



La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 92 Avril 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Lettre ouverte au maire

(Avertissement : par souci de simplification, nous emploierons le terme générique de « maire », sans toutefois oublier que les lois des 17 mai 2013, 27 décembre 2019 et 21 mai 2025 instaurent l'obligation de parité des listes de candidats aux élections municipales, et que celle-ci a nettement progressé au sein des équipes municipales élues. A noter également que les femmes sont de plus en plus nombreuses à exercer les fonctions de 1° magistrat (20, 8% en 2024 et 26,2% des villes de plus de 100 000 habitants).

Madame la Maire, Monsieur le Maire

Vous êtes l'un des 33 000 maires, élus ou réélus au terme des élections municipales des 15 et 22 mars, soit dès le 1° tour soit, après une confrontation multi listes, au 2° tour.

Nous vous félicitons et vous remercions d'avoir sollicité les suffrages de vos concitoyens et accepté la lourde charge de gérer votre commune pour les 6 prochaines années.

Nous voulons croire que vous avez été choisi plus pour vos qualités humaines, votre sens de l'intérêt général, et vos compétences de gestionnaire que pour une quelconque étiquette politique, une quelconque idéologie ou encore pour de quelconques appétits personnels.

Nous voulons croire également que vous êtes conscient du poids de cette charge, comme vous le savez déjà si vous êtes réélu : notre système administratif est de plus en plus complexe et les citoyens de plus en plus exigeants envers leur maire. Comme la campagne électorale l'a montré, ils attendent de plus en plus de vous, y compris, et c'est plus récent, dans les domaines de la santé et du social.

Des attentes :

Ils n'ont pas tort car, même si ces domaines ne font pas partie de vos missions réglementaires, vous pouvez beaucoup, soit directement, soit indirectement grâce aux leviers sur lesquels vous pouvez prendre la main.

Certaines de vos missions réglementaires vous donnent une place importante : si votre commune dispose de d'un CCAS, vous en êtes le président, si elle dispose d'un EHPAD et d'un hôpital public vous êtes membre de son conseil d'administration ou de surveillance et dans la quasi-totalité des cas le président.

Vous pouvez aussi avoir une place dans des instances de démocratie en santé si vos pairs vous donnent mandat pour y représenter les élus, comme par exemple au sein de la CRSA, des CTS, du conseil de santé mentale... Il est important que vous assuriez ces mandats car trop souvent les chaises des élus restent vides.

Plus précisément vous pouvez agir pour favoriser l'accès aux soins, qui devient de plus en plus difficile, mais aussi pour prévenir la dégradation de la santé.

Pour vous en convaincre, et pendant la campagne, vous avez été l'objet de nombreuses démarches dont : le « manifeste de France Assos Santé » la santé : une priorité pour les

habitants, un levier d'action pour les maires », ou encore le « plaidoyer : comment agir pour la santé à l'échelle locale ? » initié dans notre région par un collectif d'acteurs associatifs et institutionnels, posant la question « la qualité de vie de vos concitoyens et si c'était (d'abord) une question de santé ? »

Ces deux campagnes donnent de nombreuses pistes d'action parmi lesquelles on peut citer :

L'accès aux soins

Pour faciliter l'accès aux soins, vous pouvez :

- ✓ Evaluer les besoins de la population du territoire,
- ✓ Favoriser la création de maisons de santé pluridisciplinaires et créer des centres de santé,
- ✓ Améliorer la permanence des soins ambulatoires (PDSA) non programmés,
- ✓ Encourager la venue d'étudiants et de stagiaires en santé sur le territoire,
- ✓ Améliorer l'accès aux soins pour les publics fragiles,
- ✓ Développer « l'aller vers » via des téléconsultations coordonnées avec les acteurs du territoire,
- ✓ Mener des actions de médiation numérique de proximité pour garantir l'accès aux droits et aux soins,
- ✓ Informer le public de l'organisation du système de santé et des dispositifs existants d'accès aux soins,
- ✓ Faciliter le déplacement des personnes vulnérables pour recevoir des soins éloignés de leur domicile.

La prévention :

La prévention est un levier essentiel pour améliorer durablement la santé de la population. Les politiques locales peuvent agir concrètement pour créer des environnements favorables à la santé.

✓ En matière de consommation d'alcool et de tabac :

vous pouvez : interdire la publicité pour l'alcool à proximité des établissements scolaires, des lieux fréquentés par des enfants et des lieux de soins, devenir partenaire du « défi de janvier » (dry january), contrôler et sanctionner les commerces qui ne respectent pas l'interdiction de la vente d'alcool au mineurs, créer des espaces sans tabac.

✓ En matière de nutrition :

vous pouvez : proposer une alimentation plus saine dans les cantines scolaires, limiter la publicité pour la malbouffe dans l'espace public, l'interdire dans les lieux fréquentés par les enfants, freiner l'implantation des fast-foods près des établissements scolaires

✓ En matière d'environnement favorable à la santé :

vous pouvez : garantir la qualité et la sécurité de l'eau de consommation, créer des aires d'activité physique gratuites, promouvoir les mobilités douces, lutter contre la pollution de l'air et les nuisances sonores, végétaliser votre commune et bien d'autres actions encore.

Ces différentes actions peuvent s'inscrire dans des démarches globales prévues par la réglementation, comme le plan local d'urbanisme (PLU), le projet alimentaire territorial (PAT), le schéma de cohérence territoriale (SCoT) et pour certaines faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS).

Des ressources et des soutiens :

Tout cela peut sembler bien compliqué et peut-être n'êtes-vous pas préparé à agir pour la santé. Pour vous y aider vous pouvez bénéficier des ressources et du soutien des associations d'élus locaux (association des maires de France (AMF), association des maires ruraux de France (AMRF), des professionnels de santé de votre commune réunis en CPTS, de la fédération des

maisons de santé pluridisciplinaires (FeMaSCo) , les URPS, des établissements de santé et médico-sociaux.

Vous pouvez aussi engager votre commune ou votre intercommunalité dans le « réseau français Villes-Santé » qui a pour vocation d’apporter un soutien et une expertise en facilitant l’échange de pratiques et d’expériences entre les villes pour l’amélioration de la santé des populations.

Vous pouvez enfin compter sur les associations d’usagers et leurs bénévoles qui peuvent mettre leur expérience au service de l’intérêt commun.

Après la temps de la campagne arrive le temps de l’action : nous comptons sur vous.

1. Le dossier du mois : lutte contre les cancers

Après 3 plans cancers nationaux successifs : 2003-2007, 2009-2013, 2014-2019, l’INCa a élaboré une « stratégie décennale de lutte contre les cancers » 2021-2030 , lancée par le président de la république le 4 février 2021. Elle fait l’objet de 2 feuilles de routes quinquennales

I. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030

La stratégie décennale 2021-2030 (128 pages)

<file:///C:/Users/33770/Downloads/Strate%CC%81gie+de%CC%81cennale+de+lutte+contre+les+cancers+2021-2030+V2.pdf>

fixe :

Des objectifs ambitieux :

- ✓ réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables, à horizon 2040 (on l’estime aujourd’hui (en 2021) à environ 153 000 par an),
- ✓ réaliser un million de dépistages en plus à horizon 2025, sur le périmètre des dépistages existants (aujourd’hui, environ 9 millions de dépistages sont réalisés chaque année),
- ✓ réduire de 2/3 à 1/3 la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic (en 2017, 3,8 millions de personnes vivent en France avec un cancer ou en ont guéri),
- ✓ améliorer significativement le taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030 (en 2016, 7 localisations de cancer présentent un taux de survie à 5 ans inférieur à 33 %, à cela s’ajoutent les types, sous-types ou stades de cancers ne relevant pas de ces 7 localisations mais dont l’évolution reste très défavorable)

4 axes de progrès :

- ✓ Axe 1 Améliorer la prévention,
- ✓ Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie,
- ✓ Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic,
- ✓ Axe 4 : S’assurer que les progrès bénéficient à tous.

Elle se décline en 2 feuilles de route (FDR) quinquennales. L’INCa vient de publier la 2° feuille de route

II. La feuille de route 2026-2030: « 5 ans, 5 priorités , 5 publics »

La 2° feuille de route (140 pages) fixe les priorités pour 2026-2030

file:///C:/Users/33770/Downloads/FR2OPESTRAT26_Feuille_route_2026-2030.pdf

Les 5 priorités :

1- Bâtir une génération prévention

Plusieurs actions sont reconduites ou mises en place :

- ✓ investir dans la prévention dès le plus jeune âge,
 - Permettre la pleine participation des jeunes dans la prévention des cancers
 - Structurer un parcours de prévention des cancers de la petite enfance à l'adolescence

- ✓ intensifier la lutte contre le tabac et réduire les usages nocifs de l'alcool,
 - Annoncer une stratégie de sortie du tabac pour les jeunes générations par la mise en œuvre d'un nouveau plan 2028-2032
 - Accompagner les fumeurs vers le sevrage et l'arrêt du tabac,
 - Prévenir les usages nocifs de l'alcool auprès des populations les plus vulnérables

- ✓ Mettre en œuvre une stratégie de prévention globale et coordonnée
 - Promouvoir une communication claire, cohérente et accessible en matière de prévention,
 - Accompagner les collectivités territoriales dans le déploiement d'environnements favorables à la santé

- ✓ Mener une stratégie intégrée d'élimination du cancer du col de l'utérus
 - Augmenter la couverture vaccinale contre les HPV chez les garçons et les filles,
 - Faciliter l'accès au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et construire un parcours de soins sans rupture,

- ✓ Mieux protéger face aux risques environnementaux
 - Améliorer la connaissance et la détection des risques environnementaux liés aux cancers
 - Mettre un coup d'arrêt à la hausse de l'incidence des cancers de la peau et favoriser leur détection précoce, au sein d'une stratégie intégrée dédiée à ces cancers

- ✓ porter une attention particulière à deux localisations de cancer accessibles à une prévention précoce : les cancers de la peau et des cancers du col de l'utérus,
 - Augmenter la couverture vaccinale contre les HPV chez les garçons et les filles
 - Faciliter l'accès au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus et construire un parcours de soins sans rupture,

2- Proposer un dépistage pour chacun

- ✓ Augmenter la participation aux programmes de dépistage organisés existants
 - Augmenter le nombre de personnes dépistées dans le cadre des trois programmes de dépistage organisés (cancer du sein, cancer du col de l'utérus, cancer colorectal)
 - intégrer rapidement les innovations technologiques et organisationnelles dans le dépistage des cancers

- ✓ Généraliser un programme de dépistage organisé des cancers du poumon à horizon 2030
 - Garantir le bon déroulement du programme pilote de dépistage des cancers du poumon

- ✓ Accompagner la personnalisation des dépistages et cibler les personnes à risque aggravé
 - Mieux prendre en compte le risque individuel dans les dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus afin d'orienter les personnes vers des parcours adaptés
 - Améliorer l'accès à l'oncogénétique pour les personnes prédisposées héréditairement au cancer
 - Expérimenter des approches nouvelles de suivi des personnes à risque aggravé de cancer

3- Construire un parcours de santé augmenté

- ✓ Accélérer l'accès au diagnostic et l'entrée dans les soins, en particulier pour les personnes atteintes de cancers de mauvais pronostic
 - Orienter au plus vite les patients dépistés positivement dans le cadre du dépistage organisé vers un point d'entrée dans le parcours
 - Mettre en place des diagnostics accélérés en cas de suspicion de cancer
 - Une attention particulière sera portée aux cancers de mauvais pronostic
- ✓ Accélérer et sécuriser le virage domiciliaire
 - Favoriser le développement de l'HAD en cancérologie,
 - Sécuriser et faciliter le suivi des patients sous anticancéreux oraux
- ✓ Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie pendant et après les traitements
 - Garantir l'accessibilité et la qualité des soins oncologiques de support
 - Prévenir, dépister et traiter les séquelles de la maladie et des traitements
 - Déployer le dispositif national de fin de traitement pour organiser la transition après la phase curative de la maladie.

4- Incarner le service public du cancer

- ✓ Faciliter l'accès à une information de référence et aux droits
 - Développer un guichet unique numérique permettant d'accéder facilement à l'ensemble des démarches et ressources pour gérer son parcours
 - Renforcer la lutte contre la désinformation et les infox dans le domaine du cancer ?
 - Identifier et réduire les causes de renoncement aux soins.
- ✓ Améliorer le pilotage de la lutte contre les cancers
 - Créer un registre national des cancers
 - Exploiter et valoriser les données en cancérologie
 - Porter une stratégie d'interopérabilité et de standardisation des données,
- ✓ Améliorer la lisibilité de l'offre et des parcours en cancérologie
 - Réfléchir à l'évolution des organisations régionales en cancérologie
 - Cartographier les ressources utilisables au plan local

5- Libérer le potentiel de la recherche et des données

- ✓ Soutenir une recherche audacieuse et intégrée
 - Intercepter les cancers dès leurs prémices
 - Renforcer la lutte contre les cancers de mauvais pronostic
 - Franchir le cap de la rémission vers de véritables guérisons
- ✓ Consolider les efforts sans précédent en matière de recherche sur les cancers de l'enfant
 - Assurer une continuité dans l'engagement pour la recherche en cancérologie pédiatrique,
 - Soutenir l'excellence de la recherche et les innovations de rupture en cancérologie pédiatrique,
- ✓ Accélérer l'ouverture et garantir l'accessibilité des essais cliniques
 - Simplifier l'ouverture des essais cliniques et faciliter l'inclusion des patients
 - Impliquer les patients dans la recherche clinique,
- ✓ Favoriser l'accès aux innovations
 - Favoriser l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques

- Déployer la médecine personnalisée,
- ✓ Développer des applications concrètes, sécurisées et éthiques de l'intelligence artificielle
 - Anticiper l'intégration de l'intelligence artificielle comme aide à la pratique et à la décision,
 - Définir une gouvernance nationale de l'intelligence artificielle en cancérologie,

Les 5 publics :

1- Les jeunes : (enfants, adolescents et jeunes adultes - AJA)

- ✓ Mieux comprendre l'étiologie et l'épidémiologie des cancers de l'enfant et de l'AJA
- ✓ Renforcer l'accès des AJA à des thérapeutiques innovantes
- ✓ Garantir à chaque AJA l'accès à des soins et à un accompagnement adaptés
- ✓ Assurer un suivi et un accompagnement adaptés des enfants, adolescents et jeunes adultes

2- Les personnes en situation de handicap

- ✓ Garantir l'accès à la prévention et au dépistage des personnes en situation de handicap
- ✓ Développer des parcours de santé coordonnés et améliorer les pratiques professionnelles
- ✓ Permettre aux personnes d'être actrices de leur parcours face au cancer
- ✓ Soutenir la recherche et développer la connaissance

3- Les résidents des territoires ultra-marins

4- Le monde du travail

- ✓ Faciliter la conciliation entre la maladie et l'emploi
- ✓ Accompagner les travailleurs indépendants et les personnes en recherche d'emploi
- ✓ Affirmer le rôle de l'employeur comme acteur de la prévention des cancers
- ✓ Prévenir les expositions professionnelles et améliorer leur reconnaissance

5- Les personnes âgées

- ✓ Adapter la prévention et le dépistage aux spécificités des personnes âgées
- ✓ Améliorer la qualité des parcours de soins des patients âgés atteints de cancer
- ✓ Renforcer l'inclusion des patients âgés dans les essais cliniques en cancérologie

Focus transversaux

- ✓ Contribuer à la soutenabilité du système de santé
Face au poids économique croissant du cancer dans la société et aux contraintes pesant sur les comptes sociaux, la feuille de route s'attache à contribuer à un système de santé plus résilient et durable face aux défis futurs
- ✓ Porter une attention renforcée à la santé des femmes
Les tendances épidémiologiques en cancérologie montrent des différences marquées entre les sexes. Les séquelles de la maladie et des traitements, y compris sur le plan socio-économique, diffèrent également, justifiant une attention spécifique à la santé des femmes
- ✓ Mieux prendre en compte l'impact de l'environnement sur la santé
L'environnement est à considérer dans toutes ses dimensions. Il s'agit d'agir sur les expositions environnementales (d'origine anthropique ou naturelle), et d'être conscient des caractéristiques du milieu de vie qui influencent les comportements et modulent les risques
- ✓ Inscrire la lutte contre les cancers dans une dynamique européenne et internationale
La lutte contre les cancers se joue à l'échelle européenne et internationale, qu'il s'agisse des politiques publiques, de la recherche, de l'innovation, des données ou de l'organisation des

soins. La France doit confirmer son rôle moteur dans cette dynamique, pour renforcer l'impact des actions nationales, contribuer à la construction de standards partagés et valoriser l'excellence française en matière de cancérologie.

Le déploiement régional :

Les ARS sont chargées de décliner dans les FDR régionales, les priorités de la FDR nationale parmi un socle commun de 23 actions ainsi regroupées :

Priorité « bâtir « une génération prévention »

- ✓ Introduire la prévention dès la petite enfance et renforcer la participation active des jeunes dans la prévention,
- ✓ Accompagner les fumeurs vers le sevrage et l'arrêt du tabac et renforcer le repérage et la réduction des risques liés à l'alcool notamment pour les publics les plus vulnérables
- ✓ Augmenter la couverture vaccinale contre les infections HPV et améliorer l'accès et le recours au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus
- ✓ Renforcer la prévention des risques liés aux rayonnements UV dès l'enfance et structurer des parcours de détection précoce des cancers de la peau

Priorité « proposer un dépistage pour chacun »

- ✓ Favoriser et encourager le recours aux dépistages organisés des cancers
- ✓ Garantir le bon déroulé du programme pilote de dépistage des cancers du poumon

Priorité « construire un parcours de santé augmenté »

- ✓ Mettre en place des modèles organisationnels de diagnostic accéléré en cas de suspicion de cancer , assurer un suivi de l'évolution des délais d'entrée dans les soins et mettre les professionnels non spécialistes en capacité de détecter des signes d'alerte et d'orienter les patients
- ✓ Repenser la coordination ville-hôpital
- ✓ Contribuer à assurer à tous les patients un accès au soins oncologiques de support

Priorité « incarner le service public du cancer »

- ✓ Contribuer à établir une cartographie des ressources mobilisables dans chaque territoire
- ✓ Porter une stratégie d'interopérabilité , de collecte et de croisement des différentes sources de données

Publics cibles :

- ✓ Consolider les dispositifs de soin dédiés aux AJA
- ✓ Garantir l'accès à la prévention et au dépistage des personnes en situation de handicaps et développer des parcours de soins adaptés
- ✓ Adapter la prévention et le dépistage aux spécificités des personnes âgées et améliorer la qualité du parcours de soins du patient âgé

2. IVG : soutien à l'offre - plans d'action régionaux

La loi du 17 janvier 1975 a autorisé le recours à l'IVG, et en 50 ans sa pratique a connu de nombreuses évolutions techniques et réglementaires.

De nombreuses évolutions législatives et réglementaires :

Ainsi, au cours de la seule période 2021-2025, elle a connu des avancées constitutionnelles, législatives et réglementaires majeures : allongement du délai légal de recours, autorisation de la réalisation de l'IVG instrumentale dans le cadre hospitalier par les sages-femmes, possibilité pour les médecins de réaliser des IVG instrumentales en centre de santé, ou encore la possibilité de téléconsultation dans le cadre du parcours d'IVG médicamenteuse.

Des progrès pouvant encore être faits, le gouvernement a annoncé, le 7 mars, un plan d'actions concrètes destinées à améliorer l'accès à l'IVG.

Il faut également rappeler que « dans chaque région, un plan d'action pour l'accès à l'IVG est élaboré par l'ARS, en prenant en compte les orientations nationales définies par le ministre chargé de la santé » . (article L1434-7 du CSP)

Une instruction du 21 novembre adressée aux DG des ARS est consacrée au « soutien à apporter à l'offre d'IVG et à la réactivation des plans d'action régionaux dans ce champ ».

Les constats :

Le nombre d'IVG reste en progression constante : de 220 623 en 2018, il est passé à 251 270 en 2024 soit une augmentation de 13.9%.

L'augmentation des IVG médicamenteuses a pu être absorbée grâce à la diversification des « effecteurs » et des lieux de prise en charge, mais l'offre hospitalière s'est fragilisée sur la période considérée.

La dynamique d'activité des acteurs de ville (cabinets libéraux, centres de santé, centres de santé sexuelle) s'est encore accrue sur la période. En 2024, la part d'activité de ville atteignait, voire dépassait, 50 % dans 8 régions.

L'ouverture de la pratique d'IVG instrumentales aux sages-femmes en établissement de santé a permis de soutenir l'offre d'IVG instrumentale en particulier dans les zones marquées par un déficit de médecins formés ou désireux de réaliser cet acte : 45 établissements, implantés dans la quasi-totalité des régions métropolitaines, la proposent aujourd'hui.

Le développement des téléconsultations facilite dans certains cas l'accès des femmes : en 2023, le nombre d'IVG médicamenteuses réalisées par téléconsultation atteignait 1 262 cas, soit une augmentation de près de 30 % par rapport à l'année précédente.

Les orientations stratégiques :

Le plan d'actions ministériel précité prévoit 4 axes stratégiques nationaux et leur déclinaison régionale.

✓ Progresser dans la connaissance des difficultés d'accès et des parcours d'IVG :

Les données actuellement disponibles sont insuffisantes pour dresser un panorama précis et complet des difficultés d'accès à l'IVG.

Pour y remédier, une enquête nationale (avec des patientes « mystères » auprès des différents offreurs de soins, hospitaliers et de ville) va être engagée pour cerner les délais nécessaires pour accéder à une consultation de prise en charge de l'IVG et leur évolution, selon différentes caractéristiques de parcours.

✓ Améliorer l'information des femmes et la lisibilité de l'offre d'IVG :

L'article L2212-3 du CSP modifié par la loi du 2 mars 2022 « visant à renforcer le droit à l'avortement » prévoit que :

« Les ARS publient [...] un répertoire recensant, sous réserve de leur accord, les professionnels de santé ainsi que l'ensemble des structures pratiquant l'IVG [...]. L'accès à ce répertoire doit être libre et effectif».

Et encore que « les ARS assurent la réalisation et la diffusion des dossiers-guides destinés aux médecins et aux sages-femmes » et qu'ils doivent remettre aux femmes qui envisagent une IVG. Cet annuaire est accessible dans 15 régions, en BFC, il l'est par le lien :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/ivg-bfc>

Il donne également accès au dossier guide.

De plus, dans la Nièvre, depuis octobre 2016, le conseil départemental et l'ARS ont mis en place un numéro unique : le 06 48 28 60 76, accessible du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h, qui s'adresse aux femmes, aux couples et aux professionnels de santé qui souhaitent, de manière anonyme ou pas, obtenir de l'information sur l'IVG, et plus particulièrement

- un accompagnement et une orientation au plus près du domicile des patientes,
- une aide à la prise de décision,
- des informations sur la loi (mineures, majeures, IVG médicamenteuse, IVG chirurgicale, etc.)

L'instruction invite les ARS à « favoriser la diffusion du lien vers l'annuaire régional aux professionnels de santé libéraux (via les URPS et les CPAM), aux CSS et aux PMI, ou en produisant des supports visuels régionaux avec un QR code vers l'annuaire officiel ».

✓ *Soutenir l'offre hospitalière d'IVG, en consolidant une offre minimale par territoire en mobilisant la diversité des acteurs disponibles :*

Actuellement 1/4 des établissements de santé autorisés à exercer l'activité de gynécologie-obstétrique ou à la chirurgie ne propose pas l'ensemble des techniques d'IVG. De même, seuls les 2/3 environ des centres périnataux de proximité (CPP) proposent une activité d'IVG, souvent par ailleurs modeste.

Les ARS sont invitées à :

- identifier les établissements de santé ne proposant pas un accès à l'ensemble des techniques d'IVG et de les accompagner dans une réflexion permettant de lever les freins à une offre complète,
- veiller au bon déploiement des IVG instrumentales par les sages-femmes dans le cadre hospitalier,
- soutenir l'activité proposée par les CPP en matière d'IVG.

✓ *Consolider la dynamique de l'activité d'IVG en ville :*

Le plan d'action gouvernemental présenté le 8 mars dernier annonce des travaux visant à soutenir l'activité d'IVG de centres de santé ainsi qu'à ouvrir aux sages-femmes, à terme, la possibilité d'y réaliser des IVG instrumentales.

Les ARS sont invitées à :

- conduire une politique régionale active de sensibilisation et d'appui à la formation des acteurs de ville. Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP, ex réseaux périnatalité), qui sont souvent en capacité de proposer des formations à ces professionnels ou de les orienter vers des organismes formateurs, ainsi que les CPTS, peuvent être associés à cette action,
- soutenir cette dynamique d'implication des professionnels de ville,
- identifier et à résoudre les situations de blocage des conventionnements entre professionnels de ville et établissements de santé partenaires, qui peuvent empêcher le démarrage d'activité de certains professionnels de ville,
- soutenir l'activité d'IVG médicamenteuse et instrumentale des centres de santé.

Enfin, pour assurer la déclinaison opérationnelle de ces mesures et mobiliser les acteurs régionaux autour d'objectifs actualisés dans le champ de l'IVG, les ARS doivent, avant le 31 octobre 2026, actualiser leurs plans régionaux d'accès à l'IVG, et les transmettre au ministère (DGOS et DGS).

La politique IVG en BFC :

On la trouve dans le livret 4 du SRS « parcours périnatalité »

- ✓ Objectif 1 : Préserver la santé de toutes les femmes en leur permettant d'être orientées, accompagnées et d'accéder aux dispositifs spécifiques dédiés à l'IVG, et à l'endométriose,
- ✓ Objectif opérationnel : Favoriser le recours à l'IVG dans des conditions de sécurité sur l'ensemble du territoire, notamment par une offre diversifiée en orthogénie répondant aux évolutions réglementaires

Documents utiles :

- ✓ le numéro 1350 de septembre d' « études et résultats » publié par la DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/ER%201350%20IVG%20MEL_1.pdf
- ✓ SRS BFC : livret 4 « parcours périnatalité »
<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/140638/download?inline>

3. Psychiatrie : respect des droits du patient

Nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises le respect des droits du patient en psychiatrie, dont la dernière fois dans la lettre n° 89 de janvier (dossier du mois) en relatant l'avis du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) « relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale » (du 6 octobre 2025 JO du 4 décembre) .

Nous avons relevé au journal officiel du 24 mars les « recommandations en urgence du 3 février 2026 relatives au pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Sud Ile-de-France » (GHSIF) du CGLPL (5 pages)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=n4GHSj0MFisWR0uoQlackhR9nmeie2FggEVF_cxwv7w=

Cet avis intervient après une visite effectuée en août dernier pour évaluer les suites données aux recommandations consécutives à une précédente visite de 2022.

Le CGLPL a fait les constats et formulé les recommandations autour de 4 thèmes :

1- Le nombre de décès des patients hospitalisés en psychiatrie est anormalement élevé

○ *Constats :*

Entre le 1er janvier 2024 et le 1er août 2025, 7 patients du GHSIF sont décédés au cours de leur séjour : 5 d'entre eux, âgés de 34 à 60 ans, étaient hospitalisés en soins sans consentement et aucun de ces décès ne fait suite à un suicide.

○ *Recommandations :*

Le respect de l'intégrité physique des patients doit être garanti. L'accès des patients aux soins somatiques doit être garanti en toutes circonstances, à chaque étape de la prise en charge.

Les modalités de surveillance paramédicale des patients par des professionnels, a fortiori isolés et placés sous contention, doivent être clairement définies et la traçabilité de cette surveillance dans le dossier médical du patient doit être assurée.

Les patients isolés ou attachés doivent disposer d'un dispositif d'appel permettant de solliciter l'intervention des soignants à tout moment.

2- La prise en charge des patients mineurs les expose à de graves atteintes à leurs droits fondamentaux :

○ *Constats :*

Contrairement à l'engagement oral pris par l'ARS en 2022 à l'issue de la première visite du CGLPL, aucun projet concret n'a été mis en œuvre afin de doter le territoire d'une unité de psychiatrie infanto-juvénile d'hospitalisation à temps complet.

Comme en 2022, les mineurs sont prioritairement accueillis dans les deux chambres d'isolement improprement désignées comme constituant le « module adolescent » et désormais ouvertes la journée, sauf si une mesure d'isolement ou de contention est mise en œuvre.

Ils y demeurent enfermés la nuit, sans que cet enfermement fasse l'objet d'une quelconque traçabilité dans le registre d'isolement et de contention.

Les mineurs étant majoritairement hospitalisés en soins libres, ces pratiques sont illégales.

○ *Recommandations :*

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés à temps complet dans des unités pour adultes.

L'accès des mineurs aux soins pédopsychiatriques en hospitalisation à temps complet doit être garanti dans des unités distinctes de celles des adultes, auprès de médecins et de soignants spécifiquement formés.

L'accès des patients mineurs à l'éducation doit être garanti durant leur hospitalisation.

Le CGLPL recommande également que soient « proscrites les mesures d'isolement et de contention à l'encontre de patients mineurs, qui sont toujours contraires à l'intérêt supérieur de l'enfant ».

3- Le non-respect des dispositions applicables en matière d'isolement et de contention entraîne de graves atteintes aux droits des patients

○ *Constats :*

Le CGLPL a constaté

- le non-respect des règles applicables au recours aux pratiques d'isolement et de contention,
- un nombre de chambres d'isolement excessif et l'usage abusif qui en est fait

○ *Recommandations :*

Les mesures d'isolement et de contention doivent être mises en œuvre dans le strict respect des dispositions législatives et réglementaires applicables. A ce titre, elles doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, motivées par des critères cliniques satisfaisant la condition de dernier recours [...], et régulièrement réévaluées.

Un registre d'isolement et de contention conforme aux exigences légales doit être mis en place sans délai.

Le nombre de chambres d'isolement et de chambres fermables disponibles doit être réduit drastiquement, sinon totalement.

Les chambres d'isolement ne doivent en aucun cas être utilisées comme des chambres hôtelières. Aucune chambre hôtelière ne doit être utilisée pour la mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention.

4- Les insuffisances affectant la gestion de l'établissement font obstacle à tout contrôle effectif de son activité par les autorités de tutelle ou en charge de la prévention des atteintes aux droits des patients

○ *Constats :*

Le CGLPL relève l'incapacité manifeste du GHSIF de fournir aux autorités de tutelle ou de contrôle des données fiables concernant son activité de psychiatrie, compromettant ainsi l'effectivité d'une part importante des garanties dont les patients sont censés bénéficier en application de la loi.

○ *Recommandations :*

L'établissement doit être en capacité de rendre compte de son activité en matière de psychiatrie et de fournir aux autorités de tutelle et de contrôle toute information utile à la conduite de leurs missions.

Une procédure fiable de recueil des données statistiques de l'activité de psychiatrie doit être mise en place sans délai.

Les chambres et espaces d'isolement ne doivent pas être pris en compte pour le calcul de la capacité d'accueil de l'établissement.

Le 24 mars dans une interview à France Info Dominique Simonnot, la DGLPL, déclarait « *si l'agence régionale de santé, les autorités de santé, la ministre de la Santé n'agissent pas, je pense que les patients auraient tout intérêt à saisir la justice* ».

4. « Prisons hôpitaux » : un retour en arrière

La prise en charge des troubles psychiques des détenus est un problème récurrent qui prend de l'ampleur.

L'organisation actuelle des soins aux détenus :

Actuellement, en dehors des soins en milieu hospitalier ordinaire dans des conditions bien définies, les soins aux détenus sont assurés par :

✓ *Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ex UCSA)*

Rattachées à un établissement public de santé (140) ces unités sont implantées en milieu pénitentiaire. Elles assurent les soins somatiques suivants :

- les consultations de médecine générale et spécialisées dont les consultations dentaires, la psychiatrie,
- les actes de soins infirmiers,
- les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée,
- les examens médico-techniques,
- la dispensation des médicaments et dispositifs médicaux.

✓ *Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA),*

Instituées par une loi de 2002, elles accueillent des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Elles sont implantées au sein d'établissements de santé et sécurisées par l'administration pénitentiaire.

Les neuf premières unités ouvertes, entre 2010 et 2018, regroupent 440 places.

Ces UHSA ont fait l'objet d'un rapport conjoint d'évaluation (IGAS et IGJ) en 2018

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/273636.pdf>

✓ *Les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) :*

Le SMPR intervient dans un établissement pénitentiaire par région au minimum, afin d'assurer aux détenus rencontrant des troubles psychiques plus ou moins sévères, des soins adaptés.

Ils sont pris en charge en hospitalisation de jour au sein de l'établissement pénitentiaire.

De leur plein gré, les personnes condamnées peuvent se rapprocher de cette unité pour bénéficier d'un traitement approprié.

Il existe 26 SMPR (dont Dijon).

Cette organisation permet de garantir :

- ✓ le respect de la dignité des patients, conformément aux principes déontologiques et aux droits de l'homme,
- ✓ un accès aux soins, basé sur des critères médicaux,
- ✓ l'indépendance des soignants,
- ✓ le respect du secret professionnel, condition préalable à toute relation de soins.

L'idée du garde des Sceaux : « des prisons hôpitaux »

En 2023, une étude du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) révélait que 40% des détenus souffrant de troubles psychiatriques ne bénéficiaient pas d'un suivi adapté.

En juillet, le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques a remis à l'assemblée nationale un rapport sur « l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice » autrement dit : incarcérées (275 pages).

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cec/l17b1701_rapport-information.pdf

En janvier dernier le garde des sceaux évoquait la possibilité de créer des « prisons hôpitaux ».

Le réactions :

La réaction ne s'est pas fait attendre : dans un communiqué du 3 février un collectif de signataires y voit « un retour en arrière dangereux pour la démocratie » qui risque de « remettre en cause 32 ans d'avancées depuis la loi de 1994, qui avait enfin séparé la médecine de l'administration carcérale ».

<file:///C:/Users/33770/Downloads/CP%20prisons-hopitaux%20Vdef%20le%203%2002%2026.pdf>

Pour les signataires le projet de « prisons-hôpitaux » évoque un retour à une médecine pénitentiaire soumise à l'administration carcérale, avec pour conséquences :

- ✓ la remise en cause de la primauté du soin sur la peine. Les décisions médicales pourraient être subordonnées à des impératifs de sécurité,
- ✓ un risque de maltraitance institutionnelle, sans garanties éthiques fortes,
- ✓ le désengagement des professionnels.

Les propositions :

Les signataires proposent de :

- ✓ débloquer les budgets nécessaires pour ouvrir les 3 UHSA en attente, et renforcer les effectifs pénitentiaires dédiés aux transferts médicaux,
- ✓ travailler sur le déploiement du niveau 2 de soins en milieu pénitentiaire : les hôpitaux de jour,
- ✓ sanctuariser l'indépendance des soignants : garantir que les décisions médicales priment sur les logiques sécuritaires, comme le prévoit la loi de 1994,
- ✓ former et recruter : lancer un plan national de recrutement de psychiatres et soignants en milieu carcéral, avec des conditions de travail décentes,
- ✓ respecter les recommandations du CGLPL
- ✓ impliquer la société civile : associer les associations de professionnels, de personnes concernées et de familles à la réflexion sur l'avenir de la psychiatrie en prison.

5. Veille législative et réglementaire :

Le mois de mars n'a pas été un grand cru en matière législative et réglementaire pour ce qui concerne la santé. Nous avons néanmoins relevé les textes suivants :

1- Diplôme d'Etat d'infirmier

Il avait échappé à notre vigilance , la mois dernier, sans doute parce que publié sous le timbre du ministère de l' « enseignement supérieur , de la recherche et de l'espace » et non sous celui du ministère de la santé : un arrêté du 20 février publié au JO du 25 est consacré au diplôme d'Etat d'infirmier (62 articles, 57 pages dont celles des 3 annexes)

Il fait suite au décret du 24 décembre (JO du 26) « relatif aux activités et compétences de la profession d'infirmier » (cf. lettre 91 § 2, le dossier du mois).

Il abroge l'arrêté du 31 juillet 2009 à partir du 30 juin 2030.

Ses dispositions sont applicables aux étudiants entrant en formation conduisant au DE d'infirmier à compter de septembre 2026.

Quelques principes (pour mémoire)

- ✓ « Le DE d'infirmier est délivré par les universités accréditées à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur »,
- ✓ Il « est enregistré au niveau 6 du cadre national des certifications professionnelles et confère le grade de licence »,
- ✓ La formation conduisant au DE se fait par la voie de la formation initiale dont l'apprentissage et par la formation professionnelle continue,
- ✓ La capacité d'accueil est définie par le conseil régional,
- ✓ Les apprentis et les redoublants ne sont pas comptabilisés dans la capacité d'accueil,
- ✓ La capacité d'accueil relevant de la formation initiale est communiquée à la plateforme Parcoursup,
- ✓ Le nombre de places ouvert aux candidats relevant de la formation professionnelle continue ne peut être inférieur à 25 % de la capacité d'accueil autorisée.

3 référentiels :

Cet arrêté est accompagné de 3 référentiels :

- ✓ Référentiel d'activités et de compétences
- ✓ Référentiel de certification
- ✓ Référentiel de formation

5 domaines de compétences :

Ces référentiels identifient 13 compétences à acquérir , pour 12 activités réparties entre les 5 domaines de compétences suivants :

- 1- Analyser la situation d'une personne ou d'un groupe de personnes à tout âge de la vie dans le cadre du raisonnement clinique afin d'identifier les interventions adaptées à mettre en œuvre (le cas échéant, en utilisant des équipements ou des aides techniques adaptés),
- 2- Mettre en œuvre des soins à visée de dépistage, préventive, diagnostique, thérapeutique, palliative avec la participation active d'une personne ou un groupe de personnes à tout âge de la vie, en particulier dans le cadre d'une consultation infirmière, en s'appuyant sur des données professionnelles probantes afin de garantir leur qualité et leur sécurité,
- 3- Concevoir et mettre en œuvre des projets de promotion, d'éducation et de prévention de la santé auprès d'une personne ou d'un groupe de personnes à tout âge de la vie, au sein d'un milieu spécifique et notamment dans le cadre d'actions de santé publique,
- 4- Organiser des activités et des soins adaptés à une personne ou un groupe de personnes à tout âge de la vie au sein des équipes pluridisciplinaires et développer les compétences des apprenants
- 5- Mettre en œuvre des actions de développement de compétences et la production de documents (articles professionnels, synthèses, rapports d'expertise) dans le cadre d'une démarche scientifique d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Le référentiel de certification définit les critères d'évaluation des compétences pour chacune des activités identifiées dans le cadre de chacun des 5 domaines de compétences .

2- Tarification nationale journalière des prestations (TNJP) :

Il y a bien longtemps, avant la tarification à l'activité (T2A), et avant le budget global , les hôpitaux facturaient un prix de journée. Il était calculé chaque année par discipline à partir de la feuille de répartition et d'imputation (FRI) de la comptabilité analytique, et soumis à l'approbation du préfet.

L'arrêté du 27 février (JO du 1° mars) fixe la tarification nationale des prestations qui entre en vigueur avec effet rétroactif du 1° janvier.

Elle est fixée par grands types d'activité et pour chacun des 7 groupes d'établissements, constitués en fonction des produits de l'activité hospitalière versés par l'assurance maladie au titre de l'avant dernière année par rapport à l'année d'application.

Le taux d'évolution des TNJP pour l'année 2026, qui s'applique uniformément sur l'ensemble des catégories de tarifs est de + 8,58 % pour les champs MCO/HAD, SMR et psychiatrie

Ainsi ce tarif varie :

- ✓ pour la médecine en hospitalisation complète (HC) de 619,46 € à 1 613,16€,
- ✓ pour la chirurgie ambulatoire de 904,13 € à 1 355,82,
- ✓ pour la chirurgie en HC de 1 000,43€ à 1 877,58€,
- ✓ pour la réanimation de 2 266,23€ à 2 493,70€
- ✓ pour les séances de dialyse de 577,10 € à 1 536,824€

Pour l'HAD il est de :

- ✓ 280,84 € pour les établissements exerçant uniquement des activités HAD
- ✓ 468,63 € pour les établissements exerçant à la fois des activités HAD et des activités MCO, ou PSY, ou SSR

3- Expérimentation article 51 : AUTO-NOM

L'expérimentation AUTO-NOM 2 « Neuro-Orthopédie Mobile » est autorisée depuis le 1° mars, pour une durée de 3 ans. (JO du 01/03)

Objet : Mettre en place dans un établissement de santé, une unité mobile (UM) pluridisciplinaire afin d'accompagner les équipes dans les établissements médico-sociaux (ESMS) dans la prévention et la prise en charge de l'Hypertonie Déformante Acquisée (HDA) de leurs résidents.

L'expérimentation est prévue dans 4 régions : Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône Alpes et Bretagne.

4- Stimulateur cardiaque : autorisation

La réforme des autorisations d'activité de soins n'est pas encore totalement mise en œuvre, que de nouvelles règles apparaissent.

Ainsi, un arrêté du 26 février (JO du 3 mars) soumet « l'implantation d'un stimulateur cardiaque définitif dans le ventricule droit par voie veineuse transcutanée » à des conditions particulière et la réserve aux établissements autorisés.

La rythmologie interventionnelle est l'une des 3 modalités de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, elle-même comporte 4 mentions par gradation de difficulté et/ou de risque.

La mention D comporte les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe.

« L'établissement de santé dispose de 2 opérateurs médicaux formés spécifiquement à la rythmologie interventionnelle et à la pose du stimulateur intracardiaque, qui doivent participer à toutes les procédures. La formation comprend 3 volets dont une « formation pratique par compagnonnage avec au moins cinq patients ».

En outre, « l'établissement de santé réalise, par site autorisé, au moins 24 implantations de stimulateur intracardiaque par période de douze mois consécutifs » et « pour chaque opérateur supplémentaire, au moins 10 implantations de stimulateur intracardiaque par période de 12 mois consécutifs doivent être réalisées ».

Ces dispositions sont applicables jusqu'au 31 décembre 2028 (pourquoi pas après ?).

5- Editeurs de services numériques en santé : sanctions

L'article L 1470-5 du CSP prévoit qu'« afin de garantir l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel, les services numériques en santé [...] doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité, de sécurité et d'éthique ».

Un décret du 3 mars (JO du 4) définit les modalités selon lesquelles le ministre de la santé peut prononcer des pénalités financières à l'égard des éditeurs en cas d'absence d'un certificat de conformité aux référentiels d'interopérabilité, d'éthique et de sécurité lorsque ce certificat est obligatoire, ou de manquement au respect des exigences fixées par ces référentiels.

Il précise la procédure applicable aux éditeurs qui peuvent se voir appliquer de telles pénalités. Ces dispositions sont codifiées sous le nouvel article R 1470- 12 du CSP.

6- Pour des soins plus écologiques

Le domaine du soin n'échappe pas à la préoccupation du développement durable.

Le JO de février a publié 2 textes à ce sujet.

✓ Dispositifs médicaux : réemploi

L'article L 5212-1-1 du CSP prévoit que « certains dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté [...] peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par des patients en faisant l'acquisition différents de ceux qui en étaient précédemment propriétaires ».

Un arrêté du 24 février (JO du 4 mars) fixe la liste des dispositifs médicaux à usage individuel pouvant faire l'objet d'une remise en bon état d'usage.

On trouve pêle-mêle : les lits médicaux, les cannes, béquilles et déambulateurs, les ceintures de soutien lombaire....

Un autre arrêté publié le même jour fixe les conditions de remise en bon état : elle doit respecter la norme française NF S97-414 : 2026 « activité de remise en bon état d'usage de dispositifs médicaux à usage individuel - Exigences générales et de sécurité ».

✓ Réemploi des emballages des DASRI

Un décret du 4 mars (JO du 6 – 3 pages) prévoit le cadre juridique pour l'autorisation à titre expérimental du réemploi des emballages permettant la collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) et assimilés, de la valorisation et du recyclage de ces mêmes déchets.

Il précise les conditions à respecter pour obtenir une autorisation à participer à l'expérimentation et pour sa mise en œuvre, son suivi et évaluation.

« Tout fabricant de dispositifs médicaux perforants utilisés par les patients en auto traitement et par les utilisateurs d'autotests, tout opérateur de gestion des DASRI et assimilés ou tout éco-organisme ou système individuel agréé [...] peut demander au ministre chargé de la santé l'autorisation de procéder à une ou plusieurs expérimentations ».

7- Parcours coordonné renforcé obésité :

« Lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé » (article L 4012-1 du CSP).

« Est pris en charge par l'assurance maladie le parcours coordonné renforcé [...] de l'obésité complexe chez l'adulte dont le cahier des charges « est annexé à l'arrêté du 26 février (JO du 4 mars - 33 pages – nous y reviendrons dans la prochaine lettre).

Lorsque le cahier des charges du parcours coordonné renforcé prévoit une adaptation régionale des projets et leur validation par l'ARS, la structure responsable de la coordination dépose, pour chaque région concernée, un projet de parcours auprès de l'ARS compétente.

8- Personnes âgées et handicapées : soins infirmiers à domicile

Un décret du 3 mars (JO du 5) précise certaines modalités relatives au financement des services proposant des prestations de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et personnes handicapées.

Il supprime, dans la dotation globale de soins, la référence aux charges relatives aux fournitures et au petit matériel médical.

Il précise les modalités de financement des services en cas d'interruption de la prise en charge en raison de l'absence de l'utilisateur.

Il conforte la pratique actuelle en précisant que les jours fériés sont bien pris en compte dans la tarification.

Il modifie enfin le calendrier de transmission des données par les services et de notification des forfaits par les ARS.

9- Code de déontologie des pharmaciens :

Un décret du 3 mars (JO du 5) apporte une nouvelle version du code de déontologie des pharmaciens. Elle est codifiée sous les articles R 4235-1 à 64 du CSP.

Cadre général :

Le décret clarifie les actions attendues du pharmacien lorsque ce dernier est confronté à certaines situations de sévices.

Il précise notamment le devoir de conseil du pharmacien à l'égard de son patient et définit le secret professionnel.

Il assouplit également les règles applicables aux pharmaciens en matière d'information et de publicité.

Il comporte 4 sections divisées en sous sections :

- ✓ dispositions générales
- ✓ devoirs généraux des pharmaciens : envers les patients, devoirs professionnels
- ✓ exercice professionnel : conditions et modalités, information et publicité, (articles R 4235-8 à 53)
- ✓ relations entre les pharmaciens, les stagiaires, les membres des autres professions de santé et les autorités : devoirs de confraternité, de loyauté et de solidarité, accueil des stagiaires, relations avec les autres professionnels de santé, relations avec les autorités.

Les devoirs envers les patients.

Le pharmacien :

- ✓ agit toujours dans l'intérêt des personnes et de la santé publique.
- ✓ porte secours à toute personne en danger immédiat dans la limite de ses connaissances et de ses moyens.
- ✓ est soumis au secret professionnel dans les conditions établies par la loi.
- ✓ est dans l'obligation d'agir par tout moyen lorsqu'il présume qu'une personne auprès de laquelle il intervient est victime de violences, de sévices, de privations ou de mauvais traitements. Il choisit en conscience, et selon les circonstances de l'espèce, les moyens qu'il met en œuvre pour protéger la victime,
- ✓ délivre au patient des informations et des conseils clairs, appropriés et adaptés à sa situation.

- ✓ veille à ne pas inciter, par quelque procédé que ce soit, à une consommation abusive de médicaments. Il ne crée ou n'entretient aucune confusion entre les médicaments et tout autre produit.
- ✓ veille à ne pas favoriser le recours excessif à des examens de biologie médicale.
- ✓ incite les personnes qui ont recours à son art à consulter un autre professionnel de santé qualifié lorsque cela est nécessaire,
- ✓ assure le traitement, la collecte, la protection et la conservation des données personnelles de ses patients portées à sa connaissance dans le cadre de son exercice professionnel et strictement nécessaires à leur prise en charge, quel qu'en soit le support,

10- Equipement numérique des ESMS : « dossier usager informatisé »

Un arrêté du 3 mars (JO du 5) crée un nouveau programme de financement destiné à encourager la mise à jour des logiciels « Dossier usager informatisé » des établissements et services sociaux ou médico-sociaux (dite « mise à jour vague 2 »),

11- Accompagnement psychologique

Un décret du 4 mars (JO du 6) fixe les modalités de sélection des psychologues assurant des séances d'accompagnement prises en charge par l'assurance maladie.

Il reconnaît également la qualité de collaborateur occasionnel du service public aux experts psychologues mobilisés par la CNAM dans le cadre de ce dispositif.

12- Personnes en situation de handicap : atteinte à la dignité

Le président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CN CPH) se voit conférer la qualité pour contester au nom de l'Etat devant la juridiction administrative, [...] 'autorisation ou l'absence d'interdiction d'une manifestation ou d'un spectacle où sont mises en scène des personnes en situation de handicap (que celles-ci aient été ou non reconnues par une maison départementale des personnes handicapées) dans des conditions portant atteinte à la dignité humaine. (décret du 4 mars -JO du 6).

13- Résumé de passage aux urgences (RPU) : fichier ARS

A compter du 1^{er} mai, « chaque ARS constitue des fichiers de données de santé à caractère personnel comportant l'ensemble des informations contenues dans les résumés de passage aux urgences RPU) ment à l'exception :

- ✓ du nom de la commune de résidence,
- ✓ du code postal, remplacé par un code géographique de résidence,
- ✓ de la date de naissance, remplacée par l'âge exprimé en années et calculé à la date de passage aux urgences.

Ces fichiers sont constitués de données cumulatives des RPU depuis le 1^{er} janvier de l'année civile en cours. Ils sont transmis à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), a minima une fois par semaine (auparavant un fois par mois), et au plus tard dans les 48 heures après la fin de la semaine considérée ».

Arrêté du 27 février – JO du 7 mars)

Pour en savoir plus, voir l'instruction du 31 décembre 2025 « relative à la modification de l'arrêté régissant la remontée des RPU ».

14- Prélèvements d'organes :

Depuis 2005, « les organes qui peuvent être prélevés sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant sont le rein, le foie, le poumon et le pancréas ».

Un arrêté du 6 mars (JO du 8) y ajoute le cœur.

Nous ne comprenons pas cet ajout puisqu'il y a bien des greffes de cœur , à moins, peut-être, que les prélèvements de cœurs aient été soumis à un régime dérogatoire (simple hypothèse).

15- FHP cout de l'heure syndicale :

Le coût horaire moyen dans la fonction publique hospitalière servant de base pour la compensation financière dans le cadre de la mise en œuvre de la mutualisation des crédits d'heures syndicales pour l'année 2024 (ce n'est pas une erreur) est fixé à 23,63 euros.

16- FPH : prime de service

Les agents titulaires de la fonction publique hospitalière (5FHP) perçoivent une prime annuelle de service équivalente à un 13^e mois.

Un arrêté du 6 mars (JO du 11) vient modifier les conditions (complexes) d'octroi de cette prime versée en 2026 au titre de 2025.

17- Dépistage organisés du cancer colorectal :

Un arrêté du 10 mars (JO du 12) refonde le cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal (7 pages).

Il distingue :

- ✓ La population à risques moyens : les hommes et les femmes (de 50 à 74 ans inclus) ne présentant ni symptômes, ni antécédents personnels ou familiaux d'adénome, de cancer ou de maladie touchant le côlon ou le rectum, ni facteurs de risque particuliers. Une invitation leur est adressée tous les 2 ans
- ✓ La population à risques aggravés
Le niveau de risque aggravé élevé ou très élevé est établi dès lors qu'il y a :
 - antécédent personnel d'adénome ou de cancer colorectal,
 - maladies inflammatoires chroniques intestinales (rectocolite hémorragique et maladie de Crohn) antécédent familial au 1^{er} degré d'adénome,
 - antécédent familial de cancer colorectal,
 - polypose adénomateuse familiale,
 - cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)

Ces personnes « se voient proposer par un médecin une autre modalité de dépistage, de diagnostic ou de surveillance selon la nature du risque et les recommandations de bonnes pratiques cliniques en vigueur (incluant notamment une coloscopie voire, en cas de risque très élevé, une consultation d'oncogénétique) ».

18- Dépistage précoce et prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées

la loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » prévoit qu' « un programme de dépistage précoce et de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées d'au moins 60 ans est mis en œuvre en respectant un cahier des charges national » (article L 1411-6-3 du CSP).

Un décret et un arrêté du 18 mars (JO du 19) précisent les modalités de pilotage et les acteurs de ce programme et en fixe le cahier des charges.

Il est « piloté par les ministres chargés de la santé et de l'autonomie et mis en œuvre par les ARS, en lien avec les collectivités territoriales compétentes ».

Il s'agit en fait de généraliser le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS (nous y reviendrons dans la prochaine lettre).

19- FHP : élections professionnelles

L'arrêté du 2 juillet 2025 a fixé la date des élections professionnelles de la fonction publique hospitalière au 10 décembre 2026.

Deux arrêtés du 16 mars (JO du 20) fixent la teneur des documents électoraux ainsi que le seuil d'effectif pour le vote électronique (50 électeurs) qui se déroulera sur la période du 3 au 10 décembre 2026.

Ces élections sont organisées pour élire les représentants du personnel aux commissions administratives paritaires locales (CAPL) et départementales (CAPD), à la commission consultative paritaire, aux comités sociaux d'établissement (CSE) des établissements publics de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et des GCS de moyens de droit public.

20- Missions de service public : rémunération

Un arrêté du 17 mars (JO du 20) fixe à 1 450 € euros bruts mensuels la rémunération qui peut être versée aux « personnes qui contribuent de façon occasionnelle à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif ».

L'article D 311-1 du code de la sécurité sociale en identifie 31 catégories.

Par exemple on y trouve « les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires mise en œuvre par les ARS [...] au titre des rémunérations à l'acte ou forfaitaire déterminées par les ARS et versées par les CPAM en application [...] de l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire ».

21- Don du sang : sélection des donneurs

Un arrêté du 20 mars (JO du 22) modifie la partie « risques pour le receveur » les critères de sélection des donneurs de sang.

Pour connaître tous les critères, se reporter à l'arrêté du 17 décembre 2019 mis à jour au 22 mars 2026.

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000039667225>

22- Hébergement des données de santé à caractère personnel :

Un décret du 24 mars (JO du 26) modifie certaines dispositions du CSP relatives à l'hébergement de données de santé à caractère personnel.

Il précise les obligations de l'hébergeur en matière de stockage des données de santé à caractère personnel sur le territoire d'un Etat membre de l'UE ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ainsi qu'en matière d'information de ses clients, actuels ou potentiels, concernant les mesures prises face aux risques de transfert de ces données ou d'accès non autorisé à celles-ci par des Etats tiers à l'UE.

Il entrera en vigueur le 26 septembre.

23- Protection maladie complémentaire :

Le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est fixé à 10 421 € par an pour une personne seule, à compter du 1^{er} avril (JO du 26/03).

24- Allocations : revalorisation au 1^{er} avril

Le JO du 31 mars publie plusieurs décrets revalorisant divers allocations au 1^{er} avril

- ✓ AAH : le montant mensuel de l'allocation aux adultes handicapés est porté à 1 041,59€,
- ✓ RSA : le montant forfaitaire mensuel du revenu de solidarité active applicable à un foyer bénéficiaire composé d'une personne seule, est fixé à 651,69€,
- ✓ ASS : le montant journalier de l'allocation de solidarité spécifique est fixé à 19,48€,
- ✓ ATA : le montant journalier de l'allocation temporaire d'attente est fixé à 13,73€,
- ✓ AER : le montant journalier de l'allocation équivalent retraite est fixé à 42,12€
- ✓ Le montant forfaitaire mensuel de la prime d'activité applicable à un foyer bénéficiaire composé d'une personne seule est fixé à 638,28€.

25- AEEH : simplification des conditions d'attribution

Un décret du 30 mars (JO du 31) étend l'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé sans limitation de durée aux bénéficiaires avec un taux d'incapacité au moins égal à 50 % et inférieur à 80 % en l'absence de perspective d'amélioration de l'état de l'enfant.

6. Veille parlementaire :

Assemblée nationale :

- proposition de loi visant à transférer la politique de santé aux régions,
- proposition de loi relative à la prévention des risques sanitaires liés aux aliments ultra transformés,
- proposition de loi visant à faire de la prévention contre le cancer une grande cause nationale pour 2027,
- proposition de loi visant à améliorer l'environnement alimentaire dans la grande distribution pour contribuer à l'atteinte des objectifs fixés par la stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat,
- proposition de résolution visant à faire du don de plasma la grande cause nationale 2027,
- rapport au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à interdire les sucres ajoutés aliments destinés aux nourrissons et aux enfants en bas âge,
- proposition de loi visant à garantir le droit de visite des parlementaires et des bâtonniers dans les lieux de privation de liberté,
- proposition de loi visant à interdire les salles de consommation à moindre risque et à renforcer la prise en charge médicale du sevrage des addictions,
- proposition de loi visant à lutter contre la précarité et garantir la dignité de l'emploi des jeunes,
- proposition de loi visant à créer un parcours de soins pour les victimes de violences sexistes et sexuelles,
- proposition de loi visant à rendre l'affichage du nutri-score obligatoire sur les produits alimentaires et sur les supports publicitaires,
- proposition de loi visant à garantir l'effectivité du congé de représentation au bénéfice des associations représentant les personnes accueillies ou ayant été accueillies en protection de l'enfance,
- proposition de loi visant à renforcer l'effectivité de la lutte contre les discriminations liées au handicap dans la sphère professionnelle,
- proposition de loi visant à améliorer l'accès au logement des travailleurs des services publics,
- proposition de résolution invitant le Gouvernement à préciser que l'augmentation de la CSG portée par la LFSS 2026 ne s'applique pas aux plans épargne retraite.

Sénat :

- proposition de loi relative aux soins psychiatriques sans consentement et à leur contrôle ?
- proposition de loi visant à assouplir la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à caractère expérimental,
- proposition de loi visant à renforcer l'activité physique à l'école,
- 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 enfants,
- proposition de loi visant à renforcer l'activité physique à l'école,
- proposition de loi visant à encadrer l'installation de distributeurs automatiques à vocation nutritionnelle dans les lycées,
- projet de loi sur la justice criminelle et le respect des victimes,
- projet de loi organique relatif au renforcement des juridictions criminelles,

- proposition de loi visant à généraliser la vérification de l'honorabilité des personnes intervenant au contact des mineurs,
- proposition de loi visant à garantir la neutralité financière du don d'organe par les vivants,
- proposition de loi renforçant la liberté de choix de l'opérateur funéraire par les familles endeuillées et régulant le marché des prestations obsèques,
- proposition de loi visant à accélérer la mobilité dans les zones peu denses,
- proposition de loi visant à assouplir la procédure d'autorisation des établissements et services médico-sociaux à caractère expérimental,
- proposition de loi visant à reconnaître un droit à l'accès aux toilettes,

7. En Bourgogne Franche comté :

7-1 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- Permanence des soins dentaires (PDS) en Bourgogne :

Le cahier des charges régional de la permanence des soins dentaires pour la région Bourgogne intègre de nouvelles dispositions. Il prévoit qu'« à compter du 1^{er} janvier 2026, un chirurgien-dentiste positionné au sein du CRRA 15 du CHU de Dijon, assure la permanence téléphonique de 7h à 12h les dimanches et jours fériés. Sa rémunération s'élève à 90€/heure de régulation, soit un forfait de 450 € pour 5h. Le nombre d'heures est révisé à 6h (7h-13h) soit à compter du 1^{er} mars 2026 soit 540 € pour 6h ».

2- Diagnostic territorial partagé et projet territorial de santé mentale du Doubs :

Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale (PTSM) 2026 – 2030 du Doubs ont été approuvés par l'ARS après avis favorable de la commission santé mentale du CTS et du conseil local de santé mentale.

Ils sont publiés et consultables sur le site de l'ARS.

3- CPP Est I (Dijon) :

La composition du CPP Est I (Dijon) a été mise à jour pour corrections d'erreurs matérielles. Les représentants des associations agréées restent Monsieur Yann Lecomte, Madame Loriana Deley, Madame Christiane Legendre, Madame Odile Janiaut. Deux sièges restent à pourvoir.

4- CPP Est II (Besançon) :

La composition du CPP Est II (Besançon) a été mise à jour pour les collèges 1 médecins spécialistes de médecine générale et 2 représentants des associations agréées. Pour celui-ci siègent : Mr Richard Martinez, Mme Véronique Lhomme, et Mme Ilva Sugny (3 sièges de ce collège restent vacants).

5- SMR : établissements éligibles au forfait PTS

La liste des établissements éligibles au forfait de rémunération pour l'utilisation de plateaux techniques spécialisés (PTS) a été mise à jour pour 2026 ;

Les nouveaux bénéficiaires sont les suivants :

- ✓ balnéothérapie : clinique du Senonais (Yonne)
- ✓ isocinétisme : CHI du Revermont (site de Salins)
- ✓ analyse quantifiée de la marche et du mouvement : CRRRF des Salins de Brégille et CHI du Revermont (site de Salins)

- ✓ plateau de rééducation assistée du membre supérieur : HNFC site du Mittan, CHI du Revermont (site de Salins)
- ✓ plateau de rééducation intensive des membres inférieurs : GH 70 site de Lure
- ✓ plateau de rééducation du retour à la conduite automobile : CRF Divio (simulateur), CHI du Revermont (site de Salins) (simulateur)

6- Autorisations d'activités : reconnaissance de besoins exceptionnels

Suite à l'avis de la CSOS du 27 février , l'ARS a reconnu des besoins exceptionnels pour une implantation supplémentaire pour :

- ✓ Le traitement du cancer mention B1, mission de recours, chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée sur la zone de planification sanitaire Saône et Loire- Bresse-Morvan
- ✓ Le traitement du cancer, mention A6, chirurgie mammaire sur la zone de planification sanitaire Bourgogne Méridionale,
- ✓ L'activité de soins interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie, modalité rythmologie interventionnelle, mention A , électrophysiologie et pose de stimulateurs, sur la zone de planification sanitaire Cote d'Or

7- Demandes d'autorisations : 2 nouvelles fenêtres

Deux nouvelles fenêtres sont ouvertes pour le dépôt des demandes d'autorisations pour toutes les activités et équipements matériels lourds excepté l'activité de soins radiologie interventionnelle

- ✓ du 1° avril au 1° juin,
- ✓ du 2 octobre au 2 décembre

8- Bilan quantitatif de l'offre de soins :

L'ARS a mis à jour et publié le bilan quantitatif de l'offre de soins (OQOS).

Il tient compte des besoins exceptionnels précédemment cités.

7-2 Du côté de la démocratie en santé

1- : CRSA :

✓ *Renouvellement :*

Le calendrier global de renouvellement de la CRSA est publié sur le site « ma santé en BFC ». Il est le suivant :

- appel à candidatures représentants des usagers : mars à Juin
- désignations directes : mai-juin,
- désignations sur propositions : avril à juin,
- notifications : juillet,
- publication de l'arrêté constitutif de la CRSA : août (autour du 20)
- candidatures présidence : septembre,
- séance d'installation : 6 octobre,
- publication des arrêtés constituant les commissions : avant le 31 octobre.

✓ *Bilan de la mandature :*

L'heure du bilan de la mandature a sonné. Suite à un appel à candidatures un petit groupe a été constitué pour élaborer un questionnaire d'évaluation qui sera proposé à l'ensemble des membres titulaires et suppléants de la CRSA .

Il s'agit d'évaluer non seulement la réalisation de la feuille de route adoptée en début de mandature, mais aussi le fonctionnement des instances (CRSA et commissions spécialisées) et au-delà, l'état de la démocratie en santé.

Ce bilan devrait aussi servir à recueillir des propositions d'amélioration pour la prochaine mandature.

Tout en étant un outil statistique ce questionnaire permettra une expression littérale libre permettant le recueil de verbatims.

✓ *Réunion plénière du 2 avril :*

La prochaine réunion plénière de la CRSA (invitation du 19 mars) aura lieu le 2 avril à 14h (accueil à 13h30) à Dijon (CCI Métropole de Bourgogne 2 avenue de Marbotte) et en visio .

Elle examinera les points suivants inscrits à l'ordre du jour :

- Repères actuels de consommation alimentaire du PNNS en France (Isabelle Millot)
- Point sur la situation des urgences (présentation complète + échanges) qui n'avait pu être présenté lors de la séance du 29 janvier (le diaporama de présentation peut être consulté sur le site à l'onglet correspondant à cette réunion)
- FIR : bilan et perspectives (cf. article D 1432-32 du CSP)
- Plateau mutualisé d'imagerie médicale (PMIM) : avis de la CRSA (donc vote) sur le projet déposé par le CHU de Dijon suite à l'appel à projets du 20 novembre 2025.,
- Informations diverses :
 - états généraux de la bioéthique
 - Informations nationales (évolution ARS , démocratie en santé)

Dernière minute :

Le 30 mars, les membres de la CRSA ont reçu un nouvel à cet ordre du jour, ajoutant « la présentation de la convention tripartite relative au déploiement du Service public départemental de l'autonomie (SPDA) », pour avis (donc vote).

Cette convention « permet de fixer les engagements des partenaires, de préciser les modalités de coordination des acteurs et de définir les actions visant à améliorer l'accès aux droits et la lisibilité des parcours pour les personnes âgées, les personnes en situation de handicap et leurs aidants ».

Elle doit être soumise à l'avis de la CRSA, des CDCA, du CA de l'ARS ...

Pour mémoire le SPDA a été créé par la loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir le société du bien vieillir et de l'autonomie », et son cahier des charges a été fixé par un arrêté du 25 mai 2025 (JO du 4 juin -14 pages). Il identifie 10 catégories d'acteurs.

Deux questions peuvent se poser :

- *Ce projet de convention a -t-il été présenté et débattu en commission spécialisée « prise en charge et accompagnement médico-social » (CSMS) ?*
- *Ne pouvait-il être mis à l'ordre du jour de la CRSA plénière du 1° juillet ce qui aurait permis de faire une information préalable (le projet de convention n'étant pas joint à l'ordre du jour) ?*

Pour mémoire les prochaines réunions se tiendront :

- Le 1° juillet de 14 à 17h à Besançon
- Le 6 octobre à Dijon toute la journée : séance d'installation de la nouvelle CRSA.

2- CSOS

Le 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 avaient jusqu'au 5 mars pour faire part de leurs demandes de modifications.

Le 6 mars ils ont reçu le lien pour voter sur les comptes rendus de 8 réunions du 21 mars au 17 juillet 2025) sans indication du délai pour voter. Le règlement mentionne un délai de 7 jours au-delà duquel le vote est clos.

Manquent donc encore à l'appel 6 comptes rendus approuvés (5/05, 12/05, 30/06, 2/07, 4/07, 17/07)

Par message du 24 mars les membres de la CSOS ont été informés de la mise en ligne du relevé de décisions de la CSOS du 13 novembre 2025 , (et non du 20 septembre 2024 comme indiqué) dans le message) et de l'ouverture du délai de 7 jours pour faire valoir leurs observations (pour le 31 mars).

Le compte rendu du 23 octobre n'a pas encore été mis en ligne.

Il devient vraiment difficile de s'y retrouver !

Prochaines réunions : 24 avril 9h, 30 avril 9h, 7 mai 9h, 18 mai 14h, 26 mai 14h.

3- Commission prévention :

La commission prévention s'est réunie le 19 mars : ses membres ont reçu le compte rendu de la réunion, le lendemain (sans secrétariat mis à disposition par l'ARS!)

C'était une réunion d'échange d'informations

Retenons le bilan de la mobilisation préparatoire aux élections municipales. Le collectif des partenaires s'est réuni le 18 février

Pour mémoire, il a été proposé aux candidats aux élections en Bourgogne-Franche-Comté 8 webinaires autour de 4 thématiques de santé afin qu'ils puissent :

- comprendre les enjeux de santé et leurs liens avec les politiques locales (urbanisme, mobilité, environnement, éducation, etc.),
- identifier les leviers d'action municipaux pour améliorer la santé et le bien-être des habitants,
- repérer les acteurs et ressources du territoire mobilisables,
- favoriser les échanges et le partage de bonnes pratiques pour renforcer les dynamiques locales.

Une nouvelle communication a été lancée pour valoriser :

- les replays des webinaires
- le guide-répertoire des 20 partenaires.

Celui-ci est disponible en ligne

<https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/product/files/2026-03/Guide-Repertoire.pdf>

La présidente a été invitée à présenter la démarche lors du congrès national de l'Uniopss le 01/04/2026 à la Cité des sciences de Paris, dans un atelier « Quelle place pour les associations dans les politiques municipales de santé ? », aux côtés du réseau français des villes santé, et du Secours populaire.

Prochaines réunions : 30 avril 14h (de préférence en présentiel), 18 juin 14h (points d'actualité et échanges) en visio.

4- e-santé :

Le Costra e-santé se réunira le 15 avril de 10h à 12h à l'ARS de préférence en présentiel à l'ARS sous la présidence de la Directrice Générale de l'ARS

A l'ordre du jour :

- ✓ retour sur les priorités de l'Agence Régionale de Santé BFC pour 2026

- ✓ focus sur la a résilience numérique du système de santé régional face au risque cyber (préparation aux cyberattaques et sécurisation de l'identité numérique des professionnels).
- ✓ actualités télé-médecine : point d'étape national et régional et présentation des avancées des centres de ressources en dermatologie
- ✓ territorialisation : présentation de cette priorité 2026 avec un zoom sur ce qui est engagé pour la e-santé.

5- « Réforme des CRSA et CTS : vers un déni de démocratie en santé »

Dans un communiqué commun du 21 février les présidents des 16 CRSA « expriment leur incompréhension et leur très vive opposition vis-à-vis des annonces faites par le Premier Ministre, dans la perspective du projet de loi de décentralisation des politiques de santé et de l'autonomie ».

Plus précisément ils dénoncent le projet de confier la présidence des CTS , qui deviendraient des conseils départementaux de santé, aux présidents des conseils départementaux, et celle de la CRSA au président du conseil régional.

Ces annonces ont été faites sans aucune concertation avec les CRSA et les CTS, avant même la remise du rapport de la mission conjointe IGAS/IGF/IGA, et malgré le courrier d'opposition déjà adressé par les présidents des CRSA.

Si la présence des élus locaux au sein des instances de démocratie en santé, CRSA et CTS, est essentielle (même s'ils en usent avec parcimonie) « la désignation des présidents de CRSA et de CTS doit demeurer le fruit d'un choix démocratique et donc d'une élection, au sein de chaque instance ».

Avant d'envisager un renforcement du pouvoir des élus locaux au sein de ces instances, il convient de favoriser leur volonté de s'impliquer davantage dans la démocratie en santé.

« Imposer une présidence de droit c'est nier l'essence même de ses instances, bafouer leur pertinence démocratique ».

Le communiqué est en ligne sur le site ma santé en BFC, onglets instances , CRSA plénière, informations complémentaires du 5 mars.

Depuis ce communiqué, 2 représentants des Présidents de CRSA (E.Ronot et E. Rush) ont rencontré un membre du cabinet de la ministre (Mr. Mulliez) qui a pu les rassurer sur ces points, sans toutefois indiquer le calendrier législatif.

Le projet devait être présenté en conseil des ministres après les municipales : patience, nous y sommes !

6- Démocratie en santé : une lente érosion

Par un courrier du 15 janvier adressé au président de la CRSA avec copie à la Directrice générale de l'ARS un collectif de membres de la CRSA a fait le constat d'une lente érosion de la démocratie en santé dans notre région.

Le principal symptôme est certainement l'absentéisme croissant des membres des instances (CRSA, commissions spécialisées, CTS), mais il est confirmé par bien d'autres signes énumérés dans ce courrier.

« A la veille du renouvellement des membres de la CRSA qui doit intervenir cette année [...] il paraît indispensable de s'interroger sur cette situation en même temps que de faire le bilan de la mandature qui s'achève ».

« L'objet de ce courrier n'est pas de pointer du doigt tel ou tel responsable, mais bien d'analyser la situation et de faire émerger des solutions pour une véritable démocratie en santé ».

Il est accessible sur le site dans les mêmes conditions que le communiqué des présidents de CRSA.

7-3 Quelle place pour les usagers ?

Même quand la réglementation ne leur donne pas une place cela ne signifie pas que des représentants des usagers soient associé à des structures ou démarches qui les concernent directement.

✓ **Dans les CPTS :**

L'ordonnance du 12 mai 2021 (JO du 13) relative aux CPTS prévoit que « la CPTS est constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1er juillet 1901 ».

L'article L 1434-12 du CSP précise que :

- « des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé »,
- « la CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours... »
- « les membres de la CPTS formalisent, à cet effet, un projet de santé »

De ces dispositions les professionnels de santé ont longtemps considéré que les usagers n'avaient pas leur place dans les CPTS autrement dit que l'utilisateur n'était pas concerné par le projet de santé de la CPTS ni par les missions de service public que lui confère l'ordonnance de 2021 .

Néanmoins au fil des ans, de nombreuses CPTS ont reconnu la légitimité de la participation des représentants des usagers soit au sein de leurs instances soit dans leurs projets et groupes de travail.

Par une « note de position » du 16 février adressée aux 32 CPTS qui couvrent le territoire de la région, France Assos Santé posait la question « quelle place pour les représentants des usagers (RU) ? » ajoutant que « pourtant, les représentants des usagers et associatifs ont toute leur place au sein de ces organisations, par leur connaissance fine des problématiques de terrain, acquise en tant que patients, aidants, ou encore par leur expérience dans les instances où ils siègent ».

A la suite de cette démarche 3 CPTS ont manifesté leur intérêt pour intégrer ou poursuivre l'intégration d'associations au sein de leur organisation.

✓ **Dans le dispositif France Santé :**

Mis en place dans la précipitation et sans aucune disposition réglementaire (ni même de cahier des charges) la 1^o vague de labellisation dans le cadre du dispositif France Santé a été conduite, dans chaque, département par les préfets et l'ARS, en concertation avec les représentants des professionnels (ordre et URPS).

Dans un courrier du 17 février adressé au Préfet de Région et à la Directrice Générale de l'ARS, France Assos Santé BFC s'est étonnée de cette situation.

Dans leur réponse cosignée du 17 mars, les destinataires ont reconnu le bien-fondé de la démarche et « acté le choix d'intégrer le comités départementaux processus de labellisation en y associant les représentants des usagers ».

✓ **Dans la procédure de régulation de l'accès aux services d'urgence :**

L'arrêté du 18 mars 2025 prévoit que la décision du DG de l'ARS de réguler de façon pérenne, l'accès aux urgences est prise au vu de l'avis de la section urgences du comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR), rendu après concertation préalable « auprès notamment des représentants du service d'accès aux soins (SAS) ou des représentants du SAMU, des représentants des professionnels de santé de la structure des urgences ou de l'antenne de médecine d'urgence concernée, des établissements de santé du territoire, de l'URPS des médecins libéraux et du conseil départemental de l'ordre des médecins »

Là encore, les représentants des usagers pourtant concernés par l'accès aux urgences sont écartés.

Par courrier du 17 février, France Assos Santé BFC en a fait la remarque à la Directrice Générale de l'ARS qui n'a pas encore fait connaître sa réponse.

7-4 Journée européenne des droits en santé (JDS): 18 avril

Comme chaque année, la journée européenne des droits en santé aura lieu le 18 avril.

En Bourgogne Franche-Comté, France Assos Santé propose de prolonger la mobilisation jusqu'au 18 mai, en collaboration avec les associations, les représentants des usagers (RU) et les établissements de santé.

Ensemble, ils organisent des actions avec pour objectif d'informer les usagers de leurs droits fondamentaux en santé et de les sensibiliser à l'exercice de ceux-ci.

Pour soutenir les représentants des usagers volontaires pour la tenue de stands d'information dans les établissements, la délégation régionale de France Assos Santé met à leur disposition des outils: affiches, flyers, fiches pratiques, set de table, vidéo... qui peuvent être commandés en ligne.

<https://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/2026/03/02/journee-europeenne-de-vos-droits-en-sante-2026-a-vous-de-jouer/>

Pour en savoir plus prendre contact avec Floriane Robisson : 06 25 47 07 51

frobisson@france-assos-sante.org

7-5 Représentation des usagers : appels à candidatures

Pour les commissions des usagers (CDU) :

Dans la lettre précédente (n°91 de mars) nous annonçons l'organisation d'un 2^e tour d'appel à candidatures afin de pourvoir les sièges restés vacants après le renouvellement, fin 2025, des représentants des usagers (RU) siégeant dans les commissions des usagers (CDU) des établissements de santé.

L'ARS vient d'informer les associations agréées d'un nouvel appel à candidatures permanent (ce qui signifie qu'il n'y a pas de date limite), pour les 145 postes qui restent encore vacants à ce jour dont 34 sièges de titulaires, sachant que 7 établissements ne comptent aucun RU.

Ces sièges sont ainsi répartis :

	Titulaires	suppléants	Total
21	5	15	20
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	111	145

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 les CPAM :

Nous avons également relayé l'appel à candidatures pour la désignation des représentants des usagers dans les conseils d'administration des CPAM (lettre 91 de mars) .

Sur les 32 sièges (4 pour chacune des 8 CPAM) à pourvoir :11 ont été pourvus.

Voici la liste des 21 sièges encore vacants :

- Côte d'or : 2
- Doubs : 3
- Jura : 4
- Nièvre : 2
- Haute-Saône : 3
- Saône et Loire : 2
- Yonne : 4
- Territoire de Belfort : 1

Pour mémoire , il faut être âgé de moins de 66 ans au moment de la désignation (soit 65 ans entre le 3 et le 19 avril 2026 selon les caisses).

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

Renseignement : Elodie Hong Van

ehongvan@france-assos-sante.org

06 76 55 08 15

03 80 49 19 37

De ces 2 appels à candidatures faut-il déduire que le vivier des bénévoles s'épuise ? Sont-ils épuisés ?

7-6 ORS BFC : appel à candidatures pour son conseil citoyen

L'observatoire régional de la santé (ORS BFC) lance un appel à candidatures pour constituer son « collège citoyen ».

Celui-ci a pour ambition d'être un espace d'échanges permettant à ses membres de donner un regard sur les travaux de l'ORS de mieux prendre en compte l'expérience des habitants

✓ *Ses missions :*

- Examiner les nouveaux projets et leurs objectifs pour y apporter des compléments ou des orientations nouvelles,
- Faciliter la compréhension et favoriser la diffusion des résultats et constats issus des travaux de l'ORS,
- Améliorer les outils de communication (publications, supports, présentations) pour garantir leur accessibilité et leur lisibilité pour tous les publics.

✓ *Sa composition :*

Il sera constitué :

- pour moitié de représentants d'usagers ou de membres d'associations de santé
- pour moitié de citoyens non engagé dans le milieu associatif.

Pour en savoir plus et mieux connaître l'ORS :

<https://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2026/03/Appel-a-candidatures-College-citoyen-ORS-BFC.pdf>

Pour candidater prendre contact avec :

Maylis Sposito-Tourier: m.sposito@orsbfcorsbfc-org 06 20 48 04 15

7-7 RU : se former en mai

Pour mémoire voici les formations proposées par France Assos Santé en mai :

- ✓ 12 mai : groupe d'échanges entre représentants des usagers à Dijon de 13h30 à 16h30
- ✓ 21 mai : défendre et promouvoir l'accès aux soins à Besançon, toute la journée de 9h15 à 17h

Contenu :

- L'accès et le recours aux soins/à la santé : de quoi parle-t-on ? Représentations et pratiques des usagers,
 - Ce qui existe sur les territoires pour favoriser l'accès aux soins
 - La place du représentant des usagers dans les politiques d'accès aux soins menées sur son territoire,
 - Les différentes instances où faire valoir le point de vue de l'utilisateur : groupement hospitalier de territoire, conseil territorial de santé, conseil local de santé, CPAM.
- ✓ 28 mai : se faire connaître en tant RU en visioconférence de 15h à 17h – accueil virtuel à 14h45

Comme habituellement pré- inscription et inscription en ligne.

Renseignements : Elodie Hong Van

ehongvan@frnce-assos-sante.org

03 80 49 19 37 ou 06 76 55 08 15

7-8 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

1- Hôpitaux et établissements médico-sociaux :

✓ Vacances d'emplois

- CHU de Besançon, CHI de Haute-Comté, CH d'Ornans, Morteau, EHPAD de Flangebouche :
 - DA chargé des affaires financières, du contrôle de gestion et des systèmes d'information du CHI de Haute-Comté,
 - DA chargé de l'HAD du territoire Centre Franche-Comté,
- CHS Saint-Ylie-Jura, ETAPES de Dole, CHS de Novillars, EHPAD de Mamirolle et EPSMS Solidarité-Doubs-Handicap à Besançon:
 - DA de secrétaire général du GPMS, chargé des finances du CHS de Saint-Ylie-Jura
 - DA chargé des ressources humaines et des affaires médicales du CHS de Saint-Ylie-Jura
- centre hospitalier Nord Franche-Comté (HNFC) à Belfort et CHSLD de Bavilliers : un emploi de DA chargé des relations avec les usagers et de la qualité
- établissement public de santé mentale (EPSM) de Sevrey, EHPAD du Creusot et EHPAD de Montcenis : emploi de directeur.

✓ **nominations :**

- CHI « Jura Sud » (Lons-le-Saunier), CH de Saint-Claude et de Morez : Philippe Lequien directeur.
Philippe Lequien connaît déjà la région puisqu'il a été jusqu'à présent directeur du CHS de Sevray et des EHPAD du Creusot et de Montcenis depuis le 17 octobre 2022.
Auparavant il a exercé pendant 10 ans la fonction de gestionnaire dans l'éducation nationale puis de directeur du CROUS 5 ans en Aquitaine et 5 ans comme directeur général dans les Alpes, avant d'intégrer, en 2015, la carrière hospitalière comme directeur adjoint du GH 70.
Nous lui souhaitons réussite dans son nouveau poste.
Il est donc mis fin à l'intérim (à temps plein) de la direction qui avait été confié à madame Chittra Kichenardja.
- CH de Mâcon, du Pays Charolais-Brionnais (Paray-le-Monial), du Clunisois, de Tournus et EHPAD de Bois-Sainte-Marie, Chauffailles, Digoin, Marcigny et Romenay : Fendy Ghilas DA chargé de la filière gériatrique du CH du Pays Charolais-Brionnais et directeur délégué des EHPAD de la direction commune
- CH La Chartreuse -Dijon : Gwenaëlle Trillard DA
- Hospices Civils de Beaune et EHPAD de Bligny- sur-Ouche : Franck Bastaert directeur des soins coordonnateur général des soins et directeur de l'institut de formations paramédicales,
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint Pierre-le-Moûtier et CHS Pierre-Lôo à La-Charité-sur-Loire : Mr Jean Louis Carré directeur délégué du CH de Decize

2- ARS : de nouveaux directeurs territoriaux

Nous avons noté des mouvements parmi les directeurs territoriaux de l'ARS au cours du mois de mars.

✓ *Cote d'Or :*

Xavier Crisnaire succède à Aline Guibelin, appelée à d'autres fonctions. Sa carrière professionnelle l'a successivement conduit à :

- la CPAM des Vosges comme responsable du service juridique,
- la direction régionale du service médical (DRSM) des Pays de la Loire comme responsable de l'échelon local du service médical de 2003 à 2010,
- l'ARS Pays de la Loire comme responsable du pôle offres de soins sanitaires et médico-sociales,
- l'ARS d'Occitanie comme directeur départemental de l'Aude jusqu'à ce jour.

✓ *Jura :*

Emma Bonniot succède à Ghyslaine Wanwanscappel partie à la retraite. Chargée de mission au sein de la direction territoriale du Jura, Emma Bonniot en est devenue directrice adjointe en 2024, avant d'assurer l'intérim de direction depuis fin 2025.

✓ *Nièvre*

Régis Dindaud a cessé ses fonctions de directeur territorial de la Nièvre le 31 mars après 6 années à ce poste. Son adjointe Nathalie Roux assure l'intérim de cette fonction.
A tous nous souhaitons réussite dans leurs nouvelles fonctions et à Mme Wanwanscappel une bonne retraite.

3- Administration préfectorale :

✓ Territoire de Belfort

« M. Emmanuel Acchiardi est nommé sous-préfet chargé de mission auprès du préfet du Territoire de Belfort, secrétaire général adjoint de la préfecture du Territoire de Belfort pour une durée initiale de trois ans » (JO du 11/03).

✓ Jura :

« M. François Huet , premier conseiller du corps des magistrats des tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, est nommé sous-préfet de Saint-Claude, pour une durée initiale de trois ans.

4- ARUCAH : nouveau site

Le nouveau site internet de l'ARUCAH est en service depuis le 31 mars. On y trouve les espaces habituels d'une association : accueil, présentation de l'association, les actualités, l'agenda mais aussi un espace pour la représentation des usagers, et un espace documentaire dans lequel on peut trouver les monographies publiées par l'ARUCAH ainsi que sa lettre mensuelle.

5- Elections municipales :

Parmi les nouveaux élus municipaux nous avons noté l'élection, dès le 1^o tour, de Cyrille Politi, délégué régional de la FHF, au siège de maire de Blanzky, ville où il est né et a grandi.

Nous lui adressons nos sincères félicitations , tout en espérant qu'il pourra préserver le temps nécessaire à la promotion et à la défense des intérêts de l'hôpital public.

6- Besançon : ouverture de la « Maison des femmes pour l'égalité »

Quelques jours avant la journée internationale des droits des femmes (8 mars), la « maison des femmes pour l'égalité » de Besançon a officiellement ouvert ses portes le 2 mars.

Une ambition partagée :

Elle est le fruit d'une étroite collaboration entre la municipalité et les associations « solidarité Femme de Besançon » et le « centre d'information sur le droit des femmes et des familles » (CIDFF) du Doubs.

Son ambition est de rassembler en un même lieu toutes les réponses aux diverses situations auxquelles les femmes peuvent être confrontées, en proposant un accompagnement pluridisciplinaire. Outre les 2 associations fondatrices présentes chaque jour, d'autres (le Nid, femme, égalité, emploi, centre d'information et de consultation sur la sexualité...) tiendront des permanences hebdomadaires. Au total entre 25 et 30 personnes pourront apporter leur concours.

Les femmes pourront rencontrer des assistantes sociales, des psychologues, des juristes , des conseillers d'insertion.

Le volet santé est pris en charge par le CHU qui, en octobre 2025, a conclu une convention avec l'association porteuse, et ouvert une « maison des femmes santé » au sein de son service de médecine légale.

Un financement original

Le bâtiment (l'ancienne résidence autonomie Huot) a été mis à disposition par la Ville de Besançon. Sa réhabilitation a été financée par le ville, l'agglomération « grand Besançon métropole », le département, la région, l'état, ainsi que par un emprunt citoyen lancé auprès de la population, auquel ont souscrit 350 bisontins.

Son budget de fonctionnement pour 2026 s'élève à 135 000€ financé par l'Etat, la ville, la région, l'ARS et la fondation des femmes. La CAF et le département manquent encore à l'appel.

7- Franche Comté : recomposition du tissu hospitalier public

Après l'absorption au 1^{er} janvier dernier des EHPAD -USLD de Bellevaux et d'Avanne et du centre de soins (SMR) des Tilleroyes, le CHU de Besançon Franche Comté poursuit la recomposition du paysage hospitalier public de Franche Comté.

Les directions communes :

C'est maintenant officiel une convention de direction commune a été conclue entre le CHU et le centre hospitalier intercommunal de Haute Comté (CHICH) (Pontarlier).

A noter qu'au 1^{er} janvier 2013 le CH de Pontarlier avait déjà lui-même absorbé le CH et EHPAD René Salins de Mouthe, l'EHPAD et foyer d'accueil spécialisé (FAS) de de Nozeroy et l'EHPAD de Levier, pour devenir le CHIHC, avant de conclure des conventions de direction commune avec les CH de Morteau et d'Ornans et l'EHPAD de Flangebouche.

Une convention de direction commune est en voie d'être signée avec l'établissement public de Quingey (SMR, EHPAD, MAS) et une procédure identique est en marche sur le CH de Dole, qui fait déjà partie du GHT centre FC.

Sur le Doubs, et hors les structures hospitalières du Mittan de Montbéliard qui dépendent de l'Hôpital nord FC, restent autonomes : le CHS de Novillars, le CH de Baume les Dames.

L'EHPAD de Rougemont est en direction commune avec le CH de Baume les Dames, celui de Mamirolle avec le CHS de Novillars, celui de Flangebouche avec le CHI de Pontarlier et les EHPAD de Blamont et l'Isle sur le Doubs ont une direction commune (non rattachée un CH).

Le périmètre du GHT :

Enfin le périmètre du GHT centre FC devrait être revu. Le nombre de ses adhérents devrait passer de 12 (y compris le CHU : établissement support) à 9 suite à l'absorption des 3 établissements bisontins, pour revenir ensuite à 12 avec l'adhésion prévisible des EHPAD publics de Rougemont, Mamirolle et Flangebouche.

La convention constitutive devrait donc faire l'objet d'une mise à jour, mais il faudra le temps nécessaire à la consultation des diverses instances des membres.

Quelles pourraient être les prochaines étapes ?

- CME unifiée,
- CSIRMT unifiée,
- Programme d'investissement et PGFP communs,
- CPOM unique pour l'ensemble des membres,
- Création d'un GCS,
- Personnalité morale du GHT comme le permet l'article L 6132- 5 -2 du CSP : autrement fusion et création d'un nouvel établissement.

8- 29^o congrès de la fédération des maisons d'accueil hospitalier (FMAH)

La FMAH tiendra son 29^o congrès national du 21 au 23 avril à la « Maison des Familles » de Besançon.

9- OMÉDIT BFC : « déprescription »

Le terme de « déprescription » est peu usité et peut sembler curieux : il serait plus judicieux de parler de « réévaluation ».

Il faut le rapprocher des termes : pertinence de la prescription, polymédication, effets secondaires, iatrogénie médicamenteuse ...

En France, près de 8 consultations médicales sur 10 aboutissent à une prescription de médicaments, et qu'une personne sur 2, âgée de 65 ans et plus est en situation de polymédication dans la mesure où plus de 5 molécules lui ont été délivrées simultanément au moins 3 fois dans l'année.

Le 26 mars, l'Omédit BFC (observatoire du médicament) et l'ARS ont organisé un 1° webinaire régional pour initier une démarche de déprescription en BFC.

Il a mobilisé plus de 50 participants dont une majorité de pharmaciens (pas étonnant, mais 2 représentants des usagers quand même).

Les bases réglementaires et conventionnelles de cette démarche ont été évoquées ainsi que le rôle du patient lui-même.

Ont été présentées :

- ✓ La construction d'un réseau national de déprescription, retour d'expérience du Dr Jean-François Huon
- ✓ La campagne nationale et déclinaisons en région : actions de l'assurance maladie relatives à la polymédication et la déprescription
- ✓ La constitution du groupe de travail régional "déprescription" : objectifs et travaux

Le replay de ce webinaire est prévu et le prochain se déroulera le 11 juin de 12H30 à 13h30.

Pour en savoir plus voir sur le site de l'ARS BFC :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/reevaluation-des-prescriptions-et-deprescription-ressources-pour-les-professionnels>

8 Brèves :

1- FMIS 2025 :

Une circulaire du 20 février (BO du 23) est consacrée à la 2° délégation des crédits du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) au titre de l'année 2025.

Cette délégation est de 244 M€ dont 2 418,4K€ pour la BFC.

Parmi les mesures financées nous avons noté :

- ✓ 195M€ afin de poursuivre le financement des projets d'investissement immobiliers hospitaliers dont :
 - 85,5M€ au titre du financement des investissements immobiliers hospitaliers dans le cadre du COPERMO (comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers)
 - 74 M€ au titre du financement de la création de 3 nouvelles UHSA (unités hospitalières spécialement aménagées)
- ✓ 21,2M€ afin de financer les crédits investissement numérique dont :
 - 20M€ au titre du programme investissement numérique médico-social dont 1 918,4 K€
 - 0,6M€ au titre de l'accompagnement à l'amélioration des pratiques des SAMU
- ✓ 27,2M€ afin de financer les autres crédits investissements dont :
 - 25M€ au titre de la sécurisation des établissements de santé dont 1 000 K€ pour la BFC,
 - 2,5M€ au titre du financement de l'appel à projet « accidentés de la route »,
 - 0.8M€ au titre de 4 UCC (unités cognitivo-comportementales)
 - 0,5 M€ au titre de l'accompagnement de la mise en œuvre de la réforme des autorisations en psychiatrie pour la mise aux normes des chambres d'isolement ainsi que des chambres d'hospitalisation, la création d'espaces d'apaisement, la suppression des chambres triples au profit de chambres individuelles ou doubles.

2- Signalement de la maltraitance : un nouveau numéro 3133

Depuis le 1^{er} mars, une nouvelle plateforme téléphonique nationale dédiée au recueil des signalements de maltraitance envers les adultes vulnérables est mise en place : le 3133 remplace le 3977. Il est gratuit et accessible 7 jours/7, de 9 h à 20 h.

Les signalements recueillis par la plateforme seront transmis à l'autorité de traitement compétente (ARS, conseil départemental ou direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités). Si les faits signalés ne relèvent pas de faits de maltraitance, les appelants seront réorientés vers d'autres services adaptés.

Pour en savoir plus :

<https://solidarites.gouv.fr/3133-maltraiances>

3- Stratégie nationale sport santé : appel à projets

Le ministère des sports, de la jeunesse et de la vie associative a lancé un appel à projet « activité physique et sportive et réduction de la sédentarité en milieu professionnel »

Cet AAP a pour objet de soutenir des projets relatifs au développement d'activités physiques et sportives en milieu professionnel et de lutter contre les comportements sédentaires dans la fonction publique d'État (administrations publiques, services déconcentrés et établissements publics, universités) et hospitalière (établissements publics de santé).

Il est destiné à cofinancer la mise en place, en milieu professionnel, d'actions dites « 360 degrés », c'est-à-dire multifactorielles, dans une logique d'engagement des employeurs.

Candidatures en ligne avant le 17 avril.

<file:///C:/Users/33770/Downloads/strat-gie-nationale-sport-sant---appel-projets-activit-physique-et-sportive-et-r-duction-de-la-s-dentarit-en-milieu-professionnel--47920.pdf>

4- Violences sexistes

Les appels au 3919, la ligne d'écoute des femmes victimes de violences, en particulier conjugales, ont augmenté de 7,8 % en 2025 (108 241), a annoncé la Fédération nationale Solidarité Femmes (FNSF) qui la gère.

Cette augmentation peut s'expliquer par le fait que les femmes parlent plus, que la ligne est davantage connue mais aussi par le fait que les femmes peuvent moins compter sur des associations de proximité parfois touchées par des baisses de subventions.

5- Voyages au pays de la performance hospitalière :

On sait combien on demande aux directeurs d'hôpitaux d'être performants. La mission de l'ANAP (agence nationale de la performance, sanitaire et médico-sociale, budget 2024 : 20,4M€) est de les aider à l'être.

En 2026 elle propose un programme de voyages « performance sans frontière » pour des « séjours immersifs dans des établissements européens performants » (certifiés Qualiopi) à Berlin, Oslo, Genève et en Belgique Catalogne, Pays Bas.

6- Chutes : 20 000 décès en 2024

Par un bilan un bilan publié le 12 mars, Santé publique France (SPF) révèle que plus de 20 000 personnes de plus de 65 ans sont mortes à cause d'une chute en 2024, soit environ 5 000 de plus qu'en 2019.

Les chutes sont, de longue date, la première cause de mort accidentelle chez les plus de 65 ans, (loin devant les accidents de la route), ce qui a conduit le gouvernement à lancer un plan de sensibilisation en 2022.

7- Fonction publique hospitalière : formation professionnelle

Chaque année les établissements publics de santé élaborent leur plan annuel de formation professionnelle continue.

Chaque année également le ministère publie une note d'information relatives aux orientations portées au niveau national. Pour 2026 la note est datée du 6 mars

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2602926N.pdf>

Elle présente 27 axes dont 5 sont identifiés au titre d'actions de formation nationale (AFN) dont les thèmes répondent aux enjeux de la politique publique nationale et soutiennent les plans nationaux de santé publique.

Ces thèmes font l'objet de fiches descriptives prioritaires définissant : le contexte et les enjeux, les objectifs de la formation, le programme et le public ciblé. Elles sont accompagnées de références réglementaires et bibliographiques.

Parmi ces 27 fiches, nous avons noté les axes suivants :

- ✓ Stop à la stigmatisation des personnes présentant des troubles psychiques (AFN)
- ✓ Formation action à destination des structures publiques d'HAD (AFN)
- ✓ Améliorer la qualité du sommeil des patients et des professionnels de santé, afin de contribuer à leur meilleure santé mentale et physique
- ✓ activité physique, lutte contre la sédentarité et activité physique adaptée,
- ✓ Sensibiliser à la démarche de réflexion éthique dans les pratiques professionnelles du soin et de l'accompagnement,
- ✓ Déploiement de la bientraitance et prévention de la maltraitance dans la pratique du soin et de l'accompagnement,
- ✓ Prendre en compte l'expérience du patient/résident et leurs savoirs expérientiels pour développer le partenariat dans les pratiques organisationnelles et professionnelles,
- ✓ La médiation en établissements de santé (ES) et en établissements et services médico-sociaux (ESSMS) dans le cadre du traitement des plaintes ou réclamations des usagers,
- ✓ Intégration d'une démarche de décision partagée entre patients et professionnels de santé
- ✓ Déploiement d'une culture sécurité et gestion des risques en équipe.

Ces formations sont bien sûr destinées aux personnels concernés mais il serait opportun que certaines puissent être ouvertes aux représentants des usagers (ex : expérience patient/résident, bientraitance...). Il semble que les contraintes administratives ne le permettent pas.

8- Accès aux soins : la situation se dégrade

La 3^e édition du Baromètre FHF, Ipsos, BVA sur l'accès aux soins révèle une dégradation de la situation.

https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-03/202603_FHF_CP_17mars.pdf

L'information a largement été reprise par la presse nationale.

Le renoncement aux soins en hausse :

Aujourd'hui, près des trois quarts des Français (73 %) déclarent avoir déjà renoncé à au moins un acte de soin au cours des 5 dernières années, contre 63 % en 2024.

Cette hausse de 10 points représente près de 7 millions de personnes supplémentaires .

Ce renoncement concerne particulièrement les jeunes : 85 % des moins de 35 ans, tandis qu'ils sont également 57 % à s'être déjà rendus aux urgences pour des raisons qui ne relevaient pas d'une urgence médicale.

Les causes : l'allongement des délais d'attente et des raisons financières:

Dans plus de la moitié des cas, ce renoncement s'explique par l'allongement des délais d'attente

- près de 2 semaines pour obtenir un rendez-vous chez un généraliste, contre 4 jours en 2019,
- 4 mois pour un dermatologue, contre 2 mois en 2019,

- 3 mois pour un cardiologue, contre 1 mois et demi en 2019
alors que 40 % des Français qui renoncent aux soins le font pour des raisons financières.

Une charge pour l'hôpital public :

Lorsque les patients ne trouvent pas de solution ailleurs, ils se tournent naturellement vers l'hôpital public : 1 Français sur 2 (49%) s'est déjà rendu aux urgences sans être en situation d'urgence médicale.

L'activité hospitalière est en augmentation : +4,3 % de séjours en 2024, et près de +5 % en 2025. Par ailleurs le déficit des hôpitaux publics est toujours « très préoccupant ». Il atteignait 2,5 milliards d'euros à la fin de 2025, et même 2,7 milliards en incluant les Ehpad (2,9 milliards au total en 2024).

Pour une loi de programmation :

La FHF appelle une nouvelle fois l'Etat à engager des réformes structurelles. D'abord, par une loi de programmation en santé, sur le modèle de la défense ou de la justice,, ensuite par une loi de programmation sur le grand âge, indispensable pour adapter notre société au vieillissement.

9- Semaine de l'information en santé mentale (SISM) 2027

La 38ème édition des SISM aura lieu du 4 au 17 octobre 2027, sur le thème: « Ensemble pour une santé mentale en tout genre ».

<https://www.semaines-sante-mentale.fr/sism-2026/les-sism-2027/>

10- Asalée en cessation de paiement :

Dans avions évoqué dans la dernière lettre les inquiétudes qui pesaient sur l'association Asalée.

Le 5 mars elle a été placée en cessation de paiement et le tribunal des affaires économiques de Paris a été saisi afin d'obtenir l'ouverture d'une procédure de redressement judiciaire à l'encontre de l'association. Ce sont plus de 2 000 infirmiers, en lien avec près de 9 000 médecins sur tout le territoire, qui se retrouvent directement exposés.

Deux scénarios sont possibles :

- ✓ Soit le tribunal considère que l'activité peut être poursuivie et que la structure dispose encore de perspectives de redressement. Il ouvre alors une procédure de redressement judiciaire.

Le redressement judiciaire ouvre une période d'observation (entre 6 et 18 mois), destinée à analyser la situation économique de l'entreprise et à déterminer si son redressement est possible.

- ✓ Soit il estime que la situation est irrémédiablement compromise, et il peut alors décider de ne pas ouvrir de redressement judiciaire et de prononcer directement une liquidation judiciaire. Une telle décision entraînerait en principe :

- l'arrêt de l'activité (sauf autorisation temporaire)
- le licenciement des salariés,
- la vente des actifs afin de rembourser les créanciers selon l'ordre légal de priorité.

Les infirmières « asalée » ne sont plus payées depuis le 1^{er} février. La presse locale du 27 mars s'est largement faite l'écho de cette situation.

11- « Le conseil national de l'ordre des médecins, malade sous tout rapport »

C'est le titre de l'article paru dans le n° du 18 mars du Canard Enchaîné rapportant quelques « dérives » financières du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) citées dans le pré rapport de l'inspection générale des finances (IGF) , en attendant le rapport définitif lorsque le CNOM aura fait valoir ses observations.

L'information a été largement reprise par la presse nationale (Le Monde du 20 mars..) et même locale (Est Républicain du 19).

L'ordre dispose d'un budget de 111M€ financé par les cotisations de 341 000 médecins (335 €, 95 pour les retraités).

L'IGF cite des frais exorbitants de bons vins, champagne, de taxis (15 000€ en 2024 pour une conseillère), ou encore le cout du congrès de l'ordre (1,7m€), et bien d'autres dérives encore.

Les indemnités des membres du conseil sont passées de 12,5 à 13,7M€ entre 2021 et 2024.

Pour mettre fin à ces dérives, l'IGF propose de regrouper les conseils locaux en une seule entité au sein de laquelle des patients auraient le droit de siéger, et qui serait placée sous le contrôle externe du gouvernement et du parlement.

Rappelons qu'en 2007 , suite au rapport accablant de la même IGF Roselyne Bachelot avait dissous le conseil départemental de Paris.

12- Le déficit de la sécu : pas si profond

Le déficit de la Sécurité Sociale pour 2025 est finalement un peu moins important que prévu: il s'élève à 21,6 milliards d'euros, pour 22,1 milliards annoncés dans le budget de la Sécu 2025, et 23 milliards prévus dans la dernière évaluation, votée en décembre 2025 par le Parlement dans le cadre du budget 2026.

Cet écart avec la prévision de décembre « *s'explique principalement par des dépenses inférieures à celles prévues* ».

Le déficit de la branche maladie notamment est moins important que celui qui avait été estimé en décembre : 15,9 milliards au lieu de 17,2 milliards.

Le solde des branches accidents du travail maladie professionnelle, famille et autonomie sont également un peu meilleurs que ceux annoncés en décembre.

En revanche, celui de la branche vieillesse se dégrade encore par rapport à celui prévu il y a 3 mois : 7,2 milliards, contre 6,3 milliards en décembre.

13- Cadmium : danger

Le 25 mars L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation (Anses) a lancé une alerte sur une « *imprégnation forte et croissante* » de la population française en cadmium.

Le cadmium est un métal lourd naturellement présent dans les sols. Les activités agricoles et industrielles contribuent à augmenter sa présence dans l'environnement. Nous y sommes exposés principalement par l'alimentation.

Pour réduire la contamination des aliments, l'agence appelle en priorité à cibler les sols et les pratiques agricoles. Elle recommande d'abaisser en urgence les valeurs limites en cadmium autorisées dans les engrais.

<https://www.anses.fr/fr/content/cadmium-agir-des-present-la-source-de-la-contamination-des-sols>

14- Fin de vie : nouveau report

Alors que les deux textes sur la fin de vie, (soins palliatifs et droit à l'aide à mourir), devaient être examinés par le sénat entre le 1^{er} et le 3 avril, cette deuxième lecture a finalement été reportée au 11, 12 et 13 mai, après un passage en commission des affaires sociales le 29 avril. Connaissant la position de la majorité sénatoriale il y a peu de chance qu'il vote le texte de l'assemblée nationale .

Il faudra donc recourir, en juin, à une commission mixte paritaire qui elle-même risque d'être non conclusive avant que le texte ne revienne à l'assemblée nationale qui aura alors le dernier mot.

Pour autant, une adoption avant le milieu de l'année reste l'objectif, du gouvernement maintient le gouvernement qui promet qu'« *il y aura un texte à l'été* ».

15- Protoxyde d'azote : la riposte

Le conseil des ministres du 25 mars a validé le projet de loi pour des « Réponses Immédiates aux Phénomènes troublant l'Ordre public, la Sécurité et la Tranquillité de nos concitoyens » plus connu par son acronyme beaucoup plus parlant : RIPOST.

Qualifié de « choc d'efficacité et d'autorité », il comporte 9 axes distincts dont un axe visant à lutter contre l'usage non médical du protoxyde d'azote. Il prévoit de nouveaux délits.

- ✓ L'inhalation en dehors d'un cadre médical devient un délit puni de : 1 an d'emprisonnement et 3 750 € d'amende, avec possibilité d'amende forfaitaire délictuelle de 200 €,
- ✓ La vente de nuit sera interdite et punie de 6 mois d'emprisonnement et 7 500 € d'amende, avec possibilité d'amende forfaitaire délictuelle de 500 € et fermeture administrative pendant 6 mois,
- ✓ Le délit de transport sans motif légitime pourra être puni de 2 ans d'emprisonnement et 7 500 € d'amende
- ✓ Le délit de conduite après usage ou consommation manifeste de substance entraînant une altération de la vigilance pourra être puni de 3 ans d'emprisonnement et de 9 000 € d'amende.

En 2025 le protoxyde d'azote a été cité dans 1 362 affaires judiciaires.

16- OSE 2050 : imaginer le futur de l'offre de santé

Face aux transformations profondes du système de santé, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et l'Agence de l'Innovation en Santé (AIS) lancent OSE 2050, un programme inédit de prospective porté par les Hospices Civils de Lyon (HCL), visant à explorer les futurs possibles de l'offre de santé.

L'objectif :

L'objectif n'est pas de prédire l'avenir, mais d'explorer des futurs plausibles pour mieux comprendre les choix qui se dessinent et éclairer les décisions à prendre aujourd'hui pour préparer le futur de notre système de santé.

La méthode :

Le programme associe experts, professionnels de santé et citoyens, accompagnés d'auteurs d'œuvres d'anticipation.

Il aboutira à la construction de plusieurs scénarios d'anticipation issus des réflexions de groupes de travail pluridisciplinaires et nourris par la contribution des citoyens.

Consultation citoyenne

Tous les citoyens sont invités à participer à cette démarche d'anticipation accessible en ligne via le site du programme <https://www.ose2050.fr/>

Cette consultation se déroule en 2 phases :

- ✓ du 23 mars midi au 5 avril 2026 : pour comprendre leurs attentes, leurs besoins, leurs craintes et leurs espoirs sur l'impact du numérique sur l'organisation des soins,
- ✓ du 27 avril au 13 mai 2026 : pour recueillir leurs choix sur ce qui doit guider l'usage du numérique en santé dans le futur.

En complément, plusieurs temps de mobilisation sur le terrain seront prévus pour permettre d'atteindre des publics différents et représentatifs : écoles, facultés, maisons de retraite, en milieu urbain ou en zone rurale.

France assos santé invite les usagers à participer à ce programme.

9 Publications et bibliographie :

1- « Les IME au défi de la transformation de l'offre » (IGAS)

Acteurs incontournables depuis des décennies dans l'accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap, les instituts médico-éducatifs (IME) sont aujourd'hui confrontés à des défis majeurs d'inclusion sociale et scolaire.

Dans son rapport (103 pages), publié en février, l'IGAS dresse un état des lieux des IME et propose des leviers pour assurer une ouverture effective vers le milieu ordinaire sur tout le territoire.

[file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20\(IME\).pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport%20Igas%20(IME).pdf)

La place des IME dans l'offre médico-sociale

Les IME constituent l'offre majoritaire pour les enfants en situation de handicap ne pouvant être scolarisés à temps plein en milieu ordinaire. Ils accueillent principalement des enfants présentant :

- ✓ des troubles du développement intellectuel (TDI),
- ✓ des troubles du spectre de l'autisme (TSA),
- ✓ des troubles psychiques ou des troubles du comportement associés,
- ✓ parfois un polyhandicap.

Quelques chiffres

1 380 IME → dont 122 pour le secteur public – soit 9%,

75 700 places → dont 8300 pour le secteur public – soit 11%,

La capacité moyenne des IME s'élève à 55 places.

Ils concentrent 64 % des places et 65 % des enfants accompagnés dans les établissements pour enfants.

75% des établissements ayant renseigné le tableau de bord de la performance sont ouverts entre 198 et 212 jours par an , 7% seraient ouverts 365 jours par an .

Les IME proposent différentes modalités d'accueil : l'internat complet est devenu minoritaire (23 % des enfants accueillis , chiffre en baisse).

Parmi les enfants accompagnés entre 6 et 15 ans inclus, 88 % sont scolarisés , sachant que 51 % des IME disposent d'une unité d'enseignement externalisée (située au sein d'un établissement scolaire ordinaire).

Le coût moyen annuel par place atteint environ 50 000 €, représentant une enveloppe nationale de 3,5 Md€ en 2023 (prise en charge 100% par l'assurance autonomie).

Les IME employaient en 2022, 50 400 équivalents temps pleins (ETP) tous secteurs confondus, soit 0,67 ETP par place.

Une forte hétérogénéité territoriale

Le taux moyen national est de 50 places pour 10 000 jeunes , mais varie de moins de 30 à plus de 110 selon les départements.

Une transformation imposée :

Une évolution majeure des publics (complexification et tensions accrues) impose une transformation majeure. On assiste en effet actuellement à :

- ✓ Une « sévrisation » des profils caractérisée par :
 - une augmentation des troubles du spectre autistique (TSA) (jusqu'à 25 % des jeunes en 2018), baisse du nombre de jeunes présentant des troubles du développement intellectuel (TDI) qui restent néanmoins majoritaires (67% en 2022 contre 81% en 2001).
 - Une hausse des troubles psychiques , estimés à 25% des jeunes en IME,

- Une multiplication des troubles du comportement,
- une hausse du cumul des vulnérabilités : par ex 15 % des enfants accueillis en IME sont également suivis par l'ASE
- ✓ une baisse des ressources médicales
 - des difficultés de recrutement,
 - un augmentation du taux d'absentéisme de 10.9% en 2023, soit + 22 % en 6 ans),
 - un taux de rotation des personnels important qui s'élève à 13,7% en 2023 (+ 23 % confirmant une instabilité importante des effectifs .
- ✓ un vieillissement et un blocage des sorties :
 - Les jeunes adultes bénéficiant de l' « amendement Creton » étaient d'environ 6 250 fin 2022, contre 3 800 fin 2006, sachant que 81 % de ces jeunes ont entre 20 et 22 ans.
 - Ils attendent principalement une place dans 3 types d'établissements, à parts pratiquement égales : foyer de vie/accueil de jour, ESAT avec ou sans foyer hébergement, FAM ou MAS (respectivement 32, 34 et 29 %). Mais les parcours sont « embolisés », en raison d'un manque de places, qui bloque les admissions en amont.

Les recommandations :

L'IGAS propose 17 recommandations parmi lesquelles nous avons noté :

- ✓ Prévoir un plan de rattrapage capacitaire pour la dizaine de départements les plus sous dotés,(160 M€),
- ✓ Publier de manière biannuelle un état des lieux fiable des listes d'attente par département,
- ✓ Harmoniser le processus d'admission en précisant la notion de liste d'attente,
- ✓ Généraliser les unités d'enseignement externalisées,
- ✓ Élaborer une stratégie nationale 16 - 25 ans.

2- La stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat (SNANC) 2025-2030

Lancé en janvier 2001, le Programme national nutrition santé (PNNS) a pour objectif général l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

Plusieurs PNNS se sont succédés : le 4^e (2019-2023) a été prolongé en 2024 en attente de la future stratégie nationale pour l'alimentation et le climat (SNANC) à l'horizon 2030.

Celle-ci (56 pages) est arrivée en février (2026)

file:///C:/Users/33770/Downloads/2602_SNANC%202025_2030.pdf

Sans glossaire et truffée d'acronymes cette SNANC n'est pas toujours d'une lecture facile.

Elle propose 4 axes déclinés en 20 objectifs et 85 actions (nous resterons u niveau des objectifs) :

Axe 1 : Assurer une gouvernance coordonnée des politiques en lien avec l'alimentation, la santé et l'environnement à toutes les échelles et agir à celle des territoires

- ✓ Organiser la gouvernance et l'évaluation de la politique de l'alimentation et de la nutrition et rendre compte annuellement de l'atteinte des objectifs sur la base d'indicateurs définis
- ✓ Mettre en cohérence, coordonner et améliorer la politique de l'alimentation et de la nutrition aux niveaux international, européen, national et territorial dans une approche « Une seule santé »
- ✓ Renforcer et accompagner les Projets alimentaires territoriaux dans une logique d'accompagnement des transitions locales et de souveraineté alimentaire, en articulation avec les déclinaisons régionales des programmes liés à l'alimentation et la nutrition

- ✓ Adapter les orientations de la SNANC aux spécificités des territoires ultramarins, afin d'ajuster les prochaines orientations ultra-marines du PNNS et du PNA (programme national pour l'alimentation).

Axe 2 : Garantir à tous l'accès à des environnements alimentaires et nutritionnels de qualité et durables

- ✓ Accompagner l'évolution des régimes alimentaires en cohérence avec le PNNS, notamment à travers la diversification des sources de protéines,
- ✓ Prévoir des engagements spécifiques sur la qualité nutritionnelle et la durabilité dans les secteurs de la transformation, de la distribution et la restauration commerciale,
- ✓ Soutenir la restauration collective dans la mise en œuvre des dispositions existantes et renforcer les engagements sur des secteurs spécifiques,
- ✓ Réduire la pression marketing sur la population, notamment les enfants, pour les produits non respectueux de l'environnement et de la santé,
- ✓ Promouvoir l'accessibilité physique et financière de l'offre alimentaire saine et durable, notamment via la restauration collective et l'aide alimentaire,
- ✓ Veiller au partage équitable de la valeur le long de la chaîne alimentaire jusqu'au consommateur final,
- ✓ Mobiliser l'ensemble de la chaîne alimentaire pour réduire le gaspillage alimentaire,
- ✓ Faciliter l'accès au suivi diététique par les professionnels de santé à différents âges de la vie,
- ✓ Promouvoir des environnements favorables aux mobilités actives et lutter contre la sédentarité,

Axe 3 : Accompagner les comportements et les régimes alimentaires durables favorables à la santé et à l'environnement

- ✓ Développer et soutenir le déploiement de l'information sur les produits sains et durables, notamment à travers l'étiquetage et la labellisation des produits alimentaires,
- ✓ Communiquer au grand public sur les régimes et les comportements alimentaires favorables à la santé et à l'environnement,
- ✓ Sensibiliser et accompagner le consommateur vers la réduction du gaspillage alimentaire,
- ✓ Développer l'éducation à l'alimentation et à la nutrition, pour aller vers une alimentation compatible avec des systèmes alimentaires durables
- ✓ Créer un événement annuel fédérateur autour de l'alimentation durable et de la nutrition,

Axe 4 : Développer la recherche, l'expertise et l'évaluation pour une transition des systèmes alimentaires

- ✓ Développer l'expertise sur les conditions, les méthodes, les outils et les thématiques pour évaluer et accompagner la transition vers une alimentation saine et durable, dans une approche « une seule santé »,
- ✓ Suivre, à travers de grandes études nationales, les évolutions de l'environnement alimentaire, des comportements alimentaires et de l'état de santé, notamment chez les personnes en situation de précarité alimentaire et, plus globalement, assurer le lien avec les études socio-médico-économiques relatives aux déterminants de santé.

Au niveau régional : le FIR

Nous avons noté que « les financements alloués aux ARS via le FIR permettront une meilleure déclinaison territoriale de la SNANC, adaptée aux spécificités locales. Des actions pourront ainsi être mises en œuvre afin d'encourager la dynamique locale pour une alimentation saine et durable et la promotion des mobilités actives, en articulation avec les autres outils locaux tels que les PAT » (projets alimentaires territoriaux) ».

L'avis du HCSP :

En septembre 2025 , le haut conseil en santé publique (HCSP) a fait connaître ses recommandations pour l'élaboration du 5e programme national nutrition santé (PNNS) 2025-2030.

file:///C:/Users/33770/Downloads/hcsp20250610_recommpourlepnns-1.pdf

Le 26 janvier 2026 , le même HCSP a publié son avis (28 pages) sur les « objectifs de santé publique pour le 5e Programme National Nutrition Santé (PNNS) »

file:///C:/Users/33770/Downloads/hcspa20260129_avisobjectipourlepnns-1.pdf

Il faut donc attendre maintenant le 5° PNNS.

3- Stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé :

Le 16 janvier la ministre de la santé a présenté la stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé (6 pages)

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_desinformation_sante_a4_minsante.pdf

Une priorité de santé publique :

La lutte contre la désinformation en santé s'impose comme une priorité stratégique pour l'Etat. La diffusion massive de fausses informations médicales met en péril la santé publique, fracture le lien de confiance entre les citoyens et les institutions et alimente un climat de suspicion.

Cette défiance a des conséquences très concrètes : elle détourne des patients des soins, affaiblit la prévention et alimente des peurs parfois durables.

Pour élaborer cette stratégie le ministère a mis en place un comité de pilotage constitué d'experts, de personnalités qualifiées, et d'opérateurs d'Etat (ANSM, SPF, INSERM, ARS), ainsi qu'une mission d'expertise indépendante

Quatre axes stratégiques :

✓ Axe 1 : une phase nécessaire d'écoute et de consultations citoyennes

Il se décline en 2 mesures :

- mesurer la perception des citoyens : étape exploratoire, baromètre national (avril 2026), mise en place d'une communauté de 70 participants
- mise en place du Comité citoyen (en cours)
27 citoyens, représentatifs de la société française, se sont réunis pour formuler un avis comportant des recommandations qui ont été présentées lors des assises du numérique en santé (18 février).

✓ Axe 2 : constitution d'un Observatoire de la désinformation en santé

Sa mission principale : être l'acteur essentiel de l'identification et de la compréhension des phénomènes de désinformation en santé. Il est là certes pour observer, mais aussi pour informer, alerter et sensibiliser.

Il pourra animer des comités de travail thématiques sur des sujets identifiés comme prioritaires pour promouvoir l'information en santé : éducation critique, responsabilisation des plateformes, IA ...

✓ Axe 3 : mise en place d'un dispositif d'infovigilance en santé

Il prévoit 3 étapes pour détecter les fausses informations en temps réel, analyser les ressorts argumentaires et diffuser une réponse fiable.

- Etape 1 : Veille et détection de fausses informations en santé
- Etape 2 : analyse des signaux transmis à l'aide d'une matrice de critères, puis identification et sollicitation des experts du réseau afin d'apporter rapidement une réponse vérifiée

- Etape3 : Mettre en place des outils de diffusion et de riposte : des contenus « Le Check-up » sur TikTok et YouTube Shorts, un site de référence : Santé.fr (espace « Décryptages»)
- ✓ Axe 4 : bâtir un socle de confiance propice à l'information en santé
Il implique :
 - de renforcer l'éducation critique à la santé : rédaction, en cours, de kits pédagogiques sur l'information en santé à destination des enseignants et enfants.
 - la responsabilisation des plateformes, dans le cadre du réseau national de coordination de la régulation des services numériques,
 - l'intégration de la désinformation en santé au sein des programmes de recherche

Pour en savoir plus :

Le rapport de la mission d'expertise indépendante (68 pages) a été remis le 12 janvier. Il fait 9 recommandations.

Il est accessible en ligne :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_information.pdf

4- Mesures ou directives anticipées en psychiatrie (MAP/DAP) :

Les mesures ou directives anticipées en psychiatrie (MAP/DAP) constituent un outil reconnu pour améliorer la qualité des parcours de soins et favoriser le pouvoir d'agir des personnes concernées.

En permettant une expression anticipée des préférences, les MAP/DAP créent un espace de décision partagé entre la personne, ses proches et les professionnels.

L'ANAP présente, réunis en un seul document (10 pages) « 3 outils pratiques pour renforcer le pouvoir d'agir des patients.

file:///C:/Users/33770/Downloads/Guide_Mesures%20ou%20Directives%20Anticip%C3%A9es%20en%20Psychiatrie.pdf

Ils ont été élaborés sur la base de 3 retours d'expérience. Des données probantes montrent que leur utilisation permet de limiter les réhospitalisations et de favoriser le rétablissement, mais ils restent encore peu connus, mal identifiés, et déployés de manière dispersée.

Outil n°1 : le directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAiP)

Les DAiP permettent à une personne d'exprimer clairement ses préférences pour son accompagnement en santé mentale. Rédigé avec l'appui d'un professionnel formé, ce document rassemble des éléments concrets et utiles si la personne ne peut plus décider ou communiquer pleinement, à savoir :

- ✓ la personne de confiance, les personnes à prévenir et leurs rôles respectifs,
- ✓ les signes d'alerte, déclencheurs et ressources qui aident à retrouver l'équilibre,
- ✓ les traitements ou soins souhaités ou à éviter,
- ✓ les lieux de soins acceptés ou non et les alternatives envisagées,
- ✓ les professionnels que la personne souhaite voir impliqués

Outil n° 2 : mon GPS (Guide prévention et soins)

Il comporte 3 livrets :

- ✓ Mon GPS adultes : pour les personnes déjà suivies en psychiatrie et qui ont connu des hospitalisations.
- ✓ Mon GPS ados/jeunes adultes : pour celles qui vivent les premiers symptômes et découvrent le suivi en psychiatrie,
- ✓ Mon GPS parents : pour anticiper ce qu'ils souhaitent pour leurs enfants en cas d'impossibilité de s'en occuper.

Outil n° 3 : le plan de crise conjoint (PCC)

Le PCC est rédigé conjointement entre un usager et un professionnel, en intégrant si la personne le souhaite, le point de vue de ses aidants.

La démarche repose sur 4 étapes :

- ✓ Identifier la problématique de santé,
- ✓ Repérer les ressources,
- ✓ Élaborer le plan d'action : définir les soins à privilégier ou à éviter et prévoir des alternatives adaptées à l'offre de soins et d'accompagnement disponible
- ✓ Réviser son contenu.

Un webinaire :

L'ANAP organise 2 webinaris sur le sujet. La 2° séance aura lieu le 15 avril de 13 à 14h ; pour s'inscrire :

<https://evenements.anap.fr/inscription-webinaire-directives-anticip%C3%A9es-en-psychiatrie>

10 Agenda d'avril :

- **2 avril** : 14h CRSA plénière CCI Dijon et visio
- **2 avril** : Formation France Assos Santé « représentant des usagers en CTS » en visio, toute la journée
- **15 avril** : 10H-12h costra e-santé (de préférence en présentiel) avec la présence par la DG de l'ARS
- **16 avril** : 18h30-19h30 webinaire de France Assos Santé à l'occasion de la journée européenne des droits en santé.
« Accident médical : se faire indemniser sans faire de procès ? oui c'est possible ! »
S'inscrire :
<https://france-assos-sante.org/actualite/les-jeudis-france-assos-sante-accident-medical-se-faire-indemniser-sans-faire-de-proces-oui-cest-possible-16-04-2026/>
- **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
- **25 avril** :
5° « Journée du surpoids et de l'obésité de l'enfant à l'adulte » organisée par l'association Eliséa de 10h à 18h sur le parking de Décathlon à Besançon.
- **28 avril** : 14h Costra innovation en santé
- **28 avril** : 17h30 – 19H30 soirée débat organisée par l'ERE BFC sur le thème
« savoir ou ne pas savoir, faut-il chercher volontairement plus d'informations sur nos gènes ? »
Besançon – hôtel de ville . inscription

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdpXOGPSeX6qzqY8yfxSZOxQ4ZY-7WfmgEEq7yxhD4OT_zYA/viewform

- **30 avril** : 9h CSOS
- **30 avril** : 14h commission prévention (présentiel et visio)

Au-delà d'avril : les dates à retenir

- **7 mai** : 9h CSOS
- **18 mai** : 14h CSOS
- **19 mai** : 15h copil télé-santé
- **29 mai** : assemblée générale de l'ARUCAH à Besançon (maison des famille)
- **26 juin** : 14h CSOS
- **29 juin au 2 juillet** : ***université d'été francophone de santé publique de Besançon***
La 23ème Université d'été francophone en santé publique aura lieu à Besançon du 29 juin au 2 juillet 2026.
Le programme complet propose 12 modules :
 - Le plaidoyer : comment développer sa capacité à convaincre et rallier,
 - Inégalités sociales de santé : comment construire l'action publique ? Du cadrage du problème à la planification de l'action,
 - Une seule santé (One health) : du concept à la pratique
 - transfert de connaissances en santé publique : de la théorie à la pratique
 - Des politiques publiques aux pratiques professionnelles : comment prendre en compte les stéréotypes et discriminations dans les parcours de santé ?
 - La capitalisation : produire et partager les savoirs issus de l'expérience en promotion de la santé,
 - Développer des projets de prévention et de promotion de la santé en soins de premier recours,
 - Développement des compétences psychosociales (CPS) : les enjeux d'une démarche globale dans un contexte national de déploiement massif de projets sur ces aptitudes individuelles,
 - Repères pour penser, interroger, les pratiques professionnelles et concevoir des projets participatifs au regard de la promotion de la santé,
 - Santé mentale publique : repères pour agir,
 - Promouvoir la santé sexuelle : du concept à l'action,
 - Numérique et innovation en (promotion de la) santé

Pour connaître le détail :

<file:///C:/Users/33770/Downloads/Univ%20%C3%A9t%C3%A9%20SP%20Besan%C3%A7on%20prog%20complet%202026.pdf>

Inscription jusqu'au 19 mai (600 ou 800€)

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