnidoc utilisée par de nombreux établissements

- ✓ *Télédermatologie : modèle économique*

La télé dermatologie (consultations et télé-expertise) connaît un important développement en BFC grâce au concours de centres de ressources (CH de Chalon sur Saône : 428 actes/mois en moyenne), répartis sur le territoire. L'ARS et les établissements souhaitent « revisiter » le modèle économique par rapport au financement de l'assurance maladie qui ne couvre pas le coût réel. Actuellement l'ARS apporte un bonus pour la téléexpertise

Le prochain copil se réunira le 5 février à 15h30.

Le Costra innovation en santé:

Il a réuni le 25 novembre les représentants de nombreuses structures concernées par l'innovation en santé (région, CHU, universités, EFS, pôle de compétitivité...)

A l'ordre du jour du jour :

- ✓ France 2030 : bilan et perspectives
- ✓ L'innovation dans les soins primaires :
 - MSP innovante
 - Recherche en soins primaires
- ✓ Stratégie et copil IA
 - Enjeux et objectifs
 - 3 grandes actions

6-3 La fédération des acteurs de la coordination en santé BFC (FACS)

Notre région compte 5 dispositifs d'appui à la coordination (DAC) : l'un qui recouvre les 4 départements de Franche Comté, et un pour chacun des 4 autres départements.

Il y a déjà quelques années qu'ils avaient pris l'habitude de se concerter afin d'harmoniser leurs pratiques.

Il se sont aujourd'hui réunis en 2022 en créant une fédération des acteurs de la coordination en santé (FACS BFC) sous la forme d'une association loi 1901.

Les missions :

Elle s'est fixé 4 missions :

- ✓ Fédérer tout dispositifs de ressources, d'appui, de coordination de parcours, exerçant sa mission en BFC
- ✓ Organiser la concertation, l'échange d'informations, les collaborations, les mutualisations entre ses adhérents,
- ✓ Porter la voix des DAC dans les instances régionales et nationales. La FACS BFC adhère à la FACS nationale et participe à son fonctionnement,
- ✓ Améliorer les pratiques, évaluer les apports des DAC, veille documentaire et juridique

Gouvernance et fonctionnement :

Le président est le Dr Aurélien Vaillant (président du DAC 21) et les vice-présidents sont les présidents des 4 autres DAC, tous médecins.

L'association dispose d'un secrétaire général salarié depuis juillet 2025 : Mr Johan Helfer. Son siège est à Dijon (23 rue Louis De Broglie) dans les locaux du DAC 21.

Elle reçoit un financement direct de l'ARS ainsi qu'une cotisation annuelle de chacun des DAC de 100€.

Elle adhère à la fédération des acteurs de la coordination en santé (FNACS) nationale.

Feuille de route 2025 – 2026

Les principaux axes de travail identifiés sont les suivants :

- ✓ Mutualisation de la logistique
- ✓ E-santé : mutualisation de moyens, création de contenu, partage d'expérience,
- ✓ Communication : documents communs, site FADS BFC, éléments de langage,
- ✓ Procédures communes,
- ✓ Proposition de webinaire

Trois groupes de travail ont été constitués : e-santé, logistique et communication avec, pour chacun, un référent par DAC

Une journée inter DAC sera organisée une ou deux fois par an.

Chaque trimestre se tiendront « les rendez-vous de la coordination ».

6-4 Le CA de l'ARS :

Par un arrêté du 7 novembre, modifiant celui du 5 mars 2024, la ministre a modifié la composition du CA de l'ARS.

Ont été nommés :

- ✓ au titre des conseils des organismes locaux d'assurance maladie relevant du régime général
 - Jenny Knapp, titulaire, en remplacement de Denise Paul,
 - Patricia Busselier Lautissier, suppléante, en remplacement de Madame Audrey Forasacco
- ✓ « le président de la caisse régionale de mutualité sociale agricole ou le président d'une des caisses situées dans le ressort de l'agence régionale de santé » :
 - Mauricette Besançon, titulaire, présidente de la MSA Bourgogne

Le CA de l'ARS se réunira le 2 décembre à 10h en visio. La séance sera essentiellement consacrée aux questions budgétaires (budget rectificatif 2025, budget initial 2026) et aux orientations stratégiques du FIR pour 2026.

6-5 Assistants spécialistes à temps partagé :

La ressource médicale est rare : il faut savoir la partager.

Dans le cadre des GHT, les praticiens hospitaliers à temps plein, et à temps partiel, les assistants des hôpitaux, les assistants associés, les praticiens attachés et attachés associés, peuvent partager leur activité entre plusieurs établissements (décret du 14 mars 2017).

Les volontaires peuvent bénéficier d'une prime d'exercice territorial (PET de 250€ pour ½ journée hebdomadaire).

Mais il existe une possibilité plus ancienne : celle des assistants spécialistes à temps partagé (ASTP)

Le dispositif assistants spécialistes à temps partagé (ASTP)

Initialement partagés entre établissements de santé (ES), entre un ES et un EHPAD, et depuis 2016 entre un ES et une structure ambulatoire.

Les principaux objectifs de ce dispositif sont de :

- ✓ favoriser la coopération médicale territoriale entre les établissements de santé dans les territoires les plus en tensions,
- ✓ consolider les équipes médicales de territoires,
- ✓ soutenir les projets professionnels hospitaliers et/ou universitaires en permettant à de jeunes médecins de poursuivre leur formation en post-internat et faciliter leur installation,
- ✓ renforcer un maillage territorial universitaire de formation.

Le dispositif est ouvert à l'ensemble des spécialités médicales, hors médecine générale, ainsi qu'à l'odontologie et la pharmacie.

Les emplois à valence universitaire : chefs de clinique universitaires – assistants des hôpitaux (CCU-AH) et assistants hospitaliers universitaires (AHU) peuvent aussi bénéficier de ce dispositif.

Les jeunes médecins sont recrutés pour une période de 2 années consécutives. Ils sont affectés et rémunérés pour la totalité de leur temps de travail par le CHU partenaire du projet.

Le financement est généralement partagé entre l'ARS et l'établissement recruteur dans des proportions variant d'une région à l'autre.

Focus sur les assistants partagés entre établissements et secteur ambulatoire :

Ce dispositif vise à permettre à de jeunes médecins de développer un exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et une structure ambulatoire (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, cabinet libéral).

Au sein de la structure ambulatoire, à hauteur de 50 % minimum, il est réalisé sous la forme de consultations avancées.

L'activité réalisée au sein de la structure ambulatoire est considérée comme une délocalisation de l'activité hospitalière : la structure ambulatoire ne perçoit pas d'honoraires, l'acte est considéré comme une consultation externe de l'hôpital.

Le patient n'a rien à verser lors de sa consultation, c'est l'hôpital qui facture la prestation.

La politique régionale :

Le livret 2 du schéma régional de santé (SRS) 2018-2028 consacré à l'attractivité reprend dans son chapitre 2-3-1 les dispositifs incitatifs à l'installation et à l'exercice hospitalier.

« Le recrutement des assistants spécialistes partagés entre des établissements de santé périphériques et les deux CHU de la région, est encouragé et soutenu financièrement afin de maintenir les jeunes médecins formés dans la région sur des spécialités particulières ou dans des territoires moins attractifs ».

Le nombre de postes en BFC :

Pour la période 2025-2027 le nombre de postes est le suivant (instruction du 22 octobre 2025) :

	Assistants partagés entre établissements	Assistants partagés entre établissements et ambulatoire
BFC	28	4
France entière	250	80

Aux chiffres France entière il faut ajouter 50 postes pour les outre-mer. Ils sont tous rigoureusement identiques à ceux de la précédente campagne 2024-2026.

Pour le nombre d'assistants partagés entre établissements, la BFC arrive en 2^e position derrière les Hauts de France.

Contrairement à d'autres régions, on ne trouve aucune information sur ce dispositif sur le site de l'ARS BFC : nombres de postes affectés, répartition ville -hôpital, répartition géographique (par GHT ?), répartition par spécialités, budget, évaluation...

6-6 Dotations régionales de financement 2025

L'arrêté du 30 octobre (JO du 16 novembre) fixe le montant des diverses dotations régionales de financement (DAF, dotations populationnelles, missions spécifiques...) 2025, pour les activités de MCO, SLD, SMR et psychiatrie.

Champs MCO – USLD

Objectifs santé publique	Missions spécifiques	DAF		urgences	
		Hors USLD	USLD/FGU	Dotation populationnelle	Dotation qualité
37 818	304 175	2 944	62 054	176 843	0

Champs SMR:

Dotation MIGAC	Dotation populationnelle	Dotation pédiatrique	Dotation PTS
48 473	176 191	922	4 809

Champs psychiatrie (historique):

Date arrêté	Dotation populationnelle	Dotation activités nouvelles	Dotation activités spécifiques	Dotation recherche	Dotation transformation psy
28/04/2024	400 082	2 658	4 750	278	29 830
12/06/24	417 798	1 428	4 754	278	15 016
24/10/24	417 798	1 428	4 754	278	21 589
27/03/25*	417 798	2 020	4 754	278	21 801
30/10/25	421 864	1 928	5 326	287	31 72

* Il s'agit de la dotation définitive 2024

Focus dotations populationnelles :

Date arrêté	Urgences	Psychiatrie	SMR
27/03/25 Année 2024	177 550	417 798	176 296
30/10/25	176 843	421 864	176 1

6-7 Le contrôle des EHPAD en BFC :

Après le scandale Orpéa suscité par la publication du livre de Victor Castanet « les fossoyeurs », le ministère a mis en place un plan d'inspection - contrôle des EHPAD.

Selon un article publié dans Le Monde du 27 mars dernier, à fin décembre 2024, la quasi-totalité (96 %) des 7 500 établissements accueillant des personnes âgées en France avait été contrôlée.

: « Au total, 55 sanctions administratives ont été prises dans les Ehpads contrôlés : 11 cessations définitives d'activité totale ou partielle pour dysfonctionnements mettant en danger les résidents, 9 suspensions provisoires notamment pour insuffisance de professionnels qualifiés et 35 mises sous administration provisoire. Quarante cas ont été signalés au procureur de la République ».

Dans un communiqué du 3 novembre l'ARS donne connaissance des résultats de ces contrôles dans notre région.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/plan-de-contrôle-des-ehpad-2022-2024-en-bourgogne-franche-comte-publication-des-rapports>

Le « parc » des EHPAD en BFC:

La BFC compte 413 EHPAD pour une capacité globale de 33 382 places :

- ✓ 50 % sont des établissements publics (autonomes, hospitaliers ou territoriaux),
- ✓ 32 % sont des établissements privés à but non-lucratif,
- ✓ 8 % sont des établissements privés à but lucratif.

Les modalités d'inspection -contrôle :

« Grâce à une forte mobilisation des équipes d'inspection de l'ARS et des départements (plus de 80 agents concernés), tous ont été contrôlés selon deux modalités :

- ✓ 26 % d'inspections sur place, concentrées sur les établissements identifiés comme sensibles ou à risque,
Elles étaient ciblées sur les éléments structurants de la prise en charge des résidents, sur certaines thématiques ou plus approfondies,
La moitié des inspections sur site ont été réalisées conjointement : ARS – départements.
- ✓ 74 % de contrôles sur pièces. Certains de ces contrôles ont pu donner lieu à des inspections sur place lorsque les éléments fournis étaient de nature à justifier un approfondissement des investigations.

L'objet des contrôles :

Les contrôles ont essentiellement porté sur :

- ✓ La qualité des soins pour en particulier :
 - renforcer la traçabilité des soins et la complétude des dossiers,
 - sécuriser les prises en charge médicamenteuses,
 - prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance, notamment via l'organisation de formations dédiées,
 - prévenir la dénutrition.
- ✓ La gestion des ressources humaines pour en particulier
 - garantir la présence de personnels qualifiés à tout moment, notamment la nuit, pour sécuriser l'ensemble des prises en charge et des soins,
 - assurer le bon niveau de formation des équipes, mettre en place des systèmes d'analyse et de partage des bonnes pratiques,
 - systématiser la formalisation des contrats entre les établissements et les professionnels libéraux intervenant en leur sein.
- ✓ La gouvernance des établissements , et en particulier
 - le respect des obligations de dialogue entre les professionnels, les résidents et leurs familles,
 - la formalisation de projets personnalisés d'accompagnement avec un suivi régulier planifié,
 - une information claire et visible dans les établissements sur les droits des usagers et les outils pour les faire valoir.

Le déroulé de l'inspection -contrôle :

Chaque inspection et chaque contrôle donnent lieu à la rédaction d'un rapport indiquant les constats réalisés par la mission.

- ✓ Une procédure contradictoire :

Sur la base de ce rapport, la DG de l'ARS (et le conseil départemental pour les inspections conjointes) adresse à l'établissement les mesures adaptées et graduées à mettre en œuvre.

Celles-ci font l'objet d'une procédure contradictoire au cours de laquelle l'établissement et son gestionnaire peuvent présenter leurs observations, faire valoir la mise en œuvre d'actions correctrices ou s'engager sur un plan d'actions, assorti d'un calendrier précis.

✓ La décision :

Au terme de cette procédure contradictoire, les décisions maintenues sont notifiées définitivement par courrier.

Après cette notification définitive, l'EHPAD est tenu de transmettre aux deux autorités de tarification les éléments de preuve documentaire permettant le suivi des mesures correctives et la levée des injonctions (corrections prioritaires en termes de qualité et sécurité de la prise en charge des résidents et dont le non-respect peut entraîner des sanctions administratives allant jusqu'à la fermeture de l'établissement) et des prescriptions (à caractère obligatoire).

Un suivi de la mise en œuvre des mesures correctives est assuré par l'ARS et le conseil départemental.

Les résultats de ces contrôles :

Le communiqué de l'ARS ne donne aucun élément statistique sur les résultats de ces contrôles. Il donne les liens pour accéder aux documents concernant les EHPAD ayant fait l'objet d'au moins une mesure administrative (suspension d'activité, mise sous administration provisoire...), à savoir :

✓ EHPAD de St Agnan (37 places, propriété de la SARL « EHPAD Flore ») : rapport d'inspection de juin 2022, décision de suspension en urgence, décision de mise sous administration provisoire, décision de cessation d'activité du 18 novembre 2022.

✓ EHPAD de Luzy (78 places, EHPAD public, inspection 6-7 septembre 2022) : rapport d'inspection (octobre 2022), décision de mise sous administration provisoire, décision de prolongation de l'administration provisoire u 16 mars 2023.

In fine, l'ARS indique qu'elle « publiera prochainement des informations complémentaires relatives aux inspections et contrôles réalisés dans les autres EHPAD, dans le cadre du plan national ».

6-8 Les objectifs de formation des filières médicales 2026-2030

Depuis la réforme des études médicales et en particulier la suppression de la PACES (première année commune aux études de santé) et du numérus clausus, des objectifs nationaux pluriannuels (ONP) de professionnels de santé à former par les filières de médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique (MPOM) sont définis « pour répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants » (article R 631-1-6 du code de l'éducation).

La procédure :

Ces objectifs sont fixés par un arrêté conjoint des ministres de la santé et de l'enseignement supérieur sur proposition d'« une conférence nationale réunissant des représentants des acteurs du système de santé et des organismes et institutions de formation des professionnels de santé ». Sa composition et les modalités de désignation de ses membres sont fixées par arrêté des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé.

Cette commission tient compte des recommandations de l'observatoire national de la démographie des professions de santé.

Outre des données nationales, la conférence nationale prend en compte des propositions établies, au niveau régional, par l'ARS, en lien avec les acteurs régionaux du système de santé,

relatives au nombre de professionnels de santé à former, par région pour chaque formation et subdivision de formation, en considérant :

- ✓ les besoins de santé et d'accès aux soins, prenant en compte, notamment, les spécificités territoriales telles qu'elles découlent des caractéristiques géographiques ou d'aménagement de ce territoire ainsi que de la prévalence de zones présentant une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins
- ✓ les capacités de formation tant pour la formation théorique que pour la formation pratique et la formation en stage des étudiants, en veillant à prendre en compte les objectifs nationaux de diversification des lieux de stages et en prenant en compte les différentes modalités d'encadrement susceptibles d'être mises en œuvre.

Les objectifs pluriannuels d'admission en 1^o année du 2^o cycle des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique sont déterminés pour une durée de cinq ans par chaque université, sur avis conforme de l'ARS. Cette dernière émet son avis après consultation de la CRSA.

Les objectifs 2021-2025

L'arrêté du 13 septembre 2021 (JO du 17) a défini les objectifs nationaux pluriannuels (ONP) du nombre de professionnels de santé à former, par université, pour chacune des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique (MPOM), pour la période quinquennale 2021-2025.

Les objectifs pour la BFC :

Pour la BFC les objectifs 2021-2025 prévoyaient :

	Objectif pluriannuel	Seuil mini -5%	Seuil maxi +5%
Médecine			
Besançon	1180	1120	1240
Dijon	1260	1195	1325
France entière	51 505	48 850	54 160
Pharmacie			
Besançon	390	370	410
Dijon	430	405	455
France entière	17 065	16 135	17 995
Odontologie			
Besançon	180	170	190
Dijon	230	215	245
France entière	7 265	6 815	7 715
Maïeutique			
Besançon	140	130	150
Dijon	140	130	150
France entière	5 220	4 855	5 585

Un avis défavorable de la CRSA

Pour mémoire, la commission permanent de la CRSA a rendu le 30 novembre 2021, l'avis suivant :

« Considérant la situation de déficit de professionnels de santé dans notre région, la CRSA BFC émet un avis défavorable aux propositions 2021-2025 faites par les Universités de BFC concernant les admissions en 1ère année du 2ème cycle des formations en médecine, pharmacie et maïeutique.

Même si les formations en odontologie ne sont pas réalisées en BFC, la CRSA BFC émet aussi un avis défavorable aux propositions.

A part la formation de médecine à Besançon et odontologie à Dijon (réalisée hors région) au maximum du seuil autorisé, toutes les autres propositions sont :

- ✓ en deçà du seuil maximum ; en pharmacie à Dijon et Besançon et maïeutique à Besançon,
- ✓ en deçà de l'objectif fixé par l'arrêté ; en médecine et maïeutique à Dijon,
- ✓ en deçà du seuil minimum ; en odontologie à Besançon (réalisée hors région).

La CRSA demande que ces objectifs soient révisés à la hausse, a minima aux maximums proposables par les universités, s'il n'est pas possible d'aller au-delà »

Les objectifs 2026-2030 :

La procédure de définition de ces objectifs pour la période 2026- 2030 se met en place.

Un webinaire destiné aux membres des CTS, consacré à ce sujet a été organisé le 21 novembre, agrémenté d'un support de 82 diapositives.

Par message du 26 novembre les membres du CTS (du Doubs) ont été invité à participer à un vote électronique entre le 26 novembre à 11h et le 1° décembre à 11h.

Il laissait le choix entre 2 propositions sans possibilité de vote contre ou abstention

	2016-2020	2021-2025	Proposition 1	Proposition 2
Médecine				
Besançon	970	1 180	1 180	1 200
Dijon	1 145	1 260	1 260	1 300
Pharmacie				
Besançon	358	390	390	400
Dijon	410	430	430	450
odontologie				
Besançon	121	180	180	1 seule proposition
Dijon	147	230	230	
Maïeutique				
Besançon	131	140	140	140
Dijon	135	140	140	145

On peut regretter l'absence de véritable débat en CRSA voire en commission permanente et en CTS. Peut-on parler d'urgence quand il s'agit d'objectifs à 5 ans ?

C'est un nouvel exemple de précipitation et d'impréparation comme nous y ont déjà habitués le zonage des professionnels de santé.

Une nouvelle interrogation pour la démocratie en santé.

6-9 Imagerie médicale : appel à projets pour la constitution de PMIM

L'imagerie médicale constitue un point névralgique de notre système de santé .

Le contexte de l'imagerie médicale :

Il se caractérise par :

- ✓ la difficulté à répondre à une demande croissante d'examen, tant en établissement qu'en ville, consécutive au progrès médical et au progrès technique de l'imagerie,
- ✓ Un déséquilibre entre :
 - une offre publique qui se limite essentiellement aux besoins internes des établissements sans offre ambulatoire de secteur 1,
 - une offre libérale en pleine expansion objet d'une financiarisation croissante par de puissants groupes financiers ou professionnels qui proposent des prestations majoritairement en secteur 2,
- ✓ des ressources humaines tant en radiologues qu'en manipulateurs de radiologie davantage attirés par le secteur privé que public en raison des conditions de travail et des revenus , sans commune mesure,
- ✓ des difficultés à assurer la permanence des soins dans les établissements (PDES), et à une absence de collaboration entre ceux-ci,
- ✓ de fortes disparités entre territoires et entre zones urbaines et rurales,
- ✓ une offre en ambulatoire majoritairement de secteur 2 et souvent sans tiers payant.

Une solution ? les plateaux mutualisés d'imagerie médicale (PMIM) :

L'article L6122-15 du code de la santé prévoit qu'« afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'ARS peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de PMIM impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds (EML) d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale ».

L'autorisation est accordée pour une durée de sept ans renouvelables, après avis de la CRSA, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'ARS.

Celle-ci a lancé le 20 novembre un appel à projets (AAP) « pour favoriser l'optimisation des organisations d'imagerie sur le territoire de la région BFC ».

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/constitution-plateaux-mutualises-imagerie-medicale-en-bfc>

Les objectifs

Les objectifs de cet appel à projets sont de :

- ✓ répondre à la demande,
- ✓ favoriser la mutualisation des moyens humains et matériels d'un (ou plusieurs) établissement(s) de santé avec ceux des professionnels de santé publics, libéraux et/ou d'autres types de structures sanitaires
- ✓ améliorer l'organisation territoriale de l'offre d'imagerie, notamment dans les territoires sous-dotés,
- ✓ favoriser la coopération entre établissements et professionnels de santé, en intégrant une logique de parcours de soins (cancérologie, neurologie, cardiologie, etc.).
- ✓ optimiser l'utilisation des équipements lourds en évitant des investissements redondants et en maximisant leur usage

Les conditions de création d'un PMIM :

Un PMIM

- ✓ est constitué de plusieurs EML d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.
- ✓ doit regrouper au moins un ou plusieurs établissements de santé (public ou privé), dont les instances . Une synthèse du projet médical d'imagerie de chaque établissement est souhaitée afin de comprendre le positionnement du PIMM dans la stratégie de l'établissement de santé et dans celle du GHT auquel il appartient ou dont il est partenaire, le cas échéant
- ✓ peut associer des professionnels médicaux de l'imagerie, volontaires pour se regrouper autour du (ou des) établissement(s) de santé, adhérant au projet à titre individuel ou par l'intermédiaire de leur(s) société(s) d'exercice professionnel.

Les membres du PMIM élaborent un projet de coopération qui doit prévoir les modalités selon lesquelles les professionnels contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé (PSES).

Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie à un GHT, la création d'un PIMM peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie (dans le cadre du GHT) ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention constitutive du GHT.

La structure porteuse :

Seule une structure avec une personnalité morale peut porter un tel dispositif.

Il peut s'agir d'un GCS existant ou à créer

En cas de constitution d'une nouvelle structure juridique, particulièrement un groupement de coopération sanitaire (GCS), le projet de convention constitutive doit être fourni, prêt à être signé par les parties et soumis à l'approbation du Directeur Général de l'ARS.

Si le projet est porté par une structure préexistante, telle qu'un GCS par exemple, sa convention constitutive doit être fournie. Elle doit prévoir la possibilité de créer un PMIM (ou tout au moins comporter dans les missions un item dans lequel la création et la gestion d'un PMIM puisse s'inscrire). Le projet d'avenant à cette convention, relatif à la création et gestion d'un PMIM, doit également être transmis, prêt à être signé par les parties et soumis à l'approbation de la Directrice générale de l'ARS.

Les engagements socles – obligatoires :

Les porteurs devront se positionner sur un certain nombre d'engagements inscrits dans leur projet médical de coopération :

- ✓ l'organisation des activités d'imagerie au sein du PMIM :
 - notamment la présence physique de radiologues dans les établissements pour certains actes (en particulier dans certaines indications d'échographie), pour l'annonce de pathologies potentiellement graves,
 - permettant d'augmenter le nombre de plages d'imagerie d'urgence et en période de PDSSES
- ✓ la qualité :
 - Participation aux filières de soins notamment les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) pour les pathologies cancéreuses ou autres filières pour des maladies à prise en charge complexe,
 - Pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés au sein du PMIM,
 - La gestion des risques liés aux soins, notamment en intégrant la radioprotection

- ✓ la permanence des soins en établissement de santé et/ou en ville
 - Participation à la PDES ou en ville en favorisant la mutualisation des lignes pour permettre une réponse adaptée aux besoins territoriaux et une répartition équitable de la charge de travail entre les professionnels de santé
- ✓ Les engagements optionnels
 - identification de plages de prestations spécialisées (imagerie pédiatrique, patients avec handicap, neuroradiologie, imagerie de dépistage)
 - possibilité de développer une proposition de télé-imagerie interne aux établissements qui composent le PIMM
 - participation de radiologues du PIMM aux différentes réunions d'animation de service et/ou à la formation,
 - mise en place de solutions innovantes (IA, protocole de coopérations...),
 - actions de formation médicale, paramédicale ou autres et/ou de recherche,
 - nomination d'un coordinateur de pôle et définition de ses missions.

Plus globalement, les projets de PMIM seront également appréciés au regard des éléments suivants :

- respect de la législation et la réglementation en vigueur,
- cohérence avec les objectifs et les impératifs du PRS,
- La complétude, l'intérêt et le niveau de précision du projet médical, notamment lorsqu'un établissement public de santé participe au projet, son lien avec la fonction mutualisée imagerie du projet médical partagé du GHT ; seront tout particulièrement analysées les propositions permettant d'assurer la continuité et la permanence des soins,
- La qualité et solidité des équipes médicales et paramédicales proposées pour le mettre en œuvre,
- La bonne interconnexion avec les systèmes d'information radiologique et de télésanté,
- La pertinence et les justifications de l'argumentation technique et financière, permettant de conclure que le projet du PIMM sera durablement viable et pilotable, robuste et équilibré entre ses partenaires,
- Les modalités et les critères d'évaluation du PIMM

Les autorisations seront accordées aux projets qui respectent les conditions relatives aux conditions de constitution des PIMM et à la structure du porteur de projet, spécialement la couverture du PIMM en termes de zone géographique et d'équipements, la dimension coopérative du projet (collaboration public/privé) et le modèle de financement.

La réponse et le calendrier:

Le dossier de candidature est accessible en ligne.

Il doit être accompagné des pièces annexes suivantes :

- ✓ copie des statuts ou projet de statuts ou projet d'avenant aux statuts de la structure porteuse,
- ✓ budget prévisionnel de la structure porteuse,
- ✓ extrait des décisions ou délibérations du ou des établissements de santé favorables à leur participation au projet de PMIM,
- ✓ synthèse du projet médical d'imagerie de chaque établissement impliqué et, pour les établissements publics, la description du volet fonction mutualisée imagerie du projet médical partagé du GHT.

Le dossier de candidature sera transmis à l'ARS exclusivement par mail « au plus tard lundi 2 février 2026 inclus, accusé de réception faisant foi ».

6-10 Nomination des nouveaux RU en CDU :

Le renouvellement des représentants des usagers (RU) dans les commissions des usagers (CDU) des établissements de santé publics et privés est arrivée à son terme.

Les établissements, les associations agréées et les RU désignés ont été informés par l'ARS.

L'annuaire des RU sur le site « ma santé en BFC » n'est pas encore mis à jour.

Bilan :

Pour les 548 établissements sanitaires : 2148 sièges étaient à pourvoir (2 titulaires et 2 suppléants par établissement), 130 n'ont pu être pourvus.

Ils devraient pouvoir être pourvus « au fil de l'eau » pour le temps de mandat restant à courir jusqu'au terme de la mandature 2025-2028.

Mise en place des nouvelles CDU :

✓ *Constitution de la CDU*

Conformément à l'article R 1112-84 du code de la santé publique « le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est **affichée dans l'établissement et transmise au DG de l'ARS** . Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les dispositions des articles R. 1112-91 à R. 1112-94 (concernent les plaintes et réclamations) et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement ».

✓ *Composition de la CDU :*

La CDU comprend (article R 1112-81) :

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet,
- deux médiateurs (un médiateur médecin, un non médecin) et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement,
- deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le DG de l'ARS,

Le règlement intérieur de l'établissement (non celui de la CDU) peut compléter la composition de la commission par :

- le président de la CME ou le représentant qu'il désigne,
- un représentant de la CSIRMT (commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques) et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers,
- un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement (aujourd'hui le CSE) en son sein,
- un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées (pour les établissements publics),

✓ *Présidence- vice-présidence :*

La présidence de la commission est assurée par le représentant légal de l'établissement, ou un médiateur, ou un représentant des usagers.

« Le président est élu, pour un mandat de 3 ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission » (article R 1112-81-1).

Nous ne pouvons qu'inviter les RU à se porter candidats à la présidence non par enjeu de pouvoir mais pour affirmer l'indépendance de la CDU.

Un vice-président est élu parmi les mêmes membres. Il est issu d'une autre catégorie de membres que celle du président. Son mandat est renouvelable deux fois.

✓ *Règlement intérieur et moyens de la CDU :*

« La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions »(art R 1112-89).

✓ *Les premières tâches de la nouvelle CDU*

La nouvelle CDU doit :

- élire son président et son vice-président,
- adopter son règlement intérieur : généralement la reconduction ou l'adaptation du règlement antérieur,
- désigner les RU pouvant siéger dans les instances intérieures (CLUD, Clan ..) si le règlement intérieur de l'établissement le prévoit et (pour les établissements publics) à l'instance d'expression des usagers du GHT.

Droits et obligations des RU :

✓ *La formation de base :*

Les RU sont soumis à une obligation de formation de base (article L 1114-1 du CSP), délivrée par les associations de représentants d'usagers agréées dont la liste est fixée par un arrêté ministériel. Cette formation est conforme à un cahier des charges fixé par arrêté ministériel.

Elle ouvre droit à une indemnité versée au RU par l'association assurant la formation, fixée à 100€ pour la totalité de la session. Cette indemnité ne peut être accordée qu'une seule fois quel que soit le nombre de mandats du représentant (article D 111-41 du CSP) .

Dans notre région cette formation est assurée par France Assos Santé BFC (cf. infra)

✓ *Les obligations déontologiques :*

Les membres sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Les membres qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause. Le membre concerné peut être remplacé par son suppléant.

✓ *Indemnisation :*

Les RU exercent bénévolement leur mission mais ils « sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission (art R 1112-90 csp)

Pour mieux faire connaître les RU :

Pour accompagner cette nouvelle mandature, France Assos Santé (FAS) met à la disposition des établissements un kit de présentation des représentants des usagers à destination du grand public, des patients et des professionnels.

Ce kit est inspiré du modèle national, créé par France Assos Santé, et adapté avec des outils propres à notre région pour :

- ✓ mieux faire connaître les représentants des usagers et leurs missions,
- ✓ faciliter la communication avec des outils prêts à l'emploi,
- ✓ renforcer la démocratie en santé en valorisant la présence des représentants des usagers dans les établissements.

Les outils :

Il contient des supports variés et adaptés aux différents lieux et événements de la vie des établissements de santé dont :

- ✓ un dépliant et une capsule vidéo à destination du grand public pour expliquer le rôle des RU et comment les contacter,
- ✓ Une affiche pour une communication visuelle efficace,
- ✓ Un marque-page pour sensibiliser les patients et leurs proches,
- ✓ Un set de table contenant un quiz sur les droits en santé, à destination des patients et des professionnels,
- ✓ Un document en facile à lire et à comprendre pour présenter le RU,
- ✓ Un texte de présentation des RU, utilisable sur les supports numériques (site web, newsletter...).

Ces outils sont téléchargeables et en impression libre et personnalisables par les établissements de santé ou disponibles, pour certains, sur commande auprès de la délégation France Assos Santé BFC.

La diffusion :

FAS a sollicité le concours des 3 fédérations d'établissements pour faire connaître ce kit de leurs adhérents.

Bien sûr les RU eux-mêmes peuvent intervenir auprès des directions des établissements pour les inviter à se saisir de ce kit pour valoriser leur rôle au sein de leurs établissements.

Pour accéder à ce kit :

https://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/sites/5/2025/11/BFC_Kit_RU_presentation.pdf

Les prochaines formations de France Assos Santé :

« RU en avant » est la formation de base imposée aux nouveaux RU, proposée par France Assos Santé (FAS).

✓ *Objectifs de la formation :*

Cette formation répond à 4 objectifs :

- comprendre le système de santé et ses enjeux pour agir en faveur des usagers,
- identifier les principales composantes du mandat de représentation dans les différentes instances,
- savoir élaborer et défendre des positions d'usagers dans une approche transversale
- mobiliser les outils et ressources du RU pour agir collectivement

✓ *Modalités :*

Conformément au cahier des charges national, cette formation se déroule sur 18h : 2 jours en présentiel, 1 module en e-learning de 3h et une classe virtuelle de 2h.

Cette formation est gratuite ; le déjeuner et les frais de déplacement sont pris en charge par FAS. En cas d'éloignement géographique, la nuitée précédant la journée de formation, peut être prise en charge sur demande préalable.

✓ *Dates et lieux :*

- 2 et 3 février : Dijon, classe virtuelle le 1^{er} avril de 10 h à 12h
- 18 et 19 juin à Besançon, classe virtuelle le 16 septembre, de 14h à 16h
- 8 et 9 octobre à Dijon, classe virtuelle le 9 décembre de 14h à 16h
- 3 et décembre à Auxerre, classe virtuelle le 3 février 2027 de 10h à 12h

✓ *Inscription :*

Une pré-inscription en ligne est nécessaire compléter le questionnaire.

<https://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/formations/>

Le candidat à la formation doit compléter un questionnaire d'identification et en retour par mail, il reçoit un lien et des tutos explicatifs pour accéder à son « espace participant » via l'outil e-parcours et ainsi compléter ses attentes et besoins.

Pour plus de renseignements ou en cas de difficultés pour s'inscrire, ne pas hésiter à contacter :

Elodie HONG-VAN correspondante formation

Tél. : 03-80-49-19-37 Port : 06-76-55-08-15

Mail : ehongvan@france-assos-sante.org

NB :FAS propose d'autres formations destinées aux RU comme par exemple : devenir président de la commission des usagers : consulter le site.

6-11 RU en conseil de surveillance : 2° vague

Pour mémoire les conseils de surveillance des établissements publics de santé sont constitués de 3 collèges de 3 ou 5 personnes selon le statut.

- ✓ Collège1 : représentants des élus ,
- ✓ Collège 2 : représentants des personnels de l'établissement (CME, CSIRMT et syndicats)
- ✓ Collège 3 : personnes qualifiées (PQ)
 - si 9 membres : 3 sièges : 1 PQ-non RU désigné par le DGARS, 2 PQ-RU désignés par le préfet,
 - si 15 membres : 5 sièges : 2 PQ-non RU désignés par le DGARS, 3 PQ désignées par le préfet dont 2 PQ-RU.

La durée du mandat est de 5 ans.

En juillet, l'ARS a lancé un appel à candidatures pour le renouvellement des RU dans 23 établissements répartis sur les 8 départements de la région.

Elle vient de lancer un nouvel appel à candidatures pour une 2° vague de renouvellement dans les 23 établissements suivants :

- ✓ Côte-d'Or : CH de Beaune, CH de Haute Cote d'Or (Chatillon/Seine, Montbard, Saulieu, Vitteaux , Alise Ste Reine)
- ✓ Doubs : CH de Morteau
- ✓ Jura : CH de Morez, Dole, EPSM de Dole St Ylie
- ✓ Haute Saône : GH 70
- ✓ Saône et Loire : CH d'Autun, Bourbon Lancy, Chagny, Louhans, Montceau les Mines, Tournus, Chalon sur Saône, Macon, du Clunisois (Cluny et Tramayes), La Guiche, EPSM de Sevrey,
- ✓ Nièvre : CH de La Charité / Loire, EPSM Pierre Loo (La Charité/Loire), CH de Château Chinon, Lorme, Nevers

Les candidatures doivent être déposées par les associations agréées sur la plateforme « démarches simplifiées » dans les même conditions que pour la 1° vague (cf. lettre n° 84 d'aout)

6-12 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

1- *Hôpitaux et établissements médico-sociaux : emplois de direction vacants :*

Emplois de directeurs des soins

- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, Pierre-Lôo-EPSM de la Nièvre, CLD de Luzy, CLS de Saint-Pierre-le-Moûtier, deux emplois de :
 - directeur des soins, coordonnateur général des instituts de formation

- directeur des soins, chargé de la coordination des soins du centre hospitalier Pierre Lôo
- GH 70 : un emploi de coordonnateur général des soins adjoint ,

Emplois de directeur d'établissement :

- CH « Jura Sud » à Lons-le-Saunier, de Saint-Claude et de Morez

2- Administration préfectorale :

M. Franck Robine (ex préfet de région BFC, ex directeur de cabinet de Bruno Retailleau) a été nommé préfet de la région Bretagne, préfet de la zone de défense et de sécurité Ouest, préfet d'Ille-et-Vilaine (JO du 20/11).

3- Vesoul : nouvelle vie pour l'ancien hôpital

Comme beaucoup de villes, Vesoul s'est trouvée confrontée au devenir des locaux de son ancien hôpital du XVII^e, après construction de son nouvel établissement.

Cette bâtisse de 10 000 m² édifiée en 1602, est désaffectée depuis plus de dix ans. Elle a été rachetée par le groupe associatif Handy Up.

Le groupe Handy Up :

Le groupe est né de la fusion en 2019 de l'Adapei de Haute Saône et de l'AGEI de Côte d'Or. Il intègre également l'association tutélaire de Hte Saône et l'association IDOINE organisatrice de séjours de vacances adaptés

Avec un total de 1 103 salariés, il accompagne 18 000 personnes handicapées et leurs parents. Il compte 33 établissements et services répartis en 3 secteurs. :

- ✓ enfance : avec 3 pôles à Gray Héricourt et Luxeuil
- ✓ hébergement : MAS de Lure
- ✓ travail : avec des ESAT, entreprises adaptées (EA) et services d'activités en temps partagé (SATP) à Bezouotte (21), Arc les Gray, Vesoul, Héricourt, St Sauveur et Gevigney

Le projet :

Il est de faire, d'ici 2030, un hôtel de standing et 2 restaurants.

L'association pense créer 70 emplois dans ce nouvel établissement, tous métiers confondus, dont la moitié sera réservée aux personnes en situation de handicap qui pourront travailler en cuisine, à la restauration, à l'accueil, au ménage, ou encore à la téléphonie.

Le projet qui prend le nom de Castel Vesulium a été confié au Groupe parisien MAES Architectes Urbanistes, spécialisé dans l'hôtellerie et dans la restauration d'anciens bâtiments.

Dans la chapelle, prendra place une brasserie, et dans les caves voutées : le restaurant semi-gastronomique. Chaque élément doit générer son propre chiffre d'affaires.

Le parc, devrait perdre son bitume, être planté d'arbres, et ouvert au public.

Le cout des travaux est évalué à 20M€.

7 Brèves :

1- PLFSS : la course contre la montre

Les deux lois de finances: PLF pour l'Etat et PLFSS pour la Sécurité sociale, doivent être promulguées avant le 31 décembre pour pouvoir entrer en vigueur le 1^{er} janvier et respecter les délais imposés par la Constitution.

C'est donc une véritable course contre la montre qui s'engage dont voici les principales étapes :

4 novembre : après l'échec d'un consensus au sein de la commission des affaires sociales de l'assemblée, le texte initial est arrivé en discussion plénière

8 novembre : l'assemblée adopte la partie recettes du PLFSS à une courte majorité (176 pour, 161 contre, 58 abstentions). Un rejet aurait coupé court aux débats, envoyant le texte entier au Sénat dans sa version initiale,

12 novembre : le vote solennel n'a pu avoir lieu avant cette date limite puisque le débat sur la partie dépenses n'a pu arriver à son terme,

13 novembre : début de l'examen par le sénat en commission des affaires sociales

19 novembre : début des débats en séance publique au sénat,

26 novembre : scrutin solennel par le sénat, suivi de la réunion de la commission mixte paritaire (7 députés et 7 sénateurs) qui n'a pu se mettre d'accord sur un texte commun,

29 novembre : retour du texte à la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale,

2 décembre : débat en séance plénière de l'assemblée nationale,

12 décembre : date butoir pour adopter définitivement le PLFSS par les 2 chambres. Après le vote définitif par le Parlement, il est probable que le Conseil constitutionnel soit saisi pour en vérifier la constitutionnalité. Dans l'urgence, il pourrait se prononcer en huit jours.

31 décembre : date limite de promulgation.

2- PLFSS : ce qu'a voté l'assemblée nationale

On finit par s'y perdre : mais finalement qu'est ce qui a été voté par l'assemblée nationale ? pour répondre à la demande de lecteurs nous avons tenté de faire le point avec l'aide (bienvenue) du « Monde ».

✓ *Les retraites :*

- Suspension de la réforme Borne des retraites (255 pour, 146 contre, 104 abstentions)
- Trois mesures d'amélioration des pensions de retraite des mères ayant eu des enfants (unanimité),

✓ *Mesures touchant les particuliers :*

- dégel du barème de la CSG pour les retraités
- hausse de la CSG sur les revenus du patrimoine
- maintien de l'exonération de cotisations pour les apprentis
- exonération de l'aide aux crédits immobiliers accordée aux salariés
- rejet du ,gel des prestations sociales
- création d'un congé d'un congé supplémentaire de naissance

✓ *Santé et alimentation :*

- création du réseau « France Santé »
- obligation du nutri- score
- maintien de la visite obligatoire post congé de maternité
- élargissement de la taxe sur les boissons énergisantes alcoolisées jusqu'à 25 % d'alcool.
- participation aux frais de santé pour les non européens
- maintien du régime des ALD non exonérantes
- taxe sur l'hexane (0,3cts /litre)
- rejet de l'extension des participations forfaitaires aux consultations chez le dentiste
- rejet des obligations vaccinales
- Prise en charge d'une consultation longue sur la ménopause
- Rejet de la régulation des arrêts de travail
- Plafonnement des actes médicaux présentant « une rentabilité excessive »
- Un milliard d'euros supplémentaire pour les dépenses de santé

✓ *Mesures touchant les entreprises :*

- rejet de la taxe sur les complémentaires santé
- hausse de la contribution patronale sur les ruptures conventionnelles et les mises à la retraite
- élargissement de la déduction forfaitaire liée aux heures supplémentaires
- recentrage de l'aide à la création ou la reprise d'entreprise (ACRE) : exonération totale de certaines cotisations durant leurs douze premiers mois d'activité, limitée à certains entrepreneurs (jeunes, demandeurs d'emploi),
- Suppression puis rétablissement de la C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés) : taxe de 0,16 % sur le chiffre d'affaires des grandes entreprises (plus de 19 millions de chiffre d'affaires), destinée à financer la Sécurité sociale.

3- PLFSS : et au sénat ?

Les débats au sénat sont moins médiatiques que ceux de l'assemblée nationale.

Le 25 novembre au soir, les sénateurs ont abouti à une copie différente de celle des députés. Ils ont essentiellement défait ce que les députés avaient fait auparavant et qu'ils referont très probablement après l'échec de la commission mixte paritaire, et une nouvelle lecture par chaque chambre avec le dernier mot à l'assemblée nationale.

Nous avons pu relever les votes suivants :

- ✓ rétablissement de la réforme des retraites (25 novembre). Ce n'est pas une surprise !
- ✓ rétablissement de l'année blanche pour les prestations sociales sauf pour l'AAH et les retraités dont la pension est inférieure à 1 400 € brut,
- ✓ rétablissement de la taxe de 1 milliard sur les complémentaires santé,
- ✓ rejet de la limitation des arrêts de maladie, et maintien de interdiction de tout renouvellement de ces arrêts par télé-médecine.
- ✓ rejet de toute obligation vaccinale contre la grippe pour les résidents en EHPAD, mais maintien pour certains professionnels de santé,
- ✓ rejet de l'obligation d'affichage du nutri-score,
- ✓ création du nouveau congé de naissance permettant aux parents de prendre jusqu'à deux mois supplémentaires chacun pour accueillir leur enfant à partir du 1^{er} janvier 2027,
- ✓ rejet du doublement des franchises médicales et des plafonds (comme les députés) ce qui n'empêchera pas le gouvernement de les rétablir par décret comme il l'a fait une première fois en 2024
- ✓ opposition au réseau « France Santé » (130M€ proposés par le gouvernement) qualifié d' « opération d'affichage politique »
- ✓ vote défavorable à l'ONDAM à +1,6% en dépit des 850 millions d'euros pour les hôpitaux et les cliniques ajoutés par le gouvernement lors des débats à l'Assemblée

A l'issue du vote solennel intervenu le 26, la commission mixte paritaire n'a pu élaborer un texte commun.

La navette parlementaire a donc repris , avec un retour du texte à l'Assemblée le 29.

4- Vaccination contre la grippe : obligation ?

Le 8 novembre, les députés ont rejeté (108 contre 95) l'article 20 du PLFSS rendant obligatoire la vaccination contre la grippe pour les résidents des EHPAD et certains professionnels de santé. A cette occasion la ministre a rappelé que 82% des résidents en EHPAD sont vaccinés et seulement 25% des soignants, et que certaines vaccinations (diphtérie, tétanos, polio, hépatite B) sont obligatoires pour les soignants .

Le 23 novembre, le sénat a rétabli la vaccination obligatoire contre la grippe des soignants exerçant à titre libéral,

Le débat que nous avons connu au moment de la crise covid reprend néanmoins entre professionnels, associations d'usagers et d'établissements et les infectiologues experts.

La HAS doit exprimer au printemps une recommandation pour rendre obligatoire en 2026 la vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé exerçant dans les structures hospitalières.

5- Le nutri-score obligatoire ?

Le 7 novembre, l'assemblée nationale a adopté l'obligation d'afficher le nutri-score, sauf pour les produits du terroir, labellisés AOP, assortie d'une taxe pour les entreprises récalcitrantes. L'objectif est de lutter contre les aliments trop gras, trop sucrés, trop salés dans les produits transformés.

Mais le 21 novembre, et avec l'avis favorable du gouvernement, les sénateurs ont rejeté (212 voix contre 117) cette disposition. A suivre.

6- Le plafonnement des arrêts de maladie :

Les arrêts de maladie représentent 11 milliards d'euros en 2024, et une hausse de 6 % par an depuis cinq ans.

Dans le PLFSS le gouvernement avait inscrit le plafonnement de la durée des arrêts de maladie à 15 jours pour la médecine de ville et un mois pour l'hôpital, avant de proposer un amendement renvoyant la fixation de la durée à un décret.

Les députés avaient admis ce plafonnement et réintroduit la durée dans le corps de la loi.

Le 24 novembre les sénateurs, favorables à la liberté de prescription des médecins, ont rejeté cette proposition et ont voté un amendement interdisant tout renouvellement par télémedecine, malgré l'opposition du gouvernement.

La loi prévoit déjà de limiter à 3 jours tout arrêt de travail prescrit par la télémedecine.

7- Médecins libéraux : appel à la grève à partir du 5 janvier

Les 7 syndicats de médecins libéraux les plus représentatifs ont lancé, le 26 novembre, un mot d'ordre unitaire aux généralistes, spécialistes, internes et étudiants en médecine pour se mettre en grève à partir du 5 janvier pour protester contre la loi de finances de la sécurité sociale (pas encore votée).

Ils appellent à ne pas signer les contrats d'engagement France Santé, à ne plus alimenter le DMP à partir du 3 décembre et à participer à une grande manifestation à Paris le 7 janvier.

Le syndicat Le Bloc, a par ailleurs annoncé une grève des chirurgiens entre les 5 et 19 janvier.

8- Médecine esthétique : encadrement

La médecine esthétique, qui se distingue de la chirurgie esthétique, recouvre de nombreuses pratiques, par exemple des injections de botox ou des implants capillaires.

L'encadrement de cette pratique est double : freiner la ruée des jeunes praticiens vers ce secteur lucratif et renforcer la formation afin de mieux garantir la sécurité des patients.

Dans le cadre du débat sur le PLFSS, l'Assemblée nationale, voté un amendement pour soumettre la pratique de la médecine esthétique à une autorisation de l'ARS, délivrée pour cinq ans, renouvelables, mais les sénateurs ont souhaité donner la main à « l'ordre compétent » pour délivrer cette autorisation.

9- Fin de vie : suite

✓ *Le calendrier :*

Finalement le sénat devrait examiner les 2 projets de loi sur la fin de vie à partir du 12 janvier.

Les débats risquent d'être moins consensuels qu'à l'assemblée, car le groupe LR première force du sénat, est très réservé sur la création d'une aide à mourir, et pourrait modifier le texte.

Pour rester optimiste, le texte pourrait revenir à l'assemblée nationale en février.

Deux lectures dans chaque chambre seront nécessaires avant d'envisager une adoption définitive de ces textes érigés en priorité du deuxième quinquennat d'Emmanuel Macron.

Le député Olivier Falorni, à l'origine des propositions de loi, et l'ancien journaliste Charles Biétry, atteint de la maladie de Charcot, ont demandé, le 4 novembre, à Emmanuel Macron d'organiser un référendum sur ces textes avant l'été, faute d'adoption parlementaire. Le

Président avait lui-même évoqué en mai un référendum, en cas d'« *enlisement* » au Parlement, tout en précisant qu'il le ferait « *avec beaucoup de précaution* ».

✓ *Les juges et les médecins*

Dans la précédente lettre nous rapportions la décision du tribunal administratif de Melun saisi par la famille d'un patient atteint de lésions cérébrales, liées à deux arrêts cardiaques, qui l'ont privé de toute autonomie et de la faculté à s'exprimer, de faire obstacle à la décision des médecins de l'Institut Gustave Roussy (IGR) de Villejuif d'interrompre les traitements.

Le 3 novembre, le Conseil d'Etat, saisi en appel par l'IGR, a annulé la décision du tribunal administratif.

Il a considéré que le recours à une assistance à la respiration relève de l'« obstination déraisonnable », dès lors qu'il n'existe aucun espoir qu'il retrouve ses capacités cérébrales et que la dégradation de son état de santé, liée à un cancer de la gorge traité mais désormais incurable, est « irréversible ».

Aussitôt les avocats de la famille ont déposé une requête devant la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) demandant la suspension de la décision du Conseil d'Etat, ainsi qu'une nouvelle expertise neurologique.

In fine la patient a été transféré en Algérie le 13 novembre par un avion affrété par sa famille.

✓ *Le projet d'une médiation :*

En cas de désaccord entre l'équipe médicale qui décide une limitation ou un arrêt de traitement » (LAT), et la famille, celle-ci n'a d'autre recours que de saisir la justice en déposant un référé-liberté devant le tribunal administratif.

Depuis 2017, les hôpitaux sont tenus de respecter un délai avant de mettre en œuvre une décision de LAT afin que les proches informés puissent saisir la justice.

Entre 2013 et 2022, 76 référés ont été examinés par les tribunaux qui ont jugé que la LAT était « *légale* » dans la moitié des cas ; « *illégal* » dans plus d'un tiers.

Les familles ont bien la possibilité de saisir le médiateur de l'hôpital, mais son impartialité n'est pas garantie d'où l'idée d'intégrer dans le projet de loi une possibilité de médiation. Les députés ne l'ont pas retenue le 19 mai, et le collectif Handicaps, qui regroupe 54 associations nationales, compte préconiser des amendements pour la réintégrer dans le texte lors de son examen en janvier 2026 au Sénat.

Chaque médiation devrait mobiliser au moins un médecin et une personne non médicale, choisis dans un « vivier de personnes rompues à l'écoute bienveillante, et aux questions éthiques aptes à intervenir de manière bénévole sur tout le territoire ».

✓ *Accompagnement des souffrances et de la fin de vie : la position du CNOM :*

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) a organisé, le 5 novembre, une nouvelle édition des « Débats de l'Ordre », consacrée à l'accompagnement des souffrances et de la fin de vie.

Les débats ont porté sur 4 questions :

- Soins palliatifs : quel bilan et quelles perspectives ?
- Soins palliatifs : quels enjeux économiques et sociaux ?
- Suicide assisté et euthanasie d'exception : quelles frontières ?
- Aide à mourir : quels choix pour la relation médecin-patient ?

À travers ces échanges, le CNOM réaffirme son engagement à promouvoir une réflexion éthique, collective et éclairée sur la fin de vie. Il insiste sur la nécessité d'être entendu dans les

discussions à venir pour garantir la sécurité du patient et la protection du médecin qui demeure au cœur de cet accompagnement..

10- « L'observatoire de la santé par les usagers » : un nouvel outil de France Assos Santé

L'Observatoire de la santé par les usagers a pour vocation de recenser, valoriser et diffuser les études produites par France Assos Santé et ses associations membres.

Ces études rendent compte de l'expérience des usagers, des inégalités d'accès, des parcours de soins, de l'exercice de la démocratie en santé, et bien d'autres sujets essentiels. En les rassemblant, l'observatoire donne à voir la richesse des travaux menés sur le terrain, et facilite leur consultation par toutes et tous : citoyens, professionnels, institutions, chercheurs.

Différents filtres permettent d'explorer les études par thématique, pathologie, territoire ou association.

<https://www.france-assos-sante.org/observatoire-de-la-sante-par-les-usagers/>

11- Déserts médicaux : le CNOM et les départements unissent leurs forces

Le 30 octobre, « Départements de France » (présidé par François Sauvadet) et le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom) ont signé une convention.

Les deux institutions affirment une vision commune : rétablir la confiance entre les citoyens, les élus et les soignants.

La convention ouvre la voie à des actions concrètes et concertées :

- ✓ Renforcer la santé de proximité par la création de dispositifs coordonnés entre conseils départementaux et conseils départementaux de l'Ordre des médecins,
- ✓ Développer la télémédecine territoriale, dans un cadre maîtrisé, éthique et respectueux du lien entre le patient et son médecin,
- ✓ Améliorer l'attractivité des territoires pour les jeunes praticiens, en travaillant sur le logement, l'emploi des conjoints, l'accueil des familles et les conditions d'exercice ?
- ✓ Construire des réponses coordonnées en santé mentale et en protection de l'enfance, domaines au cœur des missions départementales,
- ✓ Affirmer le département comme échelon de référence pour l'organisation de la santé de proximité, en lien avec les autres acteurs publics, institutionnels, et professionnels de santé et professions réglementés.

Cette démarche s'inscrit dans une réflexion politique plus large sur la décentralisation de la santé. Pour les 2 institutions, l'échelle départementale est la seule capable de concilier proximité, équité et efficacité.

12- « Salles de shoot » : le sursis

Les « haltes soins addictions » (HSA) plus communément appelées « salles de shoot » créées à titre d'essai en 2016 à Paris et Strasbourg devraient fermer au 31 décembre si la loi ne prévoit rien.

Le 8 novembre, les députés ont approuvé la proposition du gouvernement, non pas d'inscrire les HSA dans le droit commun, mais de proroger l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2027.

Dans une tribune publiée dans Le Monde du 6 novembre, un collectif d'une quarantaine de médecins addictologues et psychiatres, dont une grande part d'hospitalo-universitaires, considère que « la fermeture des salles de consommation de drogue serait une catastrophe sanitaire et sociale » et que « revenir en arrière serait une faute morale et une erreur historique. Aucun pays n'a fait ce choix. La France ne peut pas être le premier ».

13- Radiologues en grève :

Après les pharmaciens, s'il est une catégorie de professionnels que l'on ne voit pas souvent faire grève ce sont bien les radiologues libéraux.

À l'appel de la Fédération nationale des médecins radiologues (FNMR), de nombreux radiologues libéraux ont fermé leur cabinet le lundi 10 novembre pour dénoncer de nouvelles baisses tarifaires imposées par l'assurance maladie ? estimées à 300 M€ d'ici 2027.

Pour mémoire un rapport conjoint IGAS et IGS intitulé « pertinence et efficacité des dépenses de radiologie » a été publié en avril dernier (cf. lettre

<file:///C:/Users/33770/Downloads/Pertinence%20et%20efficacite%20des%20d%C3%A9pense%20de%20radiologie-1.pdf>

Parmi les 17 recommandations de ce rapport, on peut noter :

- ✓ réduire forfaitairement l'ensemble des montants des forfaits techniques (FT),
- ✓ réduire le montant du FT pour les secondes et troisièmes machines installées sur une même autorisation d'implantation et relever le nombre d'actes inscrits aux seuils de dégressivité afin de contenir l'incitation financière à l'installation de nouvelles machines
- ✓ allonger la durée avant dégressivité du FT dit « amorti » des EML,
- ✓ réguler les dépassements d'honoraires des radiologues en secteur 2 : fermeture du secteur 2 aux nouveaux entrants, plafonnement du taux de dépassements d'honoraires admis.

Parallèlement « études et résultats » de décembre 2024 publié par la DREES, consacré aux revenus des médecins libéraux entre 2017 et 2021 :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1322.pdf>

nous apprend que « parmi les plus hauts revenus annuels moyens, se distinguent particulièrement ceux des radiothérapeutes (417 500 euros), des médecins nucléaires, (283 300€) et des radiologues (212 700 €) » devant les ophtalmologistes, les anesthésistes-réanimateurs.

On aurait mieux compris une grève des radiologues du secteur public.

14- « Mon soutien psy » contesté :

Lancé en 2022, le dispositif « mon soutien psy » permet aux patients souffrant d'une anxiété ou d'un trouble dépressif « léger » d'accéder à 12 séances avec un psychologue libéral conventionné. Les consultations sont facturées 50 euros, dont 30 euros sont pris en charge par l'Assurance-maladie, le reste par la complémentaire santé.

Ce n'est pas la 1^o fois qu'il est contesté par les psychologues eux-mêmes.

Cette fois, c'est dans une lettre ouverte publiée dans Le Monde du 10 novembre, que la « Convergence des psychologues en lutte », qui affirme rassembler « un quart de la profession » considère que le dispositif « est inadapté » et « rate sa cible ».

Des objectifs non atteints :

Elle indique que 4,8 consultations (sur 12) sont « consommées en moyenne », que 75 % des patients sortent du dispositif avant la huitième séance et que seulement 10 % des bénéficiaires sont en situation de précarité, loin des ambitions initiales.

Selon des données communiquées en septembre par l'Assurance-maladie, 6 700 psychologues sont conventionnés pour participer à ce dispositif contre 4 000 à la fin de 2024. Plus de 845 000 patients ont bénéficié de consultations, pour 4,7 millions de séances réalisées au total.

Au détriment d'autres dispositifs plus performants :

La fédération des psychologues regrette que du fait de l'existence de « mon soutien psy » d'autres dispositifs pertinents et efficaces perdent leur financement.

Cela provoquerait « des ruptures de soin dramatiques » et l'arrêt de services composés de « psychologues compétents, formés, qui travaillaient en équipe », avec une expertise précise (périnatalité, cancérologie, handicap...).

Enfin, elle soutient que le budget consacré au dispositif, 170 millions d'euros en 2024, « permettrait de créer entre 2 500 et 4 000 postes » dans le secteur public, submergé de demandes.

15- La carte vitale dématérialisée se généralise :

Depuis le 18 novembre , la carte vitale dématérialisée (disponible sur iOS et Android) est généralisée à l'ensemble du territoire même sans disposer d'un compte « France identité ».

Selon la CNAM :

- ✓ depuis le début 2024, 1,8 million d'assurés avaient déjà activé leur e-carte vitale,
- ✓ 60 % des pharmacies ont déjà fait au moins une fois l'usage de cette application,
- ✓ un médecin sur 5 a déjà fait au moins une feuille de soins électronique avec l'application carte vitale.

A noter que l'Assurance-maladie accompagne à hauteur de 280€ l'achat de l'équipement pour les médecins.

16- A qui profite le vaccin ?

A celui qui le reçoit bien sûr : il le protège de la maladie , à celui qui le délivre, et à celui qui l'administre qui reçoit un honoraire (et qui peut être le même : le pharmacien), mais aussi au médecin traitant, qui au mieux l'a prescrit.

La crise covid a assoupli le monopole de la vaccination en reconnaissant au pharmacien la compétence pour l'administrer, moyennant un honoraire de 7,5€, ce qui constitue une réelle simplification pour l'utilisateur.

A l'occasion de sa vaccination contre la grippe, l'un de nos lecteurs a appris de son pharmacien, que son médecin traitant toucherait une rémunération de 5€ sur l'acte .

Nous avons voulu vérifier en nous reportant à la convention médicale de 2024-2029 du 4 juin 2024.

Elle nous apprend qu'en sus du montant de la consultation, le médecin traitant reçoit un forfait médecin traitant (FMT) versé annuellement et « cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie ».

Il est modulé en fonction des caractéristiques du patient : âge ou ALD (ex un patient de 80 ans en ALD : 100€).

Il est majoré pour les patients en situation de précarité (bénéficiaires de la C2S), en situation de handicap, et pour la prévention.

Celles-ci sont calculées sur la base de 15 indicateurs répartis sur les domaines de la vaccination (grippe, covid, ROR, HPV ...), du dépistage (cancer, diabète, maladie rénale chronique), et du suivi (diabète, consultation obligatoire de l'enfant).

Chaque indicateur fait l'objet de conditions complexes.

« Le montant de la rémunération par indicateur et par patient est fixé à 5 euros » (article 23-6 de la convention).

Le FMT comporte encore bien d'autres majorations que celles pour la prévention.

17- Gratuité des parkings hospitaliers :

Trois propositions de lois (PPL) sur la gratuité des parkings hospitaliers ont été déposées par les députés :

- ✓ proposition de loi « visant à garantir la gratuité totale des parkings des établissements publics de santé » déposée le 11 juillet par le groupe LFI,
- ✓ proposition de loi « relative à la gratuité des parkings d'hôpitaux publics » déposée le 16 septembre par le RN,
- ✓ proposition de loi « visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail » déposée par le PS.

Si d'apparence les titres des différentes PPL semblent proposer le même objectif, quelques différences existent sur la manière de mettre en place cette gratuité.

La DGOS procède actuellement à une étude comparative avec la FHF et France Assos Santé.

18- Les « Etats généraux de la santé et de la protection sociale »

Le 17 novembre, la Mutualité Française et six autres organisations (FEHAP, CFDT, Uniopss...), ont lancé des états généraux visant à faire du système de santé et de protection sociale un enjeu majeur de la présidentielle de 2027.

<https://www.mutualite.fr/communiqués-de-presse/la-mutualite-francaise-lance-les-etats-generaux-de-la-sante-sociale-et-de-la-protection-sociale-une-concertation-offrir-un-avenir-durable-a-notre-systeme-de-solidarite/>

Les 3 phases :

Ces états généraux se dérouleront en 3 phases :

✓ *La consultation citoyenne*

Une phase consultative se déroulera du 17 novembre au 17 février 2026, sur tout le territoire français. Les citoyens et les professionnels de santé et de l'accompagnement sont invités à participer à la consultation disponible en ligne et sans inscription. Cette consultation numérique fera l'objet d'une restitution fin février 2026.

✓ *La co-construction :*

S'appuyant sur les contributions recueillies en ligne (constats, priorités, intuitions) une phase de co-construction (mars – juillet 2026) permettra de formaliser des solutions pour contribuer à la rénovation du système dans sa globalité.

Pour favoriser l'émergence de celles-ci, cette phase sera composée d'**ateliers en régions**, de groupes de travail nationaux et d'une convention démocratique.

✓ *La convergence :*

Le dispositif se terminera par une phase de convergence (juillet – novembre 2026) permettant d'aboutir, lors d'un **forum national**, à une liste de propositions concrètes et utiles au débat public alors que 83% des Français assurent que les propositions que feront les candidats à la présidentielle dans ce domaine auront un impact important sur leur vote.

Pour répondre à la consultation :

15 à 20 minutes sont nécessaires pour répondre au questionnaire. Les contributions sont anonymes et enregistrées automatiquement. Il n'est pas obligatoire de répondre à l'ensemble des questions. Il est également possible de répondre par note vocale aux questions ouvertes. Pour participer :

<https://www.placedelasante.fr/>

19- Santé mentale « Grande cause nationale » bis :

Par un communiqué du 27 novembre, Matignon a annoncé que la « grande cause nationale » 2026 sera, comme en 2025, consacrée à la santé mentale, avec des « actions plus concrètes ». Il est vrai que la grande cause nationale 2025 a été assez discrète, se limitant à quelques spots télévisés et articles de presse visant à déstigmatiser la maladie mentale.

20- (dernière minute) Arrêts de travail : télécontrôle

Après des tests menés dans 3 régions, l'Assurance Maladie généralise à compter de décembre 2025 la possibilité de télécontrôle des arrêts de travail, sous la forme d'une visioconférence sécurisée entre un médecin-conseil et un assuré.

Dans quels cas :

Le télécontrôle est possible en cas d'un arrêt de travail, d'un accident de travail, d'une maladie professionnelle ou de certaines demandes d'invalidité.

Les 3 étapes du contrôle :

- ✓ Étape 1 : 2 jours avant le télécontrôle, l'assuré reçoit un courriel sur sa messagerie personnelle, précisant la date et l'heure du rendez-vous et les modalités de connexion. Un SMS de notification lui est aussi adressé,
- ✓ Étape 2. La veille du télécontrôle, l'assuré reçoit un courriel et un SMS lui rappelant la date et l'heure du rendez-vous,
- ✓ Étape 3. Le jour J, l'assuré se connecte à la visioconférence, depuis l'appareil de son choix (smartphone, tablette ou ordinateur), pour échanger avec le médecin-conseil.

À noter : en cas d'absence justifiée ou en cas de refus de télécontrôle, un rendez-vous en présentiel est programmé.

8 Publications et bibliographie :

1- « *L'autre visage du progrès* »

Sous-titre : « regards croisés sur les vulnérabilités liées à la santé ».

Sous la direction de Régis Aubry et Lucas Peutot.

Editions du Cavalier Bleu -Novembre2025- 206 pages- 21 €

Cet ouvrage constitue les actes du colloque « regards croisés sur les vulnérabilités liées à la santé » organisé le 20 novembre 2024 à Dijon par l'IPVS (institut pour la prévention des vulnérabilités liées à la santé).

Ils ont été augmentés des contributions de plusieurs personnes qui n'ont pu intervenir à ce colloques.

2- « *La délivrance à l'unité des médicaments* » (Cour des comptes)

La cour des comptes a remis en novembre, à la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, une communication sur le thème : « la délivrance à l'unité des médicaments : une pratique à développer de manière sélective » (89 pages).

La cour propose 8 recommandations dont

- ✓ fonder, d'ici à la fin de 2027, la rémunération officinale de la délivrance de médicaments (honoraires) sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues,
- ✓ réglementer, d'ici à la fin de 2027, la quantité de médicaments à délivrer au commencement ou en phase d'ajustement d'un traitement chronique ou onéreux,
- ✓ instituer, d'ici à la fin de 2027, une tarification (marge et honoraires) du médicament à l'unité pour la vente au public, indépendante et complémentaire de la tarification à la boîte,
- ✓ définir, en 2026, un cadre juridique pour la préparation des doses à administrer comme mode de délivrance à l'unité et appliquer la tarification correspondante

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-11/20251107-La-delivrance-des-medicaments-a-l-unite.pdf>

3- « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses* » (CNAM)

Conformément à la loi du 13 août 2004, la CNAM a remis en juillet, son rapport annuel au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026 sous les titre « **Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses** » *propositions de l'assurance maladie pour 2026* » (291 pages).

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf

4- « Guide d'implémentation de l'éthique dans les systèmes d'IA en santé »

La Délégation au numérique en santé (DNS), à travers sa cellule éthique et le groupe de travail GT3, a élaboré un guide d'implémentation de l'éthique d'un système d'intelligence artificielle (SIA) en santé (72 pages, juillet 2025).

https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/guide-ia_vf.pdf

5- La situation financière de la sécurité sociale selon la cour des comptes

Dans une communication (36 pages) à la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale, rendue publique le 3 novembre, soit la veille du début du débat sur le PLFSS, la cour des comptes donne son avis sur « la situation financière de la sécurité sociale ». Le sous-titre annonce la couleur : **« une perspective de redressement fragile en 2026, une impasse de financement préoccupante »**

La réflexion de la cour porte sur 3 thèmes :

En 2025 : nouvelle dégradation de la situation financière de la SS

Le PLFSS 2026 : l'amorce fragile d'un redressement

La nécessité de la reprise de la dette sociale par la CADES (caisse d'amortissement de la dette sociale) sous condition d'un retour à l'équilibre

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-11/20251103-Situation-financiere-securite-sociale.pdf>

6- « Baromètre santé-social 2025 »

La Mutualité Française et l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF) ont publié le 20 novembre la 3^e édition du « Baromètre santé-social » (48 pages).

Véritable panorama de l'offre de soins et de l'action sociale ce baromètre est publié tous les 2 ans.

En résumé :

- ✓ déserts médicaux : une France à plusieurs vitesses
- ✓ la santé mentale au cœur des urgences sanitaires
- ✓ les inégalités environnementales
- ✓ autonomie : des besoins croissants

<file:///C:/Users/33770/Downloads/barometre-amf-2025-rvb-bd.pdf>

9 Agenda de décembre:

- **2 décembre** : 9h CTS 39 réunion plénière
- **3 décembre** : 14h CTS 89 commission expression des usagers
- **5 décembre** : 4h CTS 25 réunion plénière
- **9 décembre** : 17h30 CTS Nord FC bureau
- **15 décembre** : 10h30 CSDU
- **16 décembre** : 14-16h webinaire organisé par le PGI

« Restitution de l'étude sur le modèle des résidences autonomie en BFC »

Etude, réalisée en 2024-2025 par le Pôle de gérontologie et d'innovation (PGI). Elle porte sur 4 thématiques : le modèle économique des résidences autonomie, le taux d'occupation, les profils des résidents et la mission de prévention.

Inscription :

<https://framaforms.org/inscription-au-webinaire-de-restitution-de-letude-sur-le-modele-des-residences-autonomie-en-bfc>

- **17 décembre** : 17h CTS 70 bureau
- **18 décembre** : 14h commission prévention

Au-delà de décembre : les dates à retenir :

- **21 avril** : « **Le partenariat patient** »
La CoMET-BFC, les 11 UTEP de la région, l'Espace Santé Dole, l'ARS BFC et France Assos Santé BFC organisent le 21 avril (9h-17h) à la CCI de Besançon la 6^e journée régionale de l'ETP sur le thème du partenariat patient
Inscription et programme à venir.

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

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette lettre, nous vous invitons à exercer votre droit de désinscription en envoyant un message à arucah.bfc@gmail.com