



# La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 91 Mars 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

## Mobilisons nous

Ce n'est pas une mobilisation pour la guerre mais une mobilisation pour faire vivre notre démocratie : l'année 2026 va nous en donner 2 fois l'occasion.

### **La démocratie locale :**

Les 15 et 22 mars nous nous rendrons aux urnes pour élire les conseils municipaux autrement dit les maires.

### *Des élus à l'écoute...:*

Comme nous l'indiquions dans l'édito de la lettre de janvier, ces élus sont les plus proches des citoyens et les plus considérés par eux, loin devant les parlementaires.

Ils les connaissent, et connaissent leurs problèmes, les habitants leurs reconnaissent un pouvoir général, ils attendent tout d'eux, et les rendent responsables de tout : du meilleur comme du pire.

Ils sont le dernier rempart des services publics dont l'Etat se désengage de plus en plus.

### *...des attentes de leurs concitoyens en matière de santé :*

La santé ne fait pas partie des compétences réglementaires du conseil municipal et du maire , mais par la force des choses et par souci de répondre aux attentes de leurs concitoyens ils s'en préoccupent de plus en plus.

Selon un sondage de l'institut CSA, commandé par France Assos Santé, sur les attentes des Français à l'égard de leurs élus locaux, la santé s'est imposée comme la première préoccupation (pour 70 % d'entre eux), devant la sécurité (68 %), la lutte contre les incivilités (62 %) et la gestion des finances et de la dette de la commune (57 %).

Depuis quelques semaines, les difficultés d'accès aux soins se sont largement invitées dans la campagne électorale, et les programmes qui arrivent dans nos boîtes aux lettres les évoquent de plus en plus fréquemment.

Les élus locaux ont des moyens d'agir en faveur de la santé que ce soit directement en facilitant l'accès aux soins ou en agissant sur les déterminants de notre santé notamment en matière environnementale (urbanisme, pollution, sport...)

Alors, dans les dernières semaines qui nous séparent du scrutin n'hésitons à interpellier les candidats sur nos attentes en matière de santé, et, les 15 et 22 mars rendons nous massivement aux urnes.

## ***La démocratie en santé***

L'année 2026 est aussi celle du renouvellement de la CRSA l'une des instances dites de démocratie en santé, comme les conseils territoriaux de santé (CTS) qui seront renouvelés en 2027.

### *Démocratie et démocratie :*

Mais il y a démocratie et démocratie. La première est une démocratie électorale, elle confère aux élus une légitimité, des responsabilités et des pouvoirs réels, y compris celui de lever l'impôt. La démocratie en santé est d'une tout autre nature. Les membres des instances sont nommés par l'autorité publique (l'ARS), elles n'ont qu'un rôle consultatif prévu par les textes réglementaires, ne gèrent aucun budget et n'ont pas de moyens propres. Elles ne sont que l'habillage démocratique d'une organisation déconcentrée de notre système de santé.

Ainsi le code de la santé, ne mentionne pas le terme de démocratie sanitaire (ou en santé), il évoque seulement la notion de « territoire de démocratie sanitaire », et place les dispositions législatives et réglementaires concernant la CRSA dans la chapitre « organisation des agences régionales de santé ».

### *La lente érosion de la démocratie en santé :*

Pour qui s'y intéresse, force est de constater l'érosion de la démocratie en santé.

#### ✓ *Le symptôme : l'absentéisme.*

Le symptôme le plus visible est l'absentéisme.

Alors que selon le code de la santé, la CRSA est « composée 109 membres au plus » (en réalité, 317 en BFC, si l'on compte les 210 suppléants et les 8 présidents de CTS), les CTS « sont composés de 34 membres au moins et de 50 membres au plus » (en réalité 56 en BFC) plus 2 personnes qualifiées), la CSOS 46 membres etc.. , on a pu voir la baisse du nombre des participants aux réunions fondre au fil des ans , malgré , depuis la crise sanitaire, leur organisation systématique sous 2 formats : présentiel et distanciel en visio.

On peut, sans exagérer, dire que malgré les efforts de leurs présidents, comme des personnels de l'ARS, pour mobiliser, certaines de ces instances sont « moribondes ».

#### ✓ *Les conséquences :*

Au-delà de la seule difficulté à atteindre le quorum nécessaire pour procéder au vote (peu usité sinon par la CSOS), cette désaffection ne permet pas l'organisation de débats féconds et conduit à une perte de sens.

#### ✓ *Les causes :*

Elles sont multiples et leur analyse nécessiterait de longs développements. En résumé, et sans parler de divorce, on peut dire qu'elles sont aux torts réciproques.

Aux torts de l'autorité publique qui ne recourt à ces instances que dans la limite de leurs compétences réglementaires, même si elles ne sont pas toutes respectées, et qui n'utilise pas cette ressource pour coconstruire ses politiques et prendre ses décisions (si ce n'est en matière de e-santé).

Aux torts des membres de ces instances qui n'assument pas entièrement l'engagement qu'ils ont pris en acceptant leur mandat, qui ne saisissent pas la possibilité de s'exprimer et qui enfin privilégient parfois des intérêts partisans , voire corporatistes, à l'intérêt général.

A leur décharge on peut mettre la grande diversité de leurs origines, le manque de connaissance de notre système de santé de plus en plus complexe, et même le nombre des réunions et leur caractère chronophage.

✓ *Le risque :*

Il est celui de la démotivation (à quoi servons nous, à quoi bon ?) ? et de la difficulté à trouver de nouveaux candidats à l'occasion des prochains renouvellements . Risque d'autant plus élevé pour les CTS dont le mandat de 5 ans n'est renouvelable qu'une fois .

Les bénévoles « représentants des usagers et associations d'usagers » qui constituent le 2<sup>e</sup> collège tant de la CRSA et que des CTS , et qui pour beaucoup n'en sont pas à leur premier mandat, ne risquent -ils pas de se décourager ?

Risque également, pour la CRSA et ses commissions, de peiner à trouver des candidats à la présidence, puisque « nul ne peut assurer plus de 10 ans consécutivement, au sein d'une même région, des fonctions de président ou vice-président, quelle que soit la formation de la CRSA prise en compte pour le calcul de cette durée ».

***Mobilisons-nous !***

Il est actuellement question d'un projet de loi (donc à l'initiative du gouvernement) de décentralisation et de révision du nombre et du rôle des agences de l'Etat. Mais nous connaissons bien la difficulté à changer les choses surtout dans le contexte politique actuel qui rend tout débat difficile et hasardeux.

Pour autant l'heure n'est pas à baisser les bras, mais bien d'avantage à se mobiliser. Il appartient donc aux différentes structures et associations représentées au sein des différents collèges (8 pour la CRSA et ses commissions ) de faire œuvre de sensibilisation, de motivation et de formation.

## 1. Le dossier du mois : le nouveau métier d'infirmier (e)

Les métiers de la santé évoluent non seulement en technicité du fait du progrès scientifique, mais aussi par nécessité pour faciliter l'accès aux soins des usagers.

Ces évolutions concernent non seulement les médecins, les sages femmes (profession médicale) et les pharmaciens mais aussi les professions paramédicales et les « auxiliaires médicaux ».

Sous la triple pression de l'accroissement de la demande de soins, de la démographie des professionnels de santé , mais aussi de l'évolution de leurs mentalités, les corporatismes qui ont longtemps prévalu, sont en recul, même s'ils n'ont pas encore totalement disparu.

On assiste depuis plusieurs années à la multiplication des textes relatifs à la formation de ces professionnels, à la détermination de leurs compétences respectives et aux innovations (protocoles de délégation de tâches, expérimentations article 51...).

***Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires :***

Pour le métier d'infirmier, la loi du 27 juin 2025 « sur la profession d'infirmier » que nous avons déjà présentée dans la lettre n° 84 d'août 2025) a ouvert la voie.

Pour ce qui nous intéresse elle est codifiée sous l'article L 4311-1 du code de la santé publique (CSP).

Elle est complétée par un décret du 24 décembre (JO du 26) « relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier » qui modifie les dispositions réglementaires relatives aux actes professionnels, inscrites sous les articles R 4311-1 à D 4311-15-5 du CSP.

Nous pensions trouver ces nouveautés dans le CSP, mais le dernier article du décret nous apprend qu'il « entre en vigueur le lendemain de la publication de l'arrêté [fixant pour chacun des domaines d'activité, la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers], et au plus tard le 30 juin 2026 ».

Autrement dit cela signifie que ces nouvelles dispositions ne sont pas encore incluses dans le CSP.

Mais il y a un espoir : le 3 février la ministre s'est engagée à publier « avant la fin du premier semestre » le reste des textes réglementaires redéfinissant le métier d'infirmière, en application de la loi de juin 2025.

Pour autant, nous n'avons pas voulu renoncer : nous nous sommes armés de courage pour décrypter ce décret .

### ***Les règles générales d'exercice de la profession :***

La loi du 27 juin 2025 (article L 4311-1 du CSP) fixe le cadre général de l'exercice professionnel :

#### ***✓ Les principes généraux :***

« L'infirmier exerce son activité, dans le respect du code de déontologie, dans le cadre de son **rôle propre** ou **sur prescription** et **en coordination** avec les autres professionnels de santé.

Dans l'exercice de sa profession, l'infirmier entreprend, réalise, organise et évalue les soins infirmiers.

Il effectue des **consultations** infirmières et pose un **diagnostic** infirmier.

Il **prescrit** les produits de santé [ dont la liste est fixée par arrêté ministériel] et les examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession.

#### ***✓ Les missions de l'infirmier(e) :***

Les missions de l'infirmier sont les suivantes :

1° Dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, procéder à leur évaluation et contribuer à la conciliation médicamenteuse,

2° Contribuer à l'orientation de la personne ainsi qu'à la coordination et à la mise en œuvre de son parcours de santé,

3° Dans le cadre de son rôle propre, en accès direct, et dans le cadre de son rôle prescrit, participer aux soins de premier recours ,

4° Participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage,

5° Concourir à la formation initiale et à la formation continue des étudiants, de ses pairs et des professionnels de santé placés sous sa responsabilité,

6° Exploiter les données probantes dans la pratique professionnelle et concourir à la recherche, notamment dans le domaine des sciences infirmières.

La loi précise également que l'infirmier participe à la mission de service public de permanence des soins dans [ le cadre de son activité libérale] ».

### ***Le cadre d'exercice de la profession :***

L'exercice de la profession infirmière comporte l'initiation, l'analyse, la réalisation, l'organisation et l'évaluation des actes et soins infirmiers de nature préventive, éducative, curative, palliative, relationnelle ou destinés à la surveillance clinique.

« L'infirmier exerce ses activités en coordination et collaboration avec les professionnels de santé et des secteurs social, médico-social et éducatif, ainsi qu'avec tout autre intervenant du parcours de santé, et contribue, lorsque cela est prévu par les dispositifs existants, à l'élaboration ou à l'actualisation du projet personnalisé de vie et de soins.

Il initie et assure la traçabilité des soins infirmiers dans le dossier du patient.

La pratique infirmière peut s'exercer dans le cadre des spécialités d'infirmier anesthésiste DE (IADE), d'infirmier de bloc opératoire DE (IBODE), d'infirmière puéricultrice DE. Elles font l'objet de dispositions spécifiques .

Les dispositions concernant les infirmier(e)s en pratique avancée (IPA) font l'objet d'un chapitre spécifique du CSP et sont codifiées sous les articles R 4301-1 à 4301-8-1.

***Les domaines d'activité et de compétences :***

Pour exercer les missions définies [ plus haut], l'infirmier réalise les actes et soins infirmiers en tenant compte de l'évolution scientifique et technique des pratiques, des données probantes et dans le respect des règles déontologiques de la profession [...] ainsi que des droits de la personne, selon les domaines d'activité et de compétence suivants :

- 1- Elaborer des diagnostics infirmiers et définir les interventions adaptées à mettre en œuvre pour une personne ou un groupe de personnes pouvant s'intégrer, lorsque requis, dans un projet de soins personnalisé existant,
- 2- Initier, entreprendre, mettre en œuvre et évaluer les soins infirmiers à visée de dépistage, préventive, éducative, diagnostique, thérapeutique, relationnelle et palliative, en particulier dans le cadre d'une consultation infirmière, afin de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes. Assurer les soins relationnels permettant d'apporter un soutien psychologique, qui s'inscrivent dans une prise en charge globale de la personne,
- 3- Concourir à l'évaluation de l'autonomie et soutenir les capacités autonomes en vue de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur milieu de vie, notamment lors de la réalisation de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie,
- 4- Participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie,
- 5- Contribuer à la mise en œuvre de traitements par le recueil de données et informations relatives à la personne et à son entourage, la surveillance clinique, la mise en place d'une démarche thérapeutique, l'application de prescriptions et la contribution à la conciliation médicamenteuse,
- 6- Prescrire des produits de santé et des examens complémentaires adaptés à la situation clinique et dans ses domaines de compétences. Ces produits et examens sont énumérés par un arrêté qui précise les conditions et modalités de ces prescriptions,
- 7- Concevoir, conduire et mettre en œuvre une démarche d'éducation à la santé, d'éducation thérapeutique, de dépistage et de repérage auprès d'une personne ou d'un groupe de personnes et des actions de santé publique dans le cadre de projets de promotion et de prévention en santé communautaire et populationnelle, en prenant en compte les enjeux environnementaux,
- 8- Organiser et planifier les soins infirmiers, participer aux soins de premier recours, à la coordination et à la continuité des activités de soins dans le cadre de la collaboration pluriprofessionnelle et à l'orientation des personnes vers le professionnel adapté,
- 9- Accompagner ses pairs, les étudiants et les autres professionnels afin de permettre le développement de leurs compétences,
- 10- Mettre en œuvre des actions de développement de compétences, produire des documents et contribuer à l'innovation et à la recherche scientifique afin d'optimiser la qualité et la sécurité des activités et des soins, dans le cadre d'une démarche scientifique d'amélioration continue des pratiques professionnelles,
- 11- Participer à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

### ***La consultation infirmière :***

Dans le cadre de son exercice, l'infirmier peut réaliser une consultation infirmière et élaborer des diagnostics infirmiers entendus comme l'identification des besoins de santé relevant du champ de compétences infirmier.

La consultation infirmière comprend notamment, par l'analyse de la situation de la personne et de son environnement, et par la mise en œuvre, à partir d'un raisonnement clinique, d'une démarche préventive ou thérapeutique relevant de ses domaines de compétences :

- ✓ lors de l'entretien clinique, l'observation, le recueil et l'analyse de toutes les informations et données cliniques nécessaires à l'évaluation de l'état de santé de la personne,
- ✓ L'élaboration et la détermination d'actions et d'objectifs de soins infirmiers,
- ✓ La réalisation, l'évaluation ou l'adaptation des soins infirmiers, comprenant si nécessaire l'établissement de prescriptions infirmières de produits de santé et d'exams complémentaires qui figurent sur la liste mentionnée au I de l'article L. 4311-1
- ✓ Dans le cadre d'une collaboration pluriprofessionnelle, l'organisation et la coordination des interventions au sein du parcours de santé.

### ***Le rôle propre de l'infirmier :***

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier peut :

- ✓ prendre en charge directement les patients,
- ✓ initier, accomplir et évaluer les actes et les soins qu'il estime nécessaires et qui figurent dans une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Dans le cadre d'un raisonnement et d'une démarche clinique, il identifie les besoins de la personne et de son entourage, formule des diagnostics infirmiers, fixe des objectifs de soins, définit, planifie, réalise et adapte les interventions appropriées. Lorsque la prise en charge s'inscrit dans un dispositif prévoyant un projet de soins personnalisé, il y contribue dans le cadre de ses compétences.

Il élabore, conduit et évalue, le cas échéant avec la participation des membres de l'équipe pluridisciplinaire, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative.

### ***Le rôle sur prescription :***

Dans le cadre de son rôle sur prescription, sauf dans le cas d'urgence, l'infirmier exerce son activité en application :

- ✓ soit d'une prescription écrite, nominative, qualitative et quantitative, datée et signée par un médecin, une sage-femme ou un infirmier en pratique avancée (IPA),
- ✓ soit d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin. *Sur les protocoles voir la lettre n° 86 d'octobre 2025 § 2) et les articles R 4011-1 et suivants du CSP.*

### ***La délégation de tâches :***

Pour des actes et soins dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier peut, dans le cadre de son rôle propre, confier sous sa responsabilité certains actes et soins qu'il détermine en fonction de l'évaluation de la situation clinique de la personne et qui figurent sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Ces actes peuvent être confiés aux aides-soignants, auxiliaires de puériculture ou accompagnants éducatifs et sociaux avec lesquels il collabore et qu'il encadre, en fonction des formations et qualifications de chacun.

Lorsqu'il existe un projet de soins personnalisés dans un dispositif spécifique, il en tient compte pour l'organisation de la délégation.

« Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers.

L'infirmier peut également confier à l'aide-soignant ou l'auxiliaire de puériculture la réalisation, le cas échéant en dehors de sa présence, de soins courants de la vie quotidienne définis comme des soins liés à un état de santé stabilisé ou à une pathologie chronique stabilisée et qui pourraient être réalisés par la personne elle-même si elle était autonome, ou par un aidant.

### ***L'intervention en urgence :***

En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique,

#### ***✓ Dans le cadre d'un protocole de soins :***

Il est habilité à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable.

Dans ce cas, l'infirmier accomplit les actes et soins prévus dans ces protocoles ainsi que les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes et soins font obligatoirement l'objet de la part de l'infirmier d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

#### ***✓ Intervention hors protocole :***

En cas de constat d'une situation d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole de soins d'urgence, l'infirmier décide des gestes et mesures conservatoires à pratiquer dans l'attente de l'intervention d'un médecin.

Il prend, le cas échéant, toutes mesures utiles afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus adaptée à son état.

### ***Les actes et soins autorisés :***

En attendant que l'arrêté annoncé fixe, « pour chacun des domaines d'activité, la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers » on peut, pour connaître la situation actuelle se reporter aux articles suivants du CSP dans leur rédaction qui sera abrogée :

- ✓ Art R4311-5 pour les actes pouvant être réalisés dans le cadre du rôle propre : la liste en compte 42,
- ✓ Art 4311-5-1 pour les actes pouvant être prescrits par l'infirmier, en matière de vaccination,
- ✓ Art. 4311-6 pour les actes spécifiques dans le domaine de la santé mentale,
- ✓ Art R 4311-7 pour les actes réalisés en application d'une prescription médicale ou d'une prescription par un infirmier exerçant en pratique avancée (IPA) : la liste en compte 43.
- ✓ Art R 4311-8 pour les traitements antalgiques, que l'infirmier peut entreprendre et adapter dans le cadre des protocoles préétablis,
- ✓ Art R 4311-9 pour les actes que l'infirmier est habilité à accomplir sur prescription médicale à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment : la liste en compte 10,
- ✓ Art R4311-10 pour les techniques mises en œuvre par le médecin auxquelles l'infirmier peut participer : la liste en compte 10.

Les articles suivants (R 4311-11 à 13) concernent les actes que peuvent effectuer les infirmiers spécialisés : IBODE, IADE, en puériculture.

On peut espérer que l'arrêté à venir viendra simplifier la situation : nous y reviendrons.

## 2. Les Indicateurs qualité : diffusion publique

Dans la dernière lettre, nous avons annoncé sa parution prochaine : le journal officiel du 21 février a publié l'arrêté, « relatif aux indicateurs qualité et sécurité de soins à diffusion publique obligatoire en établissements de santé à compter de l'année 2026 ».

### **Les obligations des établissements de santé (ES):**

L'article L 6144-1 du code de la santé prévoit que « l'établissement public de santé (ES) met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ».

Lorsque le DG de l'ARS constate le non-respect de ces dispositions, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement (IFAQ).

Les ES doivent transmettre les données nécessaires au calcul de ces indicateurs par les outils informatiques mis à leur disposition par la HAS ( par la DNS pour l'indicateur : taux de patients pour lesquels une lettre de liaison de sortie a été transmise dans Mon espace santé) chargée de la gestion des indicateurs concernés.

### **Les pouvoirs de contrôle et de sanction de l'ARS :**

L'article D 6111-23 du CSP indique que :

« Le non-respect [de ces dispositions] peut être constaté par le DG de l'ARS, notamment dans les cas où l'établissement de santé s'abstient de mettre à la disposition du public les résultats de ses indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ou lorsque cette mise à disposition est incomplète ou insuffisante ».

Dans ce cas le DG de l'ARS adresse au directeur une mise en demeure de mettre ses indicateurs à la disposition du public dans un délai de trois mois.

Lorsque le directeur ne peut déférer à cette mise en demeure, il présente au DG de l'ARS, avant l'expiration du délai qu'il prescrit, ses observations et les mesures qu'il s'engage à mettre en œuvre pour remédier aux manquements constatés.

Le DG de l'ARS décide, au vu de ces observations et engagements, des mesures appropriées.

En cas d'insuffisance ou de non-respect des engagements pris, il peut prononcer, par décision motivée et publiée, une diminution de la dotation [...] dans la limite de 0,1 % des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure.

Lorsque l'établissement ne bénéficie pas de cette dotation la diminution porte, dans la même limite, selon le cas, sur le produit des tarifs des prestations d'hospitalisation [...].

### **La publicité des indicateurs :**

Chaque année, et au plus tard à l'issue du premier trimestre suivant l'année de mise à disposition des derniers résultats d'indicateurs par la HAS, chaque ES rend au public ses derniers résultats d'indicateurs disponibles, en diffusant les informations mentionnées pour chaque indicateur.

### **Les modes de diffusion :**

Les résultats des indicateurs doivent à minima être diffusés par :

- ✓ affichage dans les principaux lieux de passage, notamment dans les lieux d'accueil,
- ✓ insertion d'un feuillet dans le livret d'accueil (en version papier ou numérique) ou remise d'un document dédié,

✓ mise en ligne sur le site internet de l'établissement, s'il en dispose.

Ces résultats doivent être présentés de manière claire, compréhensible, et clairement distingués d'autres informations mises à disposition du public par l'établissement.

Les ES affichent les résultats d'indicateurs dont la date de recueil est de moins de quatre ans.

Les résultats plus anciens sont réputés caducs et ne doivent pas être mis à la disposition du public, à l'exception du niveau de certification des établissements de santé, qui doit être diffusé pendant toute sa durée de validité, jusqu'à la publication du niveau suivant.

*Les indicateurs concernés :*

La liste des indicateurs est annexée à l'arrêté du 18 février. Elle définit par catégorie d'indicateurs :

- ✓ les indicateurs dont les résultats sont obligatoirement mis à disposition du public par les établissements concernés,
- ✓ les entités chargées de la gestion de l'indicateur : la HAS
- ✓ le champ d'activité concerné : MCO, chirurgie ambulatoire, SMR, HAD, hospitalisation à temps complet en psychiatrie, psy CMP,
- ✓ la fréquence de recueil de l'indicateur : annuelle, biennale (tous les 2 ans)
- ✓ les informations sur les résultats de l'indicateur à diffuser : elles peuvent prendre la forme d'une valeur (résultat chiffré) et/ou d'une classe (catégorie de positionnement définie pour l'indicateur). En complément, une évolution (variation du résultat entre deux périodes) est affichée lorsqu'elle est disponible.

*Les catégories d'indicateurs :*

Les indicateurs sont répartis en 5 catégories:

- ✓ la qualité des prises en charge rapportée par les patients,
- ✓ la qualité des prises en charge cliniques,
- ✓ la qualité de la coordination des prises en charge,
- ✓ la qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins,
- ✓ la démarche de certification : niveau de certification pour le dernier résultat de certification disponible et pour tous les champs d'activité soumis à certification.

*Nous ne saurions que trop inviter les représentants des usagers à inscrire le sujet à l'ordre du jour d'une prochaine réunion de la CDU afin de préciser avec l'établissement, les modalités de mise en œuvre de cette publicité.*

### **3. Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) de 2<sup>e</sup> génération :**

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ont été lancés en 2019 ; il en existe actuellement 104 couvrant la totalité du territoire français.

#### **Qu'est-ce qu'un PTSM ?**

Selon l'article 3221-2 du CSP « un PTSM, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées ».

### **L'actualisation des PTSM :**

Une instruction du 1er décembre 2025 (12 pages avec ses 6 annexes) « relative à l'actualisation des projets territoriaux de santé mentale » adressée aux DG des ARS avec copie aux préfets, DREAL, DDT, DREETS, DDETS, DRAJES, DSDEN, DIRPJJ, et DISP : autant dire que le sujet concerne toutes les administrations locales de l'Etat, engage les ARS à :

- ✓ Positionner le PTSM comme cadre de référence territorial pour la santé mentale et réaffirmer son périmètre (annexe1)
  
- ✓ Positionner le coordonnateur comme chef de projet opérationnel du PTSM (annexe 2). L'ARS participe au financement de ce poste, qui est assumé par l'un des acteurs du territoire. Le chef de projet bénéficie d'une lettre de mission de l'ARS qui indique le caractère territorial de sa mission.
  
- ✓ Assurer une gouvernance garantissant une mobilisation élargie et la représentation à tous les niveaux des personnes concernées et de leurs proches (annexe 3).  
La gouvernance des PTSM, doit garantir 4 objectifs :
  - mobiliser les acteurs institutionnels, préciser leurs engagements contractuels et financiers au service de la stratégie territoriale,
  - garantir le pilotage du PTSM et sa continuité,
  - décliner opérationnellement les actions dans le PTSM,
  - prévoir la représentation des personnes concernées et de leurs proches
  
- ✓ S'assurer des modalités d'articulation des PTSM avec les instances de concertation, les stratégies et dispositifs existants (annexe 4)  
Le PTSM dit s'articuler avec :
  - les instances de concertation : les CTS et en particulier leur commission spécialisée en santé mentale (CSSM), les CDCA...,
  - les stratégies régionales et contrats divers : PRS, CLS qui ont un volet santé mentale obligatoire, contrats de réussite éducative,
  - les autres dispositifs de coordination existants : CPTS, DAC, communautés, service public départemental de l'autonomie (SPDA).
  
- ✓ Veiller à la prise en compte de manière accrue de certains publics et besoins (annexe 5)  
Les priorités restent les suivantes : le repérage précoce et l'accès au diagnostic, la structuration de parcours de soins et de vie sans rupture pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère, l'accès aux soins somatiques, la prévention et la prise en charge des situations de crise, l'accès aux droits, les actions sur les déterminants de santé mentale. Le PTSM doit systématiquement intégrer un volet spécifique « enfants-adolescents ».  
Une attention doit être portée sur d'autres populations aux besoins spécifiques telles que les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, celles placées sous main de justice ou en situation de précarité, les personnes souffrant de conduites addictives, les personnes souffrant d'un psycho-traumatisme, les familles nécessitant un accompagnement à la parentalité ou encore les personnes isolées. Il en est de même pour les personnes vivant avec un trouble du neurodéveloppement.
  
- ✓ Rappeler la mise à disposition d'outils de collaboration (annexe 6).  
Un espace partagé de travail doit être mis à disposition des chefs de projets opérationnels et des ARS par la DGOS, ayant vocation à réunir un ensemble de documents venant appuyer l'action des PTSM.  
Une cartographie des PTSM est disponible sur le site du ministère chargé de la santé.

Pour en savoir plus on peut utilement se reporter au rapport du tour de France des PTSM effectué par la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2024 avec un arrêt à Dole et Besançon les 20 et 21 mars.

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/295839.pdf>

#### **En BFC :**

Notre région compte 8 PTSM (1 par département ), tous accessibles par le lien :

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/article/les-ptsm-en-region>

ou sur le site de l'ARS :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-un-travail-partenarial-souligner>

Lors de sa réunion plénière du 5 décembre , le CTS 25 a validé le nouveau PTSM 2026- 2030 du Doubs (hors Montbéliard) (106 pages) qui fait suite au diagnostic territorial réalisé en 2024. Ce diagnostic et son plan d'action seront contractualisés le 4 juin (au lieu du 26 février : obligation de réserve en période électorale oblige !) à l'occasion d'une assemblée plénière suivie d'un forum .

## **4. « Asalée » dans la tourmente ?**

L'association « asalée » ( action de santé libérale en équipe) , bien connue (y compris BFC)est dans la tourmente.

*Qu'est-ce que le dispositif « asalée » ?*

Créé en 2004, le dispositif asalée associe des médecins généralistes libéraux et des infirmières de santé publique.

Elle permet au patient d'être suivi conjointement au sein du cabinet médical par son médecin traitant et une infirmière déléguée à la santé publique (IDSP) qui lui apporte une éducation thérapeutique personnalisée.

Les infirmières rencontrent essentiellement les patients concernés par :

- ✓ le diabète et le pré-diabète
- ✓ les risques cardiovasculaires,
- ✓ la BPCO ou l'asthme
- ✓ les troubles du sommeil

Elles font également :

- ✓ le repérage des troubles cognitifs,
- ✓ le dépistage précoce et l'accompagnement de l'enfant et adolescent en surpoids,
- ✓ l'accompagnement au sevrage tabagique ;

Le financement de l'association est assuré par l'assurance maladie ( 104M€ en 2024)

*Quelques chiffres :*

En février 2024, Asalée, c'était 9 155 médecins généralistes (718 en BFC), 2080 IDSP (175 en BFC) et 2 963 implantations (269 en BFC).

*Des dysfonctionnement ?:*

Mandatée par le ministère, l'IGAS a publié le 24 juin 2025 un rapport sur « le contrôle de la gestion et du déploiement du dispositif Asalée »

<https://www.igas.gouv.fr/contrôle-de-la-gestion-et-du-déploiement-du-dispositif-asalee>

L'IGAS pointe de multiples **dysfonctionnements** en termes d'organisation et de pilotage du dispositif et de nombreuses **irrégularités**, tant en ce qui concerne la mise en œuvre des conventions conclues avec l'assurance maladie que le droit des associations, du travail et de la commande publique.

Elle a également relevé que le contrôle exercé par les autorités administratives sur la gestion de ce dispositif a été parfois **hésitant, voire incohérent**.

Enfin elle a formulé **38 recommandations** (dont une grande partie prévue pour 2025) destinées tant à l'association qu'à l'Assurance maladie et au ministère de la santé.

*La menace :*

L'assurance maladie a déjà entamé des démarches pour mettre en œuvre les recommandations de l'IGAS, tout en affirmant vouloir « *garantir la pérennité de l'activité des infirmières salariées* ».

L'association est cependant dans un flou financier, depuis le courrier du directeur général de la CNAM envoyé à la direction d'Asalée, le 28 janvier

La gouvernance de ce dispositif pouvant changer de mains, les salariés expriment la crainte de perdre leur emploi ou de voir leurs conditions de travail changer.

Mais rien n'est encore fait.

## 5. La Cellule maltraitance de l'ARS :

Votée sur la lancée du scandale Orpéa, la loi du 8 avril 2024 « pour bâtir la société du bien vieillir » codifiée sous l'article L. 119-2 du code l'action sociale et de la famille (CSAF) prévoit que :

« Toute personne ayant connaissance de faits constitutifs d'une maltraitance, [...] envers une personne majeure en situation de vulnérabilité du fait de son âge ou de son handicap, [...] les signale à la cellule mentionnée à l'article L. 1432-1 du code de la santé publique (CSP) ».

Les personnes soumises au secret professionnel peuvent signaler les faits constitutifs d'une maltraitance en application de l'article 226-14 du code pénal.

**Les principes généraux :**

« Les faits signalés au moyen d'un numéro d'appel national unique font également l'objet, dans le cadre d'un protocole établi entre les gestionnaires du service d'appel téléphonique et l'ARS, d'une transmission à la cellule.

Ladite cellule transmet les signalements sans délai, pour leur évaluation et leur traitement : soit au directeur de l'ARS, soit au représentant de l'Etat dans le département, soit encore au président du conseil départemental lorsque le signalement implique un professionnel, un établissement ou un service intervenant au titre d'une activité bénéficiant d'un financement relevant de leurs compétences respectives.

Ces autorités « s'apportent mutuellement concours dans le cadre de protocoles. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est limité à ce qui est strictement nécessaire à l'évaluation et au traitement du signalement ».

Après évaluation, les situations individuelles font, le cas échéant, l'objet d'un signalement à l'autorité judiciaire.

« Les actions mises en œuvre par les autorités [précédemment citées] pour traiter les signalements sont communiquées à la cellule [prévue par le code de la santé, article L 1432-1]

Cette cellule présente chaque année à la CRSA un compte rendu, par département, de l'activité de recueil, d'évaluation et de traitement des signalements de maltraitance

« Les signalements et les transmissions d'informations, à l'exception des signalements adressés à l'autorité judiciaire, sont centralisés par l'intermédiaire d'un système d'information mis en œuvre par l'Etat. Il facilite le suivi, l'évaluation et le traitement des signalements de maltraitance et permet l'exploitation statistique de ces informations ».

« Dans le respect de l'intérêt de la personne majeure en situation de vulnérabilité ainsi que du secret professionnel et dans des conditions déterminées par décret, cette cellule informe les personnes qui lui ont signalé les faits constitutifs de maltraitance des suites qui ont été données à leur signalement. »

### ***La cellule de recueil des réclamations et signalements:***

L'article L 1432-1 du CSP prévoit qu' auprès de chaque ARS est constituée « une cellule chargée du recueil, du suivi et du traitement des signalements de maltraitance envers les personnes majeures en situation de vulnérabilité du fait de leur âge ou de leur handicap ...».

Près de 2 ans après la publication de cette loi, le décret d'application n'est toujours pas paru. Il devrait prévoir que « les cellules sont organisées territorialement par les ARS en fonction des spécificités locales ».

En attendant le décret, une instruction du 30 janvier dernier indique aux DG des ARS les conditions de mise en place des cellules de recueil des réclamations et des signalements de maltraitance prévues par le CASF.

Chaque ARS est responsable de la mise en place de sa cellule sous la forme qu'elle estime la plus pertinente dès lors qu'un référent au sein de l'agence est identifiable et affecté à l'exécution de ses missions.

### ***Nature des réclamations et signalements de maltraitance reçus par les cellules :***

En plus des signalements de maltraitance, explicitement prévus par le CASF, il a été décidé, conjointement avec les ARS, d'inclure dans le périmètre des cellules, les réclamations actuellement reçues et traitées dans l'outil SIREC.

Trois canaux de réception des différents signaux (réclamations et signalements) émanant de personnes physiques, alimenteront les cellules :

- ✓ un formulaire en ligne sur [service-public.fr](http://service-public.fr) pour tous les types de réclamations y compris les signalements de maltraitance,
- ✓ une plateforme téléphonique exclusivement pour les signalements de faits de maltraitance,
- ✓ tout type de réclamations reçues en direct par les autorités de traitement par tout autre moyen (courrier, mail ...)

Les signalements des événements indésirables graves (EIG) et des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) émanant des établissements et des professionnels de santé conservent leur circuit propre.

A terme, le système d'information SIRENA pourra intégrer l'ensemble des signaux quelle que soit la catégorie

### ***Les missions et l'organisation des cellules :***

Les cellules assurent 3 types de missions :

- ✓ *Les missions de recueil et d'affectation :*

Lorsqu'un signalement ou une réclamation est déclaré par le biais du formulaire en ligne ou par le biais de la plateforme téléphonique nationale, l'affectation à l'entité compétente sera réalisée par l'intermédiaire du système d'information (SI) SIRENA (cf. infra).

Les réclamations et les signalements de maltraitance reçus par d'autres moyens pourront être affectés manuellement.

Lorsque les signalements de maltraitance ne relèvent pas de la compétence de l'ARS, les cellules sont chargées de leur transmission sans délai pour évaluation et traitement, aux autorités prévues par la loi, à savoir les conseils départementaux (CD) et les représentants de l'Etat dans les départements (directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités [DDETS]). Les personnes ayant déclaré des faits constitutifs de maltraitance sont informées par la cellule de l'autorité vers laquelle a été transmis leur signalement. Ce retour sera fait automatiquement par l'outil SIRENA en cours de construction.

✓ *La mission de suivi :*

Les actions mises en œuvre, au sens des suites apportées, par chacune des autorités mentionnées pour traiter les signalements, sont communiquées à la cellule à l'issue du traitement via l'outil SIRENA. L'information au signalant de ces actions relève de l'autorité de traitement.

L'ARS ne porte pas la responsabilité du traitement de situations qui ne relèveraient pas de sa compétence. Aucun pouvoir d'injonction à l'encontre des autres autorités n'est dévolu à l'ARS.

✓ *La mission de pilotage*

Les cellules devront informer les autorités de traitement prévues par la loi des modalités de fonctionnement du dispositif. Elles encourageront ces autorités à l'utilisation de l'outil SIRENA afin de faciliter le suivi de ces signalements. Les ARS ne sont toutefois pas responsables de l'adhésion des autorités au dispositif.

**L'outil SIRENA :**

Les signalements de maltraitance et les transmissions d'informations permettant leur recueil, leur affectation et leur traitement, à l'exception des signalements adressés à l'autorité judiciaire, seront centralisés par l'intermédiaire de l'outil SIRENA.

Un décret du 27 février (JO du 28) a créé un traitement de données à caractère personnel dénommé « système d'information réclamations national - SIRENA ».

Il sera déployé sur l'ensemble du territoire national à l'issue d'une phase d'expérimentation de 3 mois intégrant successivement 3 régions pilotes (hors BFC), qui débutera après la publication du décret qui lui donnera sa base juridique.

Durant la phase de déploiement, les ARS promouvoir l'utilisation de l'outil SIRENA par les autres autorités compétentes (CD et DDETS).

**Bientraitance dans les EHPAD : l'avis de la CRSA :**

Pour mémoire, la CRSA de BFC, agissant en auto-saisine, a rendu le 8 avril 2022 un avis concernant la bientraitance dans les EHPAD et d'une manière générale dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour personnes âgées (PA) et personnes en situation de handicap (PH), et les Établissements et Services de Santé.

## 6. Veille législative et réglementaire :

### **Textes législatifs**

- 1- Loi n° 2026-103 du 19 février 2026 de finances pour 2026 (JO du 20 -223 pages). La France a, enfin, un budget.. grâce au 49,3.

## **Textes réglementaires :**

### **1- Etudiants en maïeutique : remplacements**

La loi du 25 janvier 2023 « visant à faire évoluer la profession de sage-femme » a créé une 6<sup>e</sup> année de formation.

Un décret du 2 février (JO du 3) « relatif à la profession de sage-femme en qualité de remplaçants par les étudiants en maïeutique » autorise ces étudiants à exercer la profession de sage-femme en qualité de remplaçants, à compter de la validation des enseignements théoriques et pratiques de la 6<sup>e</sup> année de formation.

« Le conseil départemental de l'ordre ne peut délivrer l'autorisation que si l'étudiant demandeur concerné offre les garanties nécessaires de moralité et ne présente pas d'infirmité ou d'état pathologique incompatibles avec l'exercice de la profession » (article D 4151-15 du CSP).

### **2- Retraitement de dispositifs médicaux à usage unique**

Un arrêté du 4 février (JO du 5) fixe le contenu et les modalités des appels à candidatures pour participer à l'expérimentation du retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique.

### **3- Masseurs kinésithérapeutes (MK) : code de déontologie**

Un arrêté du 5 février (JO du 7) actualise le code de déontologie des MK, en l'harmonisant avec les autres codes de déontologie. Il clarifie notamment les actions attendues du professionnel lorsque ce dernier est confronté à des situations de sévices.

« Lorsque le MK présume qu'une personne auprès de laquelle il intervient est victime de violences, de sévices, de privations ou de mauvais traitements, il est dans l'obligation d'agir par tout moyen. Il choisit en conscience, et selon les circonstances de l'espèce, les moyens qu'il met en œuvre pour protéger la victime ».

Il peut « procéder à un signalement au procureur de la République ou à la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être ».

Le code de déontologie des MK se retrouve sous les articles R 4321-51 à 79 du CSP.

### **4- Prélèvements et analyse d'examen de biologie en dehors d'un laboratoire :**

« Lorsque le prélèvement d'un examen de biologie médicale ne peut être réalisé dans le laboratoire de biologie médicale dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, il peut être réalisé dans un établissement de santé, dans un hôpital des armées, au domicile du patient ou dans des lieux en permettant la réalisation, par un professionnel de santé autorisé » (article L 6211-13 du CSP).

Un arrêté du 4 février (JO du 7) précise la liste des examens qui peuvent être réalisés hors laboratoire (biologie déportée) les lieux où ils peuvent être effectués, et les critères de l'autorisation de réaliser la phase analytique d'un examen de biologie médicale dans l'un de ces lieux, délivrée par le DG de l'ARS.

### **5- Aide médicale d'Etat (AME) :**

Deux décrets du 6 février (JO du 8) viennent durcir les règles concernant l'AME.

L'un permet aux agents des missions diplomatiques et des postes consulaires chargés de l'instruction des demandes de visas et aux agents des services centraux des ministères chargés des affaires étrangères et de l'intérieur en charge de la supervision de l'instruction des demandes de visas, de consulter les données strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions dans le traitement de données à caractère personnel portant sur les demandeurs et bénéficiaires de l'AME.

L'autre actualise la liste des pièces à joindre en vue d'une demande d'AME, en tenant compte en particulier des contrôles mis en œuvre par les CPAM au regard des dernières mesures modifiant les modalités d'accès au dispositif.

#### **6- EHPAD : rapport annuel d'activité médicale (RAM)**

L'article D 312- 158 du CASF prévoit que « sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur [...] coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale (RAM) qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement ».

« Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement, qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins ». Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport.

Deux textes du 6 février (JO du 8) concernent ce RAM.

Un décret crée un traitement de données à caractère personnel ayant pour objet le recueil national des RAM des EHPAD, dénommé « RAM », et permettant la mise à disposition des informations aux départements, aux ARS, à la CNSA, à la CNAM, à la direction générale de la cohésion sociale, à la DGOS, à la DGS et à la DREES.

Il précise les finalités du traitement, détermine les catégories de données à caractère personnel qui y sont enregistrées, les accédants et destinataires de ces données et la durée de leur conservation, ainsi que les modalités d'exercice de leurs droits par les personnes concernées.

Les personnels des ARS, spécialement habilités peuvent être destinataires de ces informations. Un arrêté fixe le modèle type du RAM. Nous avons eu la curiosité de télécharger la trame de ce RAM: impressionnante elle compte 32 pages.

*Les directeurs et médecins coordonnateurs (lorsqu'ils existent et si leur quotité de temps de travail le permet) cosignataires de ce RAMA apprécieront certainement cette nouvelle tâche. Les résidents sont-ils informés de ce recueil ? Les patients des USLD rattachées à des EHPAD sont-ils aussi concernés ? Les CVS peuvent-ils avoir accès aux données non nominatives ? La CSMS de la CRSA est-elle informée des statistiques découlant de ce recueil ?*

#### **7- « Appli carte vitale » :**

Un arrêté du 5 février (JO du 10) approuve le référentiel (6pages) fixant les conditions et modalités d'autorisation de l'utilisation de l'application carte vitale comme moyen d'authentification électronique à distance des assurés, par les fournisseurs de services souhaitant intégrer cette solution dans leurs services numériques,

#### **8- Financement des structures d'urgence et des SMUR :**

Un arrêté du 6 février (JO du 10 – 6 pages) modifie les conditions de financement des structures d'urgence et des SMUR. Il porte essentiellement sur les indicateurs utilisés pour le financement de la qualité.

Parmi ces critères nous avons relevé :

- ✓ la transmission sans discontinuité, des résumés de passage aux urgences,
- ✓ le nombre d'heures hebdomadaires postées des ambulanciers SMUR,
- ✓ la durée de passage dans la structure des urgences des patients d'au moins 75 ans hospitalisés,
- ✓ la part de patients d'au moins 75 ans hospitalisés depuis la structure des urgences et qui fait l'objet, en amont de son hospitalisation, d'une prise en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

### **9- Formation de puéricultrice :**

Un arrêté du 10 février (JO du 12) modifie la scolarité et le fonctionnement des écoles préparant au diplôme d'état de puéricultrice.

La sélection des candidats comprend une admissibilité sur dossier et un entretien d'admission. Le directeur de l'école fixe la date limite de dépôt des dossiers d'admissibilité. Les écoles peuvent se regrouper au sein d'une région pour organiser la sélection.

Pour mémoire il n'est plus exigé une période minimum d'exercice en qualité d'IDE pour faire la spécialisation en puériculture.

### **10- Qualité des eaux de consommation :**

Un décret du 11 février (JO du 13) met en cohérence la réglementation (code de la santé articles R 1321-48 et suivants) sur les matériaux et les produits en contact avec les eaux destinées à la consommation humaine avec la directive européenne de 2020.

### **11- Handicap : maladie d'évolution rapide :**

L'article L 146-7-1 du CASF prévoit que « la MDPH identifie, à leur dépôt, les demandes de compensation des personnes atteintes de pathologies d'évolution rapide et causant des handicaps sévères et irréversibles dont la liste est fixée par arrêté... »

Un arrêté du 5 février (JO du 13) inscrit la sclérose latérale amyotrophique (SLA- maladie de Charcot) sur cette liste.

### **12- Préparation pharmaceutiques hospitalières spéciales**

« Peuvent réaliser des préparations hospitalières spéciales les pharmacies à usage intérieur établissements de santé [...]régulièrement habilités ». (art R 5121- 218 du CSP)

Un arrêté du 10 février (JO du 13) fixe le cahier des charges (6 pages) pour l'habilitation de ces PUI.

### **13- Cancer du sein : parcours de soins**

La loi du 5 février 2025 « visant à améliorer la prise en charge des soins et dispositifs spécifiques au traitement du cancer du sein par l'assurance maladie » a prévu que « les soins et les dispositifs prescrits et remboursables sont pris en charge intégralement par les organismes d'assurance maladie [...] lorsqu'ils présentent un caractère spécifique au traitement du cancer du sein ou à ses suites ».

Le décret du 13 février (JO du 14) précise les modalités de mise en œuvre du parcours de soins global visant à accompagner les personnes recevant ou ayant reçu un traitement pour un cancer.

### **14- MDPH : subvention de l'Etat pour 2026**

Le montant de la subvention de l'état aux MDPH est fixé à 48 643 579,15 € pour l'année 2026. Il représente 60 % de la délégation définitive versée en 2025.

Pour notre région le département le mieux doté est la Saône et Loire avec 436 530,95 € devant la Côte d'Or avec 400 528,40 € (JO du 15/02).

### **15- Données de santé**

« Le montant de la dotation versée [ par l'assurance maladie] à la Plateforme des données de santé est fixé à 12 610 000 € pour l'exercice 2026 » (JO du 19/02).

La plateforme des données de santé est un groupement d'intérêt public (GIP) « constitué entre l'Etat, des organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé » (article L1462-1 du CSP) .

### **16- Indicateurs qualité : publicité**

Un arrêté du 18 février (JO du 21) fixe la liste des indicateurs de qualité et de sécurité des soins que les établissements de santé (publics et privés) doivent rendre publics, ainsi que les modalités de cette publicité . (cf. supra §2)

### **17- Corps des assistants médico administratifs branche « assistance de régulation médicale »**

Le corps des assistants médico-administratifs de la fonction publique hospitalière (FPH) comporte 2 branches : la branche « assistance de régulation médicale » et la branche « secrétariat médical ».

Un décret du 20 février (JO du 21) modifie les modalités d'accès à la branche « assistance à la régulation médicale ».

Il ajuste les modalités d'accès au concours d'assistants médico-administratifs de cette branche afin :

- ✓ de soumettre le recrutement des candidats pour l'accès au second grade (classe supérieure) à la condition de détention du diplôme d'ARM ainsi que d'un titre ou diplôme de niveau baccalauréat ou équivalent et, d'autre part,
- ✓ d'insérer dans le statut particulier de ce corps une disposition permettant l'accès au troisième concours, aux candidats justifiant d'une expérience professionnelle préalable réduite à trois années (au lieu de 11années de service public jusqu'à présent) .

### **18- Recrutement de IASS**

Au total ce sont 55 places qui sont proposées au titre de l'année 2026, aux 3 concours pour le recrutement d'inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (BJO du 26/02).

### **19- Remaniement ministériel**

Par décret du 26 février (JO du 27) le président de la république a procédé à un remaniement ministériel de faible ampleur ; pour ce qui est de nos centres d'intérêt notons le départ (annoncé depuis janvier) de Mme Charlotte Parmentier 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 et son remplacement par Mme Camille Galliard Minier.

Mme Camille Galliard Minier (50 ans) est avocate. Suppléante d'Olivier Véran, elle lui a succédé comme députée de la 1<sup>o</sup> circonscription de l'Isère lorsqu'il est devenu ministre en 2020. Elle ne s'est pas présentée en 2022. Elle a été réélue en 2024 dans le cadre d'une élection partielle suite à la démission du député LFI de la circonscription. Nous n'avons rien trouvé dans sa biographie qui puisse justifier sa nomination à ce poste ministériel.

### **20- Certification périodique des professions de santé : référentiels**

Un arrêté du 26 janvier (JO du 27) publie les référentiels de certification périodique des professions de santé relevant d'un ordre professionnel.

Ils concernent les médecins généralistes et spécialistes (pour 41 spécialités), chirurgiens-dentistes, sages femmes, pharmaciens, infirmiers (IDE, IADE, IBODE, IPA et puéricultrices), kinésithérapeutes, et les pédicures podologues.

### **21- Médicaments : commerce électronique**

Un décret du 27 février (JO du 28) remplace la procédure d'autorisation préalable de l'activité de commerce électronique de médicaments exercée par un pharmacien d'officine par un régime de déclaration préalable de cette activité et de la création d'un site internet pour son exercice auprès des ARS.

Ces dispositions prendront effet le 30 avril.

## **22- Allocations familiales : report de l'âge de majoration**

L'âge à partir duquel les enfants ouvrent droit à la majoration des allocations familiales est porté de 14 à 18 ans. (JO du 28/02).

## **23- Maltraitance, réclamations : le traitement de données SIRENA**

Un décret du 27 février (JO du 28) crée un traitement de données à caractère personnel dénommé « système d'information réclamations national - SIRENA » ayant pour objet de permettre aux ARS, aux conseils départementaux et aux services déconcentrés de l'Etat chargés des solidarités d'assurer la gestion des réclamations déposées par les usagers du système de santé, social et médico-social.

Il précise les finalités du traitement, les catégories de données à caractère personnel traitées, les accédants à ces données et leurs destinataires, ainsi que les modalités d'exercice de leurs droits par les personnes dont les données sont traitées et la durée de celles-ci.

Il prévoit également des mesures relatives au traitement des signalements de faits constitutifs de maltraitance.

## **24- Forfait hospitalier - forfait urgences :majorations**

L'arrêté du 27 février (JO du 28) prévoit qu'à compter du 1<sup>er</sup> mars :

- ✓ Le forfait hospitalier passe de 20 à 23€ (de à 17€ en psychiatrie)
- ✓ Le montant du forfait patient urgences (FPU) est fixé à 23€. Il est facturable à l'assurance maladie dès lors que la participation de l'assuré est supprimée,
- ✓ Le montant de la participation réduite est fixé à 9,96 €.
- ✓ Le complément forfait patient urgences (CFU) est fixé à 13,04 euros.

## **7. Veille parlementaire :**

### **Assemblée nationale :**

- proposition de loi constitutionnelle relative à la souveraineté alimentaire et agricole ?
- proposition de résolution invitant le gouvernement à engager des mesures urgentes pour répondre à la crise du secteur de la psychiatrie et de la santé mentale,
- proposition de loi visant à lutter contre les placements d'enfants injustifiés,
- proposition de loi pour protéger nos enfants contre la surexposition aux écrans,
- proposition de loi visant à incriminer l'usage récréatif du protoxyde d'azote et à prévenir les risques pour la sécurité routière,
- proposition de loi visant à promouvoir une société accueillante pour les enfants,
- proposition de loi visant à interdire les sucres ajoutés aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge,
- proposition de loi visant à lutter contre le morcellement du suivi médical,
- proposition de loi visant à interdire les téléphones mobiles dans les lycées et à simplifier les conditions de leur confiscation,
- proposition de loi visant à prévenir et lutter contre les violences en milieu scolaire,
- proposition de loi visant à garantir la continuité des droits des mineurs non accompagnés et des jeunes majeurs anciennement confiés au service de l'aide sociale à l'enfance,
- proposition de résolution européenne, visant à réaffirmer les droits des enfants et de refuser leur exclusion d'espaces communs ou de services en raison de discrimination liée à l'âge,
- proposition de loi relative à la suppression de Parcoursup et à la réforme de l'accès à l'enseignement supérieur,
- proposition de loi visant à garantir le bénéfice des prestations familiales aux enfants placés,

- proposition de loi pour la sécurisation des ressources des familles monoparentales par une pension alimentaire garantie,
- proposition de loi visant à intégrer les périodes de bénévolat dans le calcul de la retraite,
- proposition de loi visant à prévenir les pollutions de la ressource en eau,
- proposition de loi visant à garantir l'honorabilité des personnes intervenant auprès des mineurs,
- proposition de résolution visant à élargir la reconnaissance des maladies professionnelles provoquées par l'exposition aux rayonnements ionisants,
- proposition de résolution visant à faire reconnaître la lutte contre le cancer de l'enfant, grande cause nationale 2027,
- rapport fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur la proposition de loi visant à renforcer le contrôle, la gouvernance et la responsabilité financière des agences et opérateurs de l'Etat,
- proposition de résolution visant à la reconnaissance du traumatisme psychique conséquent au vécu raciste,
- proposition de loi visant à interdire les sucres ajoutés aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge,

#### **Sénat :**

- proposition de loi visant à atténuer une surtransposition relative à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques afin d'éviter la disparition de certaines filières agricoles,
- proposition de loi visant à garantir la liberté de choix des familles dans l'organisation des obsèques,
- proposition de loi visant à garantir la liberté de choix des familles dans l'organisation des obsèques,
- proposition de loi visant à généraliser la vérification de l'honorabilité des personnes intervenant au contact des mineurs,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la gestion des opérations funéraires et les pratiques commerciales dans les secteurs de l'assurance obsèques et des prestations funéraires,
- proposition de loi pour une politique funéraire territoriale simplifiée et respectueuse de la volonté des défunts,
- proposition de loi renforçant le principe de liberté de choix de l'opérateur funéraire par les familles endeuillées,
- proposition de loi visant à permettre la mise en place d'une enquête administrative et le contrôle des antécédents judiciaires des personnels d'encadrement des enfant
- proposition de loi concernant la représentativité au sein des unions régionales des professionnels de santé (URPS),

## **8. En Bourgogne Franche comté :**

### **8-1 Décisions de l'ARS BFC :**

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

#### **1- PAPRAPs**

La DG de l'ARS a approuvé le plan d'action pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins 2025-2028.

## **2- GCS médecine nucléaire du nord FC :**

La DG de l'ARS a approuvé la convention constitutive du « GCS de médecine nucléaire du nord FC ».

Il associe l'Hôpital nord FC à « la société civile d'imagerie nucléaire nord FC »

Il a pour objet de :

- ✓ faciliter, améliorer, développer les activités de l'HNFC et de la SC d'imagerie qui exercent une activité de médecine nucléaire,
- ✓ exploiter sur le site de l'HNFC 1 Tepsan et 3 caméras à scintillation,
- ✓ détenir l'autorisation d'activité de médecine nucléaire qui lui a été cédée par le GIE de médecine nucléaire du nord FC.

C'est un GCS de moyens de droit privé sans but lucratif.

Il prend donc le relai du GIE qui avait le même objet.

## **3- Régulation temporaire d'accès aux urgences :**

La DG de l'ARS a prorogé son arrêté autorisant la régulation temporaire 24h/24 de l'accès aux urgences des CH de Chalon sur Saône, Macon, Montceau les Mines, du Pays Brionnais-Charolais, Autun et de l'hôtel Dieu du Creusot du 2 février (8h) au 3 février (8h).

## **4- Régulation pérenne de l'accès aux urgences :**

Les premières autorisations de régulation pérenne de l'accès aux urgences telles que permises par l'arrêté du 18 mars 2025, arrivent.

- ✓ GH 70 site de Gray :

Du 8 février 2026 à 19h au 8 février 2027 à 7h30, régulation de 19h à 7h30,

La décision de la DG de l'ARS précise bien que :

- pour les patients se présentant spontanément aux urgences, un interphone permet une mise en relation avec le service d'accueil des urgences,
- lorsque le médecin urgentiste est présent, il assure la prise en charge du patient sans régulation préalable,
- en cas d'indisponibilité du médecin urgentiste (engagement SMUR), une première évaluation est faite par un professionnel afin d'identifier l'existence d'un besoin de soins d'urgence. A défaut, un téléphone dédié permet une mise en relation directe avec le SAMU-SAS en vue d'organiser la réorientation du patient.
- Sont exclus de la réorientation les patients faisant l'objet d'un adressage par un médecin, ainsi que les populations vulnérables ( mineurs, personnes en situation de handicap, personnes âgées, ainsi que les personnes présentant une barrière de la langue).

Sont applicables les autres dispositions citées ci-dessous pour le CHU de Dijon.

- ✓ CHU de Dijon :

Du 11 février 2026 au 10 février 2027, régulation tous les jours 24h/24

La décision de la DG de l'ARS précise bien que :

- toute entrée aux urgences doit avoir fait l'objet d'un appel préalable au SAMU- SAS qui opère une régulation médicale et l'orientation adéquate,
- pour les patients se présentant spontanément aux urgences, un accueil est réalisé par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) assurant l'évaluation du besoin en soins de l'utilisateur,
- sont exclus de la régulation les patients orientés par un médecin extérieur au CHU, par un médecin ou professionnel du CHU , ainsi que les personnes présentant une barrière de la langue et un handicap,

- afin d'assurer la lisibilité et la bonne compréhension du dispositif, l'établissement mettra en œuvre l'ensemble des moyens de communication à sa disposition pour informer la population,
  - l'arrêt de l'ARS sera diffusé sur le site internet de l'ARS et du CHU,
  - la mesure de régulation donne lieu à une évaluation régulière présentée annuellement au CCAR urgence et transmise à la CRSA.
- ✓ CH d'Autun, Chalon sur Saône, Macon, Montceau les Mines, du Pays Charolais – Brionnais, l'hôtel Dieu du Creusot, sont autorisés à réguler l'accès à leurs urgences du 10 février 2026 à 18h au 10 février 2027 à 8h, de 18h à 8H.

#### **5- Macon : centre dentaire**

L'ARS a délivré un agrément provisoire, pour un an, au centre de santé dentaire « clinic Mathieu » à Macon.  
Clinic Mathieu » est présenté comme une association.

#### **6- CH de Decize : autorisation de chirurgie**

L'autorisation de pratiquer l'activité de chirurgie délivrée au CH de Decize a été complétée pour y ajouter la mention orthopédie traumatologie en hospitalisation ambulatoire.

#### **7- GCS « Imagerie médicale de Gray » : télé-radiologie**

Le GCS « imagerie médicale de Gray » a été autorisé, « à titre temporaire (12 mois) à exercer une activité de radiologie diagnostique majoritairement réalisée par télé-radiologie ».

Cette dérogation ne s'applique pas aux activités relevant de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES).

L'article D 6124-226 prévoit que « si la situation le justifie, le DG de l'ARS compétente peut autoriser temporairement le titulaire à effectuer les actes diagnostiques [...] à distance par télé-radiologie.

## 8-2 Du côté des instances de démocratie en santé

### **1- : CRSA :**

La prochaine réunion plénière de la CRSA se déroulera le 2 avril à la CCI de Dijon

### **2- Copil Télésanté :**

Le copil télé santé s'est réuni le 5 février. A l'ordre du jour :

- ✓ Bilan de l'année 2025
- ✓ Assises de la télésanté
- ✓ Retour sur les ateliers « ergonomie »

A défaut de disposer du document de présentation nous regrettons de ne pouvoir rapporter le bilan, pourtant du plus grand intérêt. Peut-être serons nous en mesure de le faire dans la prochaine lettre.

Le prochain copil se réunira le 19 mai de 15h à 16h30 (présentiel ou visio).

### **3- Commission spécialisée prévention (CSP)**

La commission spécialisée prévention s'est réunie le 5 février ( 16 participants en présentiel et visio). Outre le traditionnel et très instructif échange d'actualités entre les membres, les sujets suivants ont été abordés :

## 1- Les grandes orientations de la direction de la santé publique de l'ARS

Mr Eric Lalaurie nouveau directeur (mais ancien directeur adjoint) de la santé de l'ARS est venu présenter, avec clarté et précision, les grandes orientations de sa direction.

### ✓ *Priorité 1 : renforcer les dispositifs de prévention promotion de la santé (PPS) et leur territorialisation :*

- Poursuivre la structuration de l'offre de prévention et sa territorialisation,
- Développer l'offre de PPS dans les structures de 1er recours.

### ✓ *Priorité 2 : Mettre en œuvre les programmes de prévention promotion de la santé*

- Poursuivre et renforcer le développement des compétences psychosociales,
- Déployer le dispositif « Mon bilan prévention »,
- Poursuivre la mise en œuvre de la stratégie régionale sport santé (SRSS) et du PNNS 4,
- Améliorer la couverture vaccinale et promouvoir les gestes barrières,
- Améliorer l'offre en santé sexuelle,
- Promouvoir les dépistages organisés (DO) des cancers,
- Promouvoir les programmes d'Éducation thérapeutique du patient,
- Poursuivre le programme de prévention du suicide,
- Lutter contre les addictions.

### ✓ *Priorité 3 : Agir sur les déterminants de santé environnementale*

- Améliorer la sécurité sanitaire des eaux (consommation humaine et loisirs),
- Protéger les populations les plus sensibles et les plus vulnérables dans leur environnement et leur habitat,
- Mettre en œuvre le dispositif de prévention contre le moustique tigre,
- Mettre en œuvre le dispositif de prévention contre les espèces invasives à risque pour la santé,
- Développer un urbanisme favorable à la santé,
- Dans le cadre du projet "Une seule santé" du PRS, développer l'approche USS en déclinaison de l'axe 4 du PRSE4
- Intégration d'un volet santé dans la COP: UFS et RESET.

## 2- Le bilan 2025 et les perspectives 2026 de la CSP

### ✓ *Le bilan 2025*

Comme chaque année et comme chaque commission spécialisée devrait le faire, la CSP a fait son bilan 2025.

Il est remarquable : 9 réunions , 1 séminaire (CPTS et Prévention), 146 informations partagées entre les membres, des sujets mis à l'ordre du jour de la CRSA, une mobilisation pour les élections municipales etc..

### ✓ *Les perspectives 2026*

Sont envisagés :

- Produits psychoactifs, addictions : nouveaux usages chez les jeunes,
- Résultats des ateliers Bons Jours,
- Élections municipales – suites.

Sans oublier le bilan de la mandature qui se termine cette année.

A l'image du bilan 2025, le bilan de mandature sera très positif grâce au « management » actif de sa présidente. Pour mémoire elle termine son 2° mandat et ne pourra en briguer un 3° , tout en pouvant, toutefois, rester membre de la commission.

### 3- Accessibilité et handicap :

Sujet présenté par Martine Cuenot APF France handicap et vice-présidente de France assos santé BFC : visionnage d'une vidéo « promenade de santé' (19mn) , réalisée par le groupe « Les Handicapables » de la délégation APF France handicap Délégation de Côte-d'Or

Comme habituellement, toutes ces informations (compte rendu, diaporamas présentés) ont été déposées dans les 3 jours suivant la réunion sur le site « ma santé en BFC» onglet CSP (hélas accessible aux seuls membres de la CRSA disposant d'un code).

### 4- La CSOS :

*La reprise :*

Après une période de pause, la CSOS a repris ses activités le 27 février avec une participation plus large que d'habitude (28 plus 3 pouvoirs).

Elle a examiné l'ordre du jour suivant (mis en ligne le 17 février) :

1- Bilan des décisions suite aux demandes d'autorisations reçues dans fenêtres :

- ✓ Fenêtre2 (01/05 au 30/06/24) :
  - HAD : 70 demandes à instruire déposées pour 17 entités géographiques différentes
  - SMR : 76 demandes à instruire déposées pour 89 entités géographiques différentesSoit un total de 246 demandes instruites pour 106 entités géographiques différentes
- ✓ Fenêtre 3 (01/09 au 31/10/24) :
  - Médecine : 52 demandes à instruire déposées pour 7 passages en CSOS
- ✓ Fenêtre 4 (01/01 au 28/02/25) :
  - traitement du cancer : 256 demandes à instruire déposées pour 31 entités géographiques différentes,
  - psychiatrie : 72 demandes à instruire déposées pour 35 entités géographiques différentes
  - soins critiques : 58 demandes à instruire déposées pour 21 entités géographiques différentesSoit un total de 386 demandes instruites pour 61 entités géographiques différentes.

Ce bilan fait apparaitre : les votes défavorables de la CSOS, les décisions de refus DGARS contraire à l'avis de la CSOS

Il ne fait pas mention des recours gracieux, hiérarchiques (auprès du ministère , et contentieux devant le tribunal administratif.

2- Des demandes de reconnaissance de besoin exceptionnel

- ✓ en chirurgie oncologique pour les zones de planification de Saône et Loire Bresse Morvan et Bourgogne méridionale,
  - ✓ en activité interventionnelle sous imagerie médical (rythmologie) sur la zone de planification de Côte d'Or
- En créant des OQOS supplémentaires, ce procédé témoigne de l' « imperfection » du SRS et permet en même temps de répondre favorablement à la demande d'un établissement

3- Des demandes d'autorisation d'activité

- ✓ de gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néo natale, zone de planification sanitaire de la Saône-et-Loire-Bresse-Morvan,
- ✓ de dépistage prénatal (DPN) modalité « examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses », zone centre Franche Comté,
- ✓ de chirurgie pédiatrique, zone Hte Saône
- ✓ de médecine, zone de l'Yonne,

#### 4- Des demandes de confirmation suite à cession d'autorisation

Prochaines réunions de la CSOS: 4 avril (9h), 30 avril (9h), 7 mai (9h), 18 mai (14h). *Les réunions des 25 et 31 mars sont annulées.*

#### *Important : approbation des comptes rendus :*

Le règlement de la CSOS a été modifié pour la période de mise en œuvre de la réforme des autorisations pour ce qui concerne les comptes rendus des réunions. Il a été convenu de procéder en deux étapes : d'abord, la mise à disposition du compte rendu avec un délai de 7 jours pour soumettre des demandes de modifications, suivie de l'envoi d'un lien de vote avec un délai de 7 jours pour répondre (l'avis est considéré favorable en l'absence de réponse sous 7 jours).

Par mail du 26 février, les membres de la CSOS ont été informés de la mise en ligne des relevés de décisions des 14 séances qui se sont déroulées du 21 mars au 17 juillet 2025.

Ils ont jusqu'au 5 mars inclus pour procéder à la relecture, avant de recevoir un lien pour le vote valable pendant un délai de 7 jours.

Resteront ensuite à valider les comptes rendus des réunions des 23 octobre et 13 novembre 2025 et du 27 février 2026.

### 8-3 RU en établissements : 2° tour

A l'issue de la procédure de renouvellement, fin 2025, des représentants des usagers siégeant dans les commissions des usagers (CDU) des établissements : 146 sièges sont restés vacants L'ARS a informé les associations agréées d'un appel à candidatures afin de pourvoir ces sièges vacants.

Ils sont ainsi répartis :

Départements	Titulaires	Suppléants	Total
21	5	16	21
25	4	19	23
39	2	10	12
58	15	32	47
70	2	5	7
71	5	21	26
89	1	8	9
90	0	1	1
Total	34	112	146

La distinction entre siège de titulaire et siège de suppléant ne devrait pas constituer un frein aux candidatures car l'usage veut que titulaires et suppléants soient invités à chaque réunion de CDU .

Les personnes intéressées peuvent s'adresser à une association agréée qui :

✓ pourra leur transmettre les documents suivants :

- la fiche de candidature (fiche support) avec la liste des sièges à pourvoir par établissement,
  - une fiche d'information sur « la CDU : son rôle dans la démarche qualité et sécurité des établissements de santé »,
  - une fiche d'information sur « la CDU son rôle dans l'examen des plaintes ».
- ✓ devra impérativement transmettre leur candidature à l'ARS via la plateforme « démarche numérique ».

Pour information, l'ARUCAH tient à disposition une monographie sur « la commission des usagers ».

Son site étant en reconstruction, elle peut être demandée par mail [arucah.bfc@gmail.com](mailto:arucah.bfc@gmail.com)

#### 8-4 Les GEM en BFC :

Nous avons déjà présenté les groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Dans un communiqué du 27 janvier, l'ARS présente les GEM et donne accès à une plaquette très complète sur leur déploiement en en BFC

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/153019/download?inline=>

#### **Qu'est-ce qu'un GEM ?**

Les GEM ont été créés par la loi la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». Ce sont :

- ✓ des outils d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité,
- ✓ des structures associatives, qui offrent un lieu de rencontre et d'entraide à des personnes souffrant de troubles ou de handicaps similaires : troubles psychiques, troubles du neurodéveloppement, lésions cérébrales....
- ✓ des lieux de rencontre et de pair-aidance qui répondent aux principes d'organisation et de fonctionnement fixés par le cahier des charges de l'arrêté du 27 juin 2019

Ce ne sont pas des structures médico-sociales au sens du code de l'action sociale et des familles. Ils ne délivrent ni soins ni prestations, et l'adhésion au GEM n'est pas conditionnée à une orientation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Ils sont généralement adossés à un établissement ou une autre association (le parrain), tout en fonctionnant sur le principe de l'autogestion.

Ils disposent d'un local et d'un salarié animateur et/ou coordinateur éventuellement épaulé par des bénévoles.

Ils entretiennent des partenariats avec des acteurs extérieurs : milieu associatif, commune d'implantation, MDPH, acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement, acteurs de l'insertion sociale et professionnelle...

Ils sont financés par l'ARS et/ ou les collectivités locales.

#### **Les GEM en BFC :**

Les premiers GEM en BFC ont été créés en 2006. Il en existe aujourd'hui 45 dont :

- ✓ 28 GEM troubles psy dont 2 spécifiques jeunes,
- ✓ 8 GEM TSA (troubles du spectre de l'autisme),
- ✓ 8 GEM cérébraux lésés, (ou TC : traumatisés crâniens)
- ✓ 1 GEM déficients intellectuels.

### Déploiement en BFC :

Il existe différentes catégories de GEM : 9 antennes, 2 GEM itinérants , 2 GEM multisites et 25 GEM disposent d'un véhicules.

Les GEM totalisaient 1 141 adhérents en 2024 dont

- ✓ GEM troubles psy : 1 080
- ✓ GEM TSA: 208
- ✓ GEM TC : 161

### Localisation (2025) et financement (2024) :

	Nb de GEM	Nb d'adhérents	Financement (k€)
Doubs	10	311	913
Côte d'Or	7	207	630
Jura	6	109	658
Nièvre	5	103	470
Hte Saône	4	90	380
Saône et Loire	6	166	570
Yonne	5	104	520
T. de Belfort	2	51	190
<b>tOTAL</b>	<b>45</b>	<b>1 141</b>	<b>4,3M€</b>

## 8-5 CPAM : appel à candidatures

Les conseils d'administration des 8 CPAM de la région doivent être renouvelés pour la période 2026-2030.

Chaque CA compte 4 représentants des usagers. Sur les 32 sièges, 27 restent encore à pourvoir. Conditions pour être candidat : être proposé par une association agréée et âgé de moins de 66 ans.

Les candidatures sont relayées par France Assos Santé BFC qui constitue les dossiers.

Renseignement : Elodie Hong Van

[ehongvan@france-assos-sante.org](mailto:ehongvan@france-assos-sante.org)

06 76 55 08 15

03 80 49 19 37

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

### 1- Hôpitaux et établissements médico-sociaux :

#### ✓ **Vacances d'emplois**

- CH de Montceau-les-Mines, Chalon-sur-Saône, Autun, Chagny, la Guiche-Mont Saint Vincent, Toulon-sur-Arroux, les EHPAD d'Épinac et de Couches : un emploi de directeur adjoint en charge du pôle de gériatrie et médico-social de la direction commune,

- HNFC et CHSLD à Bavilliers : un emploi de directeur adjoint au directeur des affaires financières et de l'analyse de gestion en charge de la performance et de la contractualisation,
- ✓ **nominations :**
- CH de Mâcon, du Pays Charolais-Brionnais à Paray-le-Monial, du Clunisois, de Tournus et EHPAD de Bois-Sainte-Marie, de Chauffailles, de Digoin : Julie Delaitre directrice adjointe chargée des affaires médicales

## **2- Administration préfectorale**

« M. Amaury de Barbeyrac , administrateur territorial, est nommé sous-préfet d'Autun pour une durée initiale de trois ans ». (JO du 8/02)

## **3- Besançon : une maison médicale de garde (MMG)**

Le 6 février, le CHU de Besançon a inauguré une nouvelle MMG, dans les locaux de l'hôpital Jean-Minjoz, juste à côté de l'entrée des urgences..

Elle permet d'assurer « *une réponse médicale de proximité, uniquement sur régulation du 116117, en dehors des horaires habituels des cabinets, lorsque aucun rendez-vous n'est disponible avec SOS Médecins.* »

### *Principes de fonctionnement :*

Cette MMG vient en complément de SOS Médecin , 1° opérateur de garde sur le bassin de Besançon qui atteint parfois un niveau de saturation.

Le patient peut soit contacter directement SOS, soit composer le 116117 qui pourra l'orienter vers SOS ou la MMG si SOS n'a pas de possibilité d'accueil.

L'accès à la MMG est préalablement régulé, l'accès direct n'est pas possible.

A la marge, les patients qui se présenteraient spontanément aux urgences sans appel téléphonique préalable pourront être réorientés vers la MMG s'il apparaît qu'ils ne relèvent pas de la filière des urgences.

A noter qu'à l'exception du site de Gray (dépendant du GH 70) aucun des services d'urgence relevant du CRR15 de Besançon , ne fait l'objet d'une décision d'autorisation de régulation (temporaire ou pérenne) de l'ARS.

Si le patient a besoin d'actes techniques (imagerie et biologie) la régulation libérale (ACORELI) le redirige vers les urgences

### *Horaires*

La MMG fonctionne en dehors des heures ouvrables des cabinets libéraux , la semaine de 20h à 00h, le samedi de 12h à 00h, les dimanches et jours fériés 8h à 00h.

### *Prise en charge :*

Une quarantaine de médecins libéraux , regroupés au sein de l' « association médicale de garde bisontine », se relaient pour assurer les gardes au sein du cabinet de la MMG.

Cette association fonctionne en symbiose avec l'ACORELI qui assure la régulation libérale (116117)

Sur présentation de la carte vitale ou d'une attestation de droits, le prix de la consultation est celui d'une consultation majorée, de 56,50 euros à 72 euros pour le tarif de nuit, pris en charge par la CPAM et les mutuelles.

Les médecins consultants pratiquent le tiers payant

#### *Financement :*

Le fonctionnement est intégralement financé par l'ARS pour un coût de 57 000 euros par an. Il comprend du temps de coordination et de secrétariat, et de l'équipement.

#### **4- CHU de Dijon : la maison des femmes**

Le 7 janvier, le CHU Dijon Bourgogne a inauguré la Maison des femmes – Santé Côte-d'Or. C'est un nouveau lieu dédié à l'accueil et à l'accompagnement des femmes victimes de violences, implanté à la clinique Bénigne Joly de Talant, et rattaché au service de médecine légale.

Conçue comme un espace sécurisé, confidentiel et bienveillant, la Maison des femmes propose une prise en charge globale, associant soins médicaux, accompagnement psychologique et soutien social.

#### **5- « Médecin solidaire » à Joux la Ville**

Dans la lutte contre les déserts médicaux, la labellisation « France santé » est venue voler la vedette au dispositif « médecins solidaires » qui doit concerner 151 zones particulièrement désertiques en France.

Nous avons retrouvé sa trace dans l'« Yonne Républicaine » du 18 février qui annonce « le dispositif médecin solidaire lancé » à Joux Ville.

La communauté de communes (35 communes) du Serein serait donc l'une de ces 151 zones. Joux la ville, située à 28 km d'Auxerre, compte 1 175 habitants. Elle bénéficie depuis avril 2025 d'une antenne de la maison médicale de Vermenton distante de 12,7km, dont les médecins viennent consulter (1,5 jour par semaine pour l'un, 1 semaine par mois pour un autre).

La communauté de communes a apporté un concours financier.

#### **6- Accueil des personnes handicapées vieillissantes dans la Nièvre : appel à candidatures**

L'ARS a lancé un AAC pour la création d'une unité dédiée à l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes (PHV) en EHPAD dans le département de la Nièvre.

La cible est une unité de 15 places : 7 cas lourds sortant d'EAM (établissement d'accueil médicalisé) et , 8 cas légers sortants de EANM (EA non médicalisé).

L'ARS sera le seul financeur de cette unité à raison de à 18 189 € la place pour les cas lourds, et de 11 304 € pour les cas légers soit un total de 217 755 €

Cahier des charges :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/157186/download?inline>

Date limite de candidature : 15 avril.

## **9 Brèves :**

### **1- Dépistage du cancer du poumon :**

#### *Une cause majeure de mortalité :*

Avec 30 400 décès en 2021 et 52 777 nouveaux cas en 2023 en France, le cancer du poumon est la première cause de mortalité par cancer, en France. Le tabac, est responsable de 85 % de ces cancers.

Le taux de survie à 5 ans après le diagnostic est de 20 %.

L'INCa a annoncé le lancement, en mars ou avril, d'un programme national pilote du cancer du poumon nommé « Impulsion » (IMPLémentation du dépistage du cancer PULmonaire en populatiON).

Ce dépistage cible les fumeurs ou ex-fumeurs masculins ou féminins de 50 ans à 74 ans, qui consomment ou ont consommé au moins l'équivalent d'un paquet de cigarettes par jour

pendant 20 ans (ou deux paquets par jour pendant 10 ans, 10 cigarettes par jour pendant 40 ans...).

Les participants seront invités à réaliser 2 scanners à un an d'intervalle, puis un tous les 2 ans. Ceux qui fument toujours se verront proposer, en sus, un accompagnement au sevrage tabagique.

Ce programme recrutera 20 000 participants d'ici à 2027 et les suivra pendant trois ans. Il débutera dans 5 régions (hors BFC) avant d'être étendu à l'ensemble du territoire à l'horizon 2030.

#### *Le temps des annonces :*

Le 4 février était la journée du cancer, donc le moment choisi pour faire des annonces :

- ✓ La ministre a annoncé le dépistage du cancer du poumon d'ici 2030 ; elle a également annoncé « *un autre dépistage, dans le cadre d'une nouvelle expérimentation pour cibler les personnes qui sont à haut risque de cancer du sein* ».
- ✓ Le président de la république n'est pas en reste : il a annoncé que le budget d'un vaste plan contre le cancer, qui court de 2021 à 2030 en couvrant un champ allant de la prévention à l'amélioration des soins, serait maintenu à un niveau semblable à celui de ces dernières années.

Le second volet de la stratégie décennale 2021-2030 bonifiera donc d'un financement de 1,7 milliard d'euros sur les 5 ans à venir.

## **2- Fin de vie : le point**

### *2-1 La chronologie :*

4 février : après son rejet par le sénat, les projets de loi sur la fin de vie (aide à mourir, soins palliatifs) sont revenus à l'assemblée nationale pour une 2<sup>e</sup> lecture dans leur version votée en mai 2025. La commission des affaires sociales a approuvé la création d'un droit à l'aide à mourir, dont les contours sont quasi identiques à ceux qui avaient été précédemment adoptés.

16 février : le texte revient en séance plénière à l'assemblée nationale

25 février : après une semaine de débats, l'examen de quelque 2 000 amendements et avec un jour de décalage par rapport au calendrier initial, les 2 textes ont été soumis au vote solennel de l'assemblée.

Elle a voté à l'unanimité (491 voix) le projet de loi sur les soins palliatifs et à la majorité de 299 voix pour, 226 contre et 37 abstentions (versus 305 pour, et 19 contre en 1<sup>o</sup> lecture le 25 mai 2025) le projet sur l'aide à mourir.

Le texte sur l'aide à mourir repartira au sénat pour une 2<sup>e</sup> lecture entre le 1<sup>o</sup> et le 3 avril. Il prendra certainement le temps d'en débattre, ne serait-ce que pour effacer la piètre image de la 1<sup>o</sup> lecture.

Mais comme il est improbable qu'il vote le texte validé par l'assemblée nationale, il faudra le soumettre à une commission mixte paritaire qui, a priori, devrait se conclure rapidement faute d'accord sur un texte commun.

Le texte repartira donc en 3<sup>e</sup> lecture à l'assemblée nationale qui aura alors le dernier mot. On peut espérer que le texte soit voté avant l'été, sans recours à l'article 49,3, soit 3 ans après les conclusions de la convention citoyenne.

Que contiennent donc les textes votés le 25 février par l'assemblée ?

### *2-2 Les soins palliatifs :*

Les textes sur les soins palliatifs ont été très consensuels. Retenons simplement :

- la création de « *maisons d'accompagnement* », intermédiaires entre le domicile et l'hôpital,

- la suppression d'un « *droit opposable* » à disposer de soins palliatifs, qui aurait été illusoire et donc générateur de contentieux inutiles.

### 2-3 L'aide à mourir :

#### ✓ Les modalités d'administration :

Les députés ont décidé de refaire de l'auto administration de la substance létale la règle, et l'administration par un soignant l'exception. Il faudra que le patient ne soit « *physiquement pas en mesure de le faire* », pour qu'un médecin ou un infirmier s'en charge.

#### ✓ La notion de souffrance :

Le texte initial prévoyait que le patient doive présenter une souffrance « *physique ou psychologique* », mais, à l'initiative du gouvernement, les députés ont réécrit cette notion, en précisant qu'une « *souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir* ».

#### ✓ Les 5 conditions :

- être majeur,
- être français ou résident en France,
- être atteint d'une « *affection grave et incurable* » qui « *engage le pronostic vital* » en phase avancée ou terminale
- être « *apte à manifester sa volonté de façon libre et éclairée* »,
- « *présenter une souffrance liée à cette affection* » étant « *soit réfractaire aux traitements, soit insupportable selon la personne lorsqu'elle a choisi de ne pas recevoir ou d'arrêter de recevoir un traitement* ».

### 3- Fin de vie : la position des ordres professionnels

Avant même le débat à l'assemblée nationale le conseil national de l'ordre des médecins et celui des infirmiers ont publié un communiqué commun le 12 février.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/medecin-linfirmier-laccompagnement-fin-vie>

#### ✓ *Priorité aux soins palliatifs* :

Ils réaffirment que « la priorité absolue doit être la mise en œuvre d'une véritable politique nationale de soins palliatifs, qui doit garantir le déploiement d'équipes de soins palliatifs dans tous les départements, ainsi que la création et la montée en charge de maisons d'accompagnement et de soins palliatifs ».

#### ✓ *Accompagner* :

Le médecin et l'infirmier doivent « accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage ». Ils ne peuvent « provoquer délibérément la mort ».

#### ✓ *Une clause de conscience* :

« La future loi devrait prévoir une clause de conscience explicite et spécifique au médecin et à l'infirmier amenés à être sollicités pour participer à une procédure d'aide à mourir ».

#### ✓ *La suppression du délit d'entrave* :

Le délit d'entrave, qui ne saurait s'appliquer ni aux médecins qui seraient amenés à déclarer un patient inéligible à l'aide à mourir, ni aux professionnels qui feraient valoir leur clause de conscience, devrait être supprimé.

### 4- Grand âge : on en reparle

#### *L'information* :

En décembre, Mme. Parmentier-Lecocq, ministre déléguée aux personnes âgées et handicapées « souhaite présenter d'ici début janvier un plan grand âge pour nous permettre de relever le défi du vieillissement et d'établir une stratégie jusqu'en 2050 ».

Elle annonçait même les mesures envisagées parmi lesquelles :

- ✓ le « fonds mobilité » de 75 millions d'euros créé en 2025 pour aider les services d'aide à domicile à s'équiper de véhicules professionnels,
- ✓ la promotion et la diffusion du programme de prévention de la perte d'autonomie à partir de l'application numérique « Icope », qui permet une autoévaluation et le cas échéant une prise en charge médicale,
- ✓ la « stratégie nationale » de prise en charge des maladies neurodégénératives,
- ✓ la poursuite de la création de postes en Ehpad, même si le nombre baisse (4 500 dans le PLFSS 2026 contre 6 500 dans celui de 2025),
- ✓ la recherche d'une 3<sup>e</sup> voie entre l'Ehpad et le domicile individuel : l'habitat partagé. Pour amorcer ce tournant, le PLFSS 2026 prévoit une enveloppe de 100 millions d'euros afin de créer 10 000 places en habitat partagé. Le plan prévoit également qu'il faudra en créer 110 000 d'ici à 2030, ce qui suppose de modifier le cadre juridique réglementaire actuel qui bride ce développement.

Mais le financement n'était pas évoqué, sans doute laissé à l'appréciation du futur président de la République.

#### *Le démenti :*

Le 5 février, on apprenait que la présentation du plan grand âge prévue le 12 février était reportée, sans annonce d'une nouvelle date.

En même temps on apprenait que Mme Parmentier-Lecocq pourrait quitter prochainement son ministère pour retrouver son siège de député du nord, son suppléant étant candidat aux municipales ne pourrait en effet exercer en même temps son mandat de député s'il est élu maire. L'information s'est vérifiée puisqu'elle a été remplacée le 26 février par Mme Galliard Minier.

Plus de plan, plus de ministre : les vieux, de plus en plus nombreux et qui vivent de plus en plus longtemps peuvent bien patienter encore. Le plan grand âge l'arlésienne

#### *Les réactions*

Il va sans dire que les réactions ont été nombreuses.

Le 6 février, la FHF estimait que ce report « nourrit un sentiment d'abandon des politiques publiques en direction du grand âge »

[https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-02/CP\\_FHF\\_Grand\\_age\\_besoins\\_massifs\\_decisions\\_reportees\\_06022026.pdf](https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-02/CP_FHF_Grand_age_besoins_massifs_decisions_reportees_06022026.pdf)

De son côté, le 13 février, Claire Hédon, la défenseuse des droits a estimé « inquiétant » ce nouveau report insistant sur l'urgence de revoir à la hausse le taux d'encadrement dans les EHPAD et à le faire passer à 8 professionnels pour 10 résidents, contre 6,5 pour 10 actuellement. Elle s'est également inquiétée de la « peur de représailles » des familles qui l'alertent sur des dysfonctionnements dans certains établissements mais finissent par se désister par crainte d'une « forme de vengeance » sur leur proche.

#### **5- Autonomie : 150 000 à 200 000 emplois nécessaires en 2050 (DREES)**

Faut-il voir un lien entre le report du plan grand âge et le n° 1365 de février de la revue « études et résultat » de la Drees (7 pages) qui prévoit que entre 150 et 200 000 emplois supplémentaires seront nécessaires d'ici 2050 pour le soutien à l'autonomie des personnes âgées.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1365\\_LIVIA\\_MEL.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1365_LIVIA_MEL.pdf)

En 2050, près de 23 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivront en France, soit 5 millions de plus qu'en 2021.

L'hypothèse de la poursuite de l'allongement de la durée de vie sans perte d'autonomie et le maintien des pratiques actuelles d'entrée en Ehpad supposerait de créer 365 000 places en Ehpad entre 2021 et 2050, qui s'ajouteraient aux 640 000 existantes en 2021.  
Pour prodiguer les soins de base des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile ou en Ehpad, 156 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050.

#### **6- Un plan contre l'infertilité :**

La France a donc trop de personnes âgées et pas assez d'enfants pour les remplacer.  
Le 5 février, la ministre de la santé a détaillé le plan national contre l'infertilité promis en 2024 par le président de la république.  
Un message sera adressé à tous les habitants atteignant l'âge de 29 ans, « sans tonalité prescriptive », et un site internet dédié aux questions de reproduction sera lancé prochainement ainsi qu'une campagne de communication sur ces enjeux.  
Le plan, dont le budget n'a pas été précisé, prévoit aussi d'habiliter de nouveaux établissements à congeler et conserver des ovocytes, voire d'autoriser le secteur privé à investir ce créneau.

#### **7- Santé mentale : le délégué ministériel jette l'éponge**

Après 7 ans passés à inscrire la santé mentale au cœur des politiques publiques, Frank Bellivier, psychiatre de formation et délégué ministériel à la santé mentale, a quitté ses fonctions début février. Il ne sera pas remplacé.  
Par ailleurs, les 2 comités interministériels dirigés par le Premier ministre, annoncés l'année dernière pour donner un grand souffle à la santé mentale ont été annulés.  
Alors que la santé mentale a été érigée « grande cause nationale 2025 » reconduite en 2026, cette décision et ce départ inquiètent les associations de patients et les professionnels. Une psychiatre déclarait : « à force de reculades, cette grande cause va finir en immense déception ».

#### **8- Hébergement des données de santé : pour plus de sécurité**

Le « Health data Hub » est un vaste entrepôt de données de santé (EDS) des français a été créé en 2019.  
Ces données sont actuellement hébergées par Microsoft Azure aux USA, alors que depuis 2024, la loi impose de garantir la protection de données ultra sensibles de toute ingérence étrangère.  
Le 9 février le ministère de la santé a lancé un appel d'offres pour confier l'hébergement de ces données à une plateforme française ou européenne afin de les sécuriser.  
La solution retenue permettra d'héberger une copie complète de la base principale du système national des données de santé (SNDS) d'ici fin 2026. L'attribution de ce marché interviendra fin mars.

#### **9- Emprunt citoyen pour l'hôpital :**

Les hôpitaux traversent une crise financière sans précédent obligeant leurs directeurs à faire preuve d'imagination.  
Ainsi, Le CH de la côte Basque (Bayonne) a lancé un « emprunt citoyen » espérant lever 1,5 million d'euros pour participer au « fonctionnement courant » de l'établissement. C'est la plus grosse opération du genre en France.  
Chaque habitant peut placer son argent à partir de 1 euro : son capital lui est remboursé au terme de 12 mois, en une fois, assorti d'un taux d'intérêt fixe de 3,1 % brut annuel, une rémunération « supérieure à celle de certains livrets réglementés ».

#### **10- Résolution pour le sport :**

Le 16 février, l'assemblée nationale a adopté une résolution (n°238) « visant à renforcer le pilotage et la cohérence de la politique nationale du sport ».  
[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0238\\_texte-adopte-seance#](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0238_texte-adopte-seance#)

Elle a souhaité :

- ✓ que soit établi un budget pluriannuel du sport,
- ✓ que la dépendance du financement du sport aux taxes affectées soit progressivement supprimée, au profit d'une rebudgétisation intégrale,
- ✓ que soient encouragées la diversification et la modernisation des financements du sport, en favorisant les partenariats public-privé

et invité le gouvernement à :

- ✓ donner une impulsion politique forte à la stratégie nationale du sport, inscrite dans une loi de programmation,

- ✓ garantir la pérennité et la lisibilité des politiques du sport pour tous et du sport de haut niveau,

Bonne résolution et vœu pieux ?

### **11- Maltraitance : disparition du 3977**

À compter du 1er mars, la Fédération 3977 ne sera plus en charge de la plateforme nationale d'écoute et d'orientation dédiée aux situations de maltraitance envers les personnes âgées et les personnes en situation de handicap.

La gestion de cette plateforme était confiée à un opérateur privé lucratif : Qualisocial,

En 2024, le 3977 a reçu plus de 60 000 appels. Sa disparition fait peser un risque réel sur la qualité de l'accompagnement et sur la capacité des victimes à faire entendre leur parole.

### **12- Restes à charge : toujours plus**

Pour obtenir le vote de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026, le gouvernement avait fait des concessions parmi lesquelles le renoncement à l'augmentation de certains restes à charge et franchises .

Ce qu'il n'a pu obtenir par la loi, il le décide par la voie réglementaire, ce qui s'appelle sortir par la porte pour rentrer par la fenêtre.

*La douloureuse :*

Un arrêté du 27 février (JO du 28) prévoit les augmentations suivantes au 1<sup>er</sup> mars :

- ✓ le forfait journalier hospitalier passe de 20 à 23€ (de 15 à 17€ en psychiatrie),
- ✓ le forfait patient aux urgences facturé après un passage sans hospitalisation passe des 20 à 23 €,
- ✓ Le montant de la participation réduite est fixé à 9,96 €,
- ✓ le complément forfait patient urgences (CFU) est fixé à 13,04 euros.

Le produit espéré est de 470 M€ en année pleine (400 en 2026).

Il est aussi prévu une hausse du tarif national journalier de prestation, qui sert au calcul de la part restant à la charge du patient lors d'une hospitalisation, rétroactive au 1<sup>er</sup> janvier.

Enfin, il faut s'attendre à la suppression de l'exonération du ticket modérateur, dans certains cas notamment pour les personnes en ALD.

*Transfert de charges :*

La ministre assure que ces hausses, seront « indolores » pour les assurés ayant une complémentaire (96 % des assurés), puisqu'elles seront prises en charge par celles-ci .

Ce transfert s'ajoute donc à la taxe de 1 milliard infligée aux mutuelles pour 2026.

Personne n'est dupe : ce transfert de charges retombera sur l'assuré par le biais de l'augmentation de ses cotisations aux complémentaires en 2027.

*Les réactions :*

Dans un communiqué commun du 20 février, France Assos Santé, l'UNAF et la FNATH protestent contre ces hausses des restes à charge.

« Ces décisions, prises sans concertation avec les représentants des usagers de la santé, envoient un message brutal : quand il faut faire des économies, ce sont les malades qui paient ». L'UNSA rappelle que 2,5 millions de personnes parmi les moins favorisées, ne disposent pas d'une complémentaire, soit 4 % de la population.

### **13- Réforme des ARS des ARS :**

Nous avons déjà évoqué le projet de décentralisation et de réforme des agences de l'Etat, (édito de la lettre 88 de décembre 2025) annoncé par le 1<sup>er</sup> ministre le 14 novembre 2025 lors de la clôture des assises des départements de France, ainsi que la mission confiée conjointement à l'IGAS, l'IGA et l'IGF, (lettre 90 de février § 8-1) sur la décentralisation des politiques de santé et de l'autonomie et de transformation des ARS.

Les choses semblent se préciser et un avant-projet de loi sur la décentralisation et la transformation des ARS serait préparé dont le parcours législatif pourrai débuter en avril.

Il prévoit de transformer les ARS en directions régionales et départementales de la santé et de l'autonomie (DRSA/DDSA) et de confier automatiquement la présidence des conseils territoriaux de santé (CTS) qui deviendraient des conseils départementaux de santé, aux présidents des conseils départementaux et la présidence des CRSA aux présidents des conseils régionaux.

Il prévoit, en l'état, d'accorder au gouvernement la possibilité durant 18 mois de légiférer par ordonnance pour compléter la réforme. Autrement dit, le rôle, la composition et les pouvoirs des instances de démocratie sanitaire pourront être modifiés par voie réglementaire, sans débat parlementaire.

Dans un communiqué du 26 février,

<https://france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2026/02/CP-Reforme-ARS.pdf>

France Assos Santé voit dans cet avant-projet la « chronique d'une mort annoncée pour la démocratie en santé au niveau départemental et régional » et demande « qu'une véritable concertation sur la transformation des ARS s'ouvre le plus tôt possible avec tous les acteurs concernés dans le respect de la loi ».

En effet, l'article L 1411-1 du CSP prévoit que « tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de LFSS et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'UNCAM,[...], l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé » (UNASS autrement dit France Assos Santé).

### **14- Données de santé : un secret de polichinelle**

Après les hôpitaux c'est au tour des médecins libéraux d'être victimes de cyberattaques.

Le journal télévisé de 20 h du 26 février a révélé que des données de santé ont été dérobées, fin 2025, au groupe Cegedim, éditeur de logiciels pour professionnels de santé.

Selon les autorités et Cegedim, 1 500 médecins ont été piratés, 15 millions de Français sont concernés, dont 165 000 avec des notes sensibles sur leur profil.

Il s'agit essentiellement de données administratives : identité, âge, adresse, n) de téléphone ....

Mais, si le contenu du dossier médical (ordonnances, résultats d'examen, etc.) n'est pas concerné, ces données contiennent aussi des commentaires très personnels, sur les patients, rédigés par leur praticien pouvant concerner la pathologie elle-même, l'orientation sexuelle, la religion, la vie de famille...qui ne devraient pas se trouver dans la partie administrative.

Ces données sont en libre accès sur le « darck net » et les journalistes qui ont mené l'enquête ont appelé certaines victimes qui ont confirmé l'authenticité des données.

Des personnalités politiques de premier plan sont également présentes dans cette base, à l'image de potentiels candidats à l'élection présidentielle, de hauts fonctionnaires et de responsables de la sécurité nationale.

On peut se demander si les médecins piratés ont informé leurs patients qui n'ont aucun moyen de savoir ce que contenait les éventuels commentaires écrits dans leur dossier et, donc, la nature des informations divulguées.

Cette situation illustre l'attractivité des données de santé pour les cybercriminels, qui les exploitent comme un véritable business, avec des risques accrus d'usurpation d'identité, de chantage ou de discrimination.

## 10 Publications et bibliographie :

### 1- « *Responsabilité – plaidoyer pour l'action* » (Institut Montaigne)

L'Institut Montaigne a publié en février un rapport intitulé « responsabilité – plaidoyer pour l'action » (110 pages)

<https://institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/rapport-responsabilite-plaidoyer-pour-laction.pdf>

L'institut constate qu'aujourd'hui, les responsabilités sont de plus en plus diluées et la notion vidée de son sens. Ce constat est particulièrement visible dans le champ de l'action collective, où il est de plus en plus difficile d'identifier les vrais responsables ; État, ministères, collectivités, agences... l'enchevêtrement des compétences crée un brouillard décisionnel dans lequel il est de plus en plus difficile de se retrouver.

« Chacun des acteurs se retrouve ainsi enfermé dans un « confort de l'irresponsabilité », qui perd le citoyen tout en nourrissant sa défiance ».

### 3 leviers

L'institut a identifié 3 leviers :

- ✓ appliquer strictement le principe de subsidiarité afin de clarifier les responsabilités de chaque acteur et de mettre fin à la confusion des rôles,
- ✓ rendre visible le coût réel des services publics afin de sensibiliser élus et citoyens aux arbitrages garantissant le meilleur usage de l'argent public
- ✓ soumettre l'ensemble des acteurs publics à une véritable obligation de « reddition » des comptes nécessaire pour substituer une culture de résultats à une culture de moyens.

### 11 recommandations

Il propose 11 recommandations dont 3 ont plus particulièrement retenu notre attention :

#### ✓ recommandation n° 2 :

Repenser les délégations d'autorité accordées par l'État à ses opérateurs et ses agences afin qu'elles disposent de compétences limitées dans le temps et soient soumises à un contrôle rigoureux de l'autorité politique.

À ce titre, il convient d'instaurer des délégations d'autorité à durée déterminée pour l'accomplissement de la mission attribuée par le ministre et de lancer une revue indépendante des opérateurs existants afin d'apprécier l'adéquation de leur action à la mission qui leur a été confiée.

#### ✓ Recommandation° 6 :

Informez chacun du coût exact des prestations de santé dont il bénéficie. Il s'agit de veiller à ce que chacun reçoive une information personnalisée et complète sur les coûts de chaque acte médical, hospitalier et pharmaceutique dont il bénéficie. Une telle information serait portée sur les ordonnances, factures et relevés de soins.

Un tableau récapitulatif annuel serait à disposition dans l'espace numérique Ameli de chacun.

✓ *Recommandation n° 10 :*

Restaurer une éthique de responsabilité parlementaire dans les votes et discussions législatives. À ce titre, il convient d'inscrire dans la Constitution le principe d'une règle d'or propre à encadrer rigoureusement le recours au déficit et de repenser la répartition des travaux parlementaires entre la commission compétente et la séance publique, par l'octroi aux premières du monopole de l'examen public des amendements déposés sur le texte de loi en débat.

**2- « Chiffres clé du médicament : quel panorama en 2024 ? » (CNAM)**

Dans un communiqué et un dossier de presse publiés le 14 janvier, la CNAM dresse le panorama 2024 des dépenses de médicament

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-01-21-%20MAJ%20DP%20Panorama%20m%C3%A9dicaments%202024.pdf>

*Chiffres clé 2024 :*

Les dépenses liées aux médicaments occupent représentent environ 26% des dépenses de soins de ville sur l'année 2024.

les dépenses de médicaments remboursés s'élèvent à 37,9 Md€, soit une hausse de +7,6% par rapport à 2023 et de près de 45% sur 5 ans (+44,4%).

De juillet 2024 à juin 2025, plus de 2,54 milliards de boîtes ont été remboursées par l'Assurance Maladie,

La prise en charge par l'Assurance Maladie, en progression continue, atteint près de 88% en moyenne.

Le montant remboursé par assuré s'établit à 437 euros, avec 41 boîtes de médicaments sur l'année en moyenne.

Des couts annuels de traitement de plus en plus élevés : 26 médicaments au-delà de 80 000€/an/ patient (1 seul en 2015), dont 10 > 195 000€

*Quels médicaments les plus prescrits et remboursés en 2024 ?*

Les 20 premières molécules remboursées en montants traduisent une prépondérance forte des médicaments onéreux.

Les 20 médicaments les plus remboursés, en ville, représentent un montant global de 7,97 Md€, soit près de 30% des dépenses remboursées au total

*Les évolutions observées entre 2015 et 2025 ?*

Les médicaments anticancéreux désormais en 1ère position des classes thérapeutiques Remboursées

Une stabilité (en volume) des médicaments les plus prescrits entre 2015 et 2025

*Quels médicaments prescrits selon les spécialités médicales ?*

Médecins exerçant en établissements : une dynamique forte

Médecins généralistes : des volumes de prescriptions toujours très importants, un poids dans les dépenses en recul

Un prix moyen avec un écart de 1 à 6 entre les médecins prescripteurs

*Une inflation particulièrement forte des couts de traitement :*

Un coût de traitement qui progresse globalement, et plus fortement encore pour les médicaments innovants

Des coûts de traitement par patient en forte hausse, tirés par l'innovation et l'oncologie

*Sécuriser la prescription et la délivrance des médicaments :*

Ordonnance numérique

Présentation obligatoire de la carte Vitale en officine pour bénéficier du tiers payant, Antidiabétiques analogues du GLP-1 : un dispositif d'accompagnement pour garantir la pertinence des prescriptions et lutter contre le mésusage.

*Lutter contre la fraude : de nouveaux outils :*

Asafo-Pharma : outiller les pharmaciens dans la lutte contre les fausses ordonnances, L'ordonnance sécurisée, pour lutter contre le mésusage et les fraudes sur les médicaments à Risques,

### **3- Qui recourt à la téléconsultation ? (DREES)**

« Etudes et Résultats » de février (7 pages) fait le constat que « les jeunes, les diplômés et les habitants des grandes villes recourent davantage aux téléconsultations ».

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1366\\_T%C3%A9l%C3%A9consultations.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-02/ER1366_T%C3%A9l%C3%A9consultations.pdf)

Les autres constats sont les suivants :

- ✓ Les plus jeunes, les plus diplômés et les habitant des grands centres urbains recourent davantage à la téléconsultation,
- ✓ Les femmes et les familles avec enfants pratiquent davantage la téléconsultation,
- ✓ Les personnes les plus favorisées et celles en bonne santé recourent davantage à la téléconsultation,
- ✓ Les délais d'attente trop longs, principale raison à l'origine des téléconsultations,
- ✓ Deux tiers des personnes qui n'ont pas téléconsulté préfèrent se rendre sur place,
- ✓ Une vision plus libérale des politiques de santé parmi les télépatients,
- ✓ Plus de sept personnes sur dix estiment que les téléconsultations sont un moyen de lutter contre les déserts médicaux,
- ✓ Pour la grande majorité des personnes, les téléconsultations déshumanisent la relation entre le patient et le médecin,
- ✓ Les télépatients moins favorables à des restrictions sur les possibilités ouvertes par la téléconsultation.

### **4- Personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs (TNC) : recueil de leur point de vue**

Le 15 janvier, la HAS a mis en ligne un guide méthodologique pour « recueillir le point de vue des personnes âgées atteintes de TNC modérés à sévères en ESSMS » (18 pages).

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-01/recueil\\_point\\_de\\_vue\\_personnes\\_agees\\_tnc.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-01/recueil_point_de_vue_personnes_agees_tnc.pdf)

Ce document s'inscrit dans le programme de travail pluriannuel de la HAS intitulé « soutenir les établissements et services sociaux et médico sociaux dans le recueil du point de vue des personnes qu'ils accompagnent » et fait suite au guide méthodologique sur « recueillir le point de vue des personnes hébergées ou accueillies en EHPAD » (2023 – 70 pages).

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/recueil\\_du\\_point\\_de\\_vue\\_des\\_personnes\\_hebergees\\_ou\\_accueillies\\_en\\_ehpad\\_-\\_guide\\_methodologique.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/recueil_du_point_de_vue_des_personnes_hebergees_ou_accueillies_en_ehpad_-_guide_methodologique.pdf)

Il vise à apporter aux professionnels des ESSMS accueillant ou accompagnant les personnes âgées avec des TNC des éclairages sur la mise en œuvre de la démarche de recueil de leur point de vue.

Le préambule présente les objectifs du document et les enjeux du recueil du point de vue des personnes.

Les autres parties portent sur :

- ✓ la capacité de prise de décision,

- ✓ les méthodes de recueil auprès des personnes âgées, y compris des cas pratiques,
- ✓ les techniques de communication à l'écrit et à l'oral avec les personnes âgées,
- ✓ les bonnes pratiques et moyens de pérenniser la démarche de recueil au sein des établissements et services.

### **5- « Evaluation des centres de soins non programmés » CSNP) (IGAS)**

L'IGAS (2 auteurs dont Alain Morin) a publié en octobre dernier un rapport intitulé « évaluation des centres de soins non programmés : mieux structurer l'offre » (95 pages)

<file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20-%20centres%20de%20soins%20non%20programm%C3%A9s%202025-050R.pdf>

#### *3 constats :*

- 1- Les structures offrant des soins non programmés n'ont pas d'existence juridique propre et sont par conséquent difficiles à recenser,
- 2- Une installation majoritairement en zone urbaine dense, sans coordination ni concertation, qui cristallise les inquiétudes et polarise le débat,
- 3- Une nouvelle offre en réponse aux demandes de de soins non programmés qui cristallise néanmoins certaines inquiétudes.

#### *3 Scénarii :*

L'IGAS identifie 3 scénarii d'évolution pour structurer l'offre :

##### *Scénario 1 :*

Il consiste à ne pas encadrer l'existence de ces centres par la loi et s'appuyer exclusivement sur une convention médicale.

Il nécessiterait cependant une clarification par l'Assurance maladie des règles applicables par les centres en matière de majoration et l'application éventuelle de sanctions

##### *Scénario 2 :*

A l'inverse il viserait un encadrement par la loi de l'ensemble des CSNP quel que soit leur modèle économique et de fonctionnement. Ce second scénario est celui porté par la LFSS pour 2026. Cette reconnaissance s'appuierait sur la création d'un numéro FINESS et permettrait une mesure de leur activité.

##### *Scénario 3 :*

Il renforce le 2° en privilégiant la seule reconnaissance des CSNP capables d'offrir un petit plateau technique et intervenant en complémentarité des services d'urgence, selon un maillage territorial prédéfini par l'ARS.

La mission privilégie ce scénario car il permettrait un travail territorial d'analyse des besoins, et n'emporterait pas le risque de financer un secteur sans besoin de financement.

#### *12 Recommandations :*

L'IGAS identifie 12 recommandations parmi lesquelles nous avons noté :

- ✓ déployer une campagne de communication grand public autour du service d'accès aux soins (SAS) et de la permanence des soins ambulatoires (PDSA),
- ✓ intégrer l'existence des CSNP dans le cadre de la mise en place de la biologie délocalisée,
- ✓ prévoir une mesure d'encadrement de l'implantation et du fonctionnement des CSNP dans le PLFSS ne reconnaissant que les centres avec plateau technique répondant à un besoin territorial,
- ✓ adapter les règles du zonage infirmier pour permettre aux seules structures autorisées un recrutement d'infirmières DE,
- ✓ réviser la convention nationale et clarifier au plan national les règles d'utilisation des majorations pour nuit, jours fériés, et soins non programmés en journée.

## **6- Situation financière des hôpitaux (rapports IGAS-IGF)**

La situation financière des hôpitaux publics n'a jamais été aussi dégradée. Le ministère a donc demandé à l'IGAS et à l'IGF d'analyser la situation et de proposer des voies d'amélioration. Elles ont publié leur travail dans 2 rapports parus fin 2025 :

- ✓ « La compensation financière des revalorisations salariales et de l'inflation dans les établissements publics de santé entre 2020 et 2024 » ( rapport IGAS - 163 pages)  
[file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20compensation\\_charges%20dans%20le%20%C3%A9tablissements%20publics%20de%20sant%C3%A9%20\(2025\).pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20compensation_charges%20dans%20le%20%C3%A9tablissements%20publics%20de%20sant%C3%A9%20(2025).pdf)
- ✓ « Face à la gravité de la situation financières des hôpitaux publics renforcer l'efficience par une intégration territoriale » ( rapport IGAS-IGF 578 pages)  
[file:///C:/Users/33770/Downloads/Situation\\_financi%C3%A8re\\_des\\_h%C3%B4pitaux%20publics\\_renforcer\\_l'efficience\\_par\\_une\\_int%C3%A9gration\\_territoriale\\_\(Igas-IGF\).pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/Situation_financi%C3%A8re_des_h%C3%B4pitaux%20publics_renforcer_l'efficience_par_une_int%C3%A9gration_territoriale_(Igas-IGF).pdf)

Nous reviendrons sur le sujet dans une prochaine lettre.

## **7- Métiers de l'autonomie : 3 rapports de l'IGAS**

On se souvient du rapport El Komeri d'octobre 2019 (136pages)

« plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge 2020-2024 »

<file:///C:/Users/33770/Downloads/rapport-el-khomri-metier-du-grand-age.pdf>

Il proposait 16 mesures, mais c'était sans doute insuffisant puisqu'en 2024 , le ministre (lequel ?) a confié 3 missions à l'IGAS sur les métiers de l'autonomie, dont les travaux ont été publiés en 2025 et qui eux-mêmes font 57 recommandations

- ✓ « Comment résoudre les tensions de recrutement dans le champ social et en accroître l'attractivité ? »  
Février 2025 - 161 pages - 26 recommandations  
[file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20-%20attractivit%C3%A9%20du%20champ%20social%20-%20r%C3%A9soudre%20tensions%20de%20recrutement%20\(2024-069R\).pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20-%20attractivit%C3%A9%20du%20champ%20social%20-%20r%C3%A9soudre%20tensions%20de%20recrutement%20(2024-069R).pdf)
- ✓ « Attractivité des métiers de l'autonomie :pour une nouvelle stratégie de réduction des risques professionnels »  
Juillet 2025 - 108 pages - 16 recommandations .  
[https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2026-02/Rapport%20Igas%20-%20Attractivit%C3%A9%20des%20m%C3%A9tiers%20de%20l'autonomie%20-%20r%C3%A9duction%20des%20risques%20professionnelles%20%28Tome%201%29\\_1.pdf](https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2026-02/Rapport%20Igas%20-%20Attractivit%C3%A9%20des%20m%C3%A9tiers%20de%20l'autonomie%20-%20r%C3%A9duction%20des%20risques%20professionnelles%20%28Tome%201%29_1.pdf)
- ✓ « Améliorer la connaissance des données RH pour structurer une politique d'attractivité des métiers du social »  
Mars 2025 -142 pages - 25 recommandations  
[file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20-%20attractivit%C3%A9%20du%20champ%20social%20-%20donn%C3%A9es%20RH%20\(2024-073R\).pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20-%20attractivit%C3%A9%20du%20champ%20social%20-%20donn%C3%A9es%20RH%20(2024-073R).pdf)

## **8- CCNE « avis 148 »**

Avant les débats des 5 et 7 mai qui se dérouleront à Besançon et Dijon dans le cadre des états généraux de la bioéthique, consacrés aux vulnérabilités liées à la santé , il n'est pas inutile de

relire l'avis du comité consultatif national d'éthique(CCNE) sur les « enjeux éthiques relatifs aux situations de vulnérabilité liées aux avancées médicales et aux limites du système de soins » (avis n°148 - janvier 2025 – 56 pages rapporteur Pr. Régis Aubry ).

<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2025-03/Avis%20148.pdf>

#### *Le constat de départ :*

Les progrès dans le domaine de la santé ont permis de guérir des personnes qui mourraient autrefois de leur pathologie, d'optimiser leur prise en charge et d'améliorer leur espérance ainsi que leur qualité de vie.

Toutefois, ces progrès ne sont pas sans conséquences : ils transforment profondément notre rapport à la maladie et peuvent paradoxalement créer ou accentuer des situations de vulnérabilité

le CCNE propose une réflexion éthique sur la responsabilité de la médecine face à ces évolutions et le rôle de la société face à ces défis.

Cet avis souligne la nécessité d'une éthique du progrès médical qui ne se limite pas à prolonger la vie, mais qui prenne également en compte la qualité de cette vie et respecte le sens que les patients donnent à leur existence.

#### *Les recommandations :*

Le CCNE propose 5 recommandations :

- ✓ renforcer la formation des professionnels de santé afin qu'ils puissent mieux identifier et accompagner les patients en situation de vulnérabilité, en intégrant une approche éthique et interdisciplinaire dans leur pratique.
- ✓ Repenser l'organisation du système de soins pour permettre une prévention de ces situations, garantir un accès équitable aux traitements, limiter les ruptures de parcours et améliorer la coordination entre les acteurs de la santé et du médico-social.
- ✓ Développer une approche capacitaire permettant aux personnes en situation de vulnérabilité de conserver une autonomie décisionnelle et d'être pleinement associés aux choix médicaux les concernant.
- ✓ Favoriser un cadre de décision éthique clair et partagé, intégrant la délibération collective et le dialogue entre soignants et patients, pour éviter les prises en charge médicales excessives ou inadaptées.
- ✓ Mieux reconnaître et soutenir les aidants familiaux et professionnels, dont le rôle est central dans l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.

#### **9- Repérage et intervention précoce en santé mentale : 10 mesures d'urgence**

Le 12 février 2 psychiatres et la déléguée générale pour l'Alliance de la Santé Mentale ont remis à la ministre de la santé un rapport proposant « 10 mesures d'urgences pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale » (48 pages)

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2026-02-25-rapport-mission-intervention-precoce.pdf>

- ✓ établir une cartographie à l'échelle des territoires des ressources et partenaires impliqués dans le repérage et les soins pour les jeunes,
- ✓ repenser l'articulation entre repérage, orientation et soins,
- ✓ structurer un pilotage national du repérage et l'intervention précoce avec un centre ressource national,
- ✓ mailler le territoire avec des dispositifs d'intervention précoce,
- ✓ former l'ensemble des acteurs aux nouvelles pratiques de soins adaptées à l'intervention précoce,
- ✓ favoriser le changement de pratiques à l'échelle des territoires,
- ✓ développer les nouvelles technologies en repérage et de l'intervention précoce,
- ✓ assurer un financement pérenne et pluriannuel,

- ✓ soutenir les programmes de recherche sur l'intervention précoce et la prévention en santé mentale des adolescents et jeunes adultes,
- ✓ renforcer la co-construction avec les usagers et leurs proches .

## 11 Agenda de mars:

- **2 mars** : 14-16h webinaire organisé par France Assos Santé BFC pour la préparation de la « journée européenne de vos droits en santé » (JEDS)
- **2 mars** : 17h, CTS 70, bureau,
- **4 mars** : France Assos Santé : webinaire « intelligence artificielle , écouter les usagers, anticiper demains
- **5 mars** : 10h commission spécialisée prise en charge et accompagnement médico-social
- **7 au 14 mars** : 26° édition de la semaine du rein organisée par France Rein
- **10 mars** : 9h30 , CTS 39, bureau,
- **13 mars** : Maladies rares : rencontre régionale 2026  
En 2026, l'Alliance maladies rares organisera 14 rencontres régionales. Pour notre région elle s tiendra le 13 mars de 14 à 19h à l'hôtel Mercure Beaune centre  
La Pr Nadine Magy-Bertrand, coordonnatrice du centre de compétence des maladies auto-immunes et inflammatoires systémiques, du centre de compétence cytopénies auto-immunes, et du centre de compétence déficits immunitaires primitifs du CHU de Besançon Franche-Comté, interviendra sur le lien ville-hôpital et le parcours de soin.  
Inscription gratuite mais obligatoire :  
<https://alliance-maladies-rares.org/rencontres-regionales/>
- **19 mars** : 14h commission prévention (points d'actualité -échanges), visio
- **19 mars** : Formation France Assos Santé « améliorer la qualité en établissement de santé Dijon 9h – 17h.
- **25 mars** : 9h CSOS **annulée**
- **31 mars** : 9h CSOS **annulée**

### **Au-delà de mars : les dates à retenir :**

- **2 avril** : 14h CRSA plénière CCI Dijon
- **2 avril** : formation France Assos Santé « représentant des usagers en CTS » en visio, toute la journée
- **3 avril** : formation France Assos Santé : « découvrir le fonctionnement de mon établissement » en visioconférence de 14h à 16h
- **21 avril** : : formation France Assos Santé « représenter les usagers dans les territoires de proximité en visioconférence de 14h à 16h
- **21 avril** :  
6° journée régionale de l'ETP (éducation thérapeutique) sur le thème  
**« Partenariat patient »**  
Organisée par la CoMET BFC , les 11 UTEP de la région, l'espace santé de Dole, France Assos Santé et l'ARS  
De 9h à 17h à la CCI de Besançon ( maison de l'économie)  
Conférence, table ronde et ateliers attendent les participants  
Programme et Inscription (obligatoire en ligne jusqu'au 31 janvier) et programme  
<https://comet-bfc.fr/journee-regionale-2026/>
- **21 avril** : 10h-12h costra e-santé
- **24 avril** : 9h CSOS
- **30 avril** : 9h CSOS

- **30 avril** : 14h commission prévention (présentiel et visio)
- **30 avril** : formation France Assos Santé « Obtenir les plaintes et réclamations » en visioconférence de 10h à 12h
- **7 mai** : 9h CSOS
- **19 mai** : 15h copil télésanté

*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](mailto:arucah.bfc@gmail.com)*