



La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 84 – Aout 2025

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Prévention : deux poids, deux mesures:

« Mieux vaut prévenir que guérir » : c'est le bon sens populaire qui le dit et il ne se trompe jamais. Plus savamment, et dès 1948, l'OMS a défini la prévention comme « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Un enjeu de santé publique :

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé consacre son titre 1° au renforcement de la prévention et à la promotion de la santé.

Aujourd'hui les communautés scientifique et politique ainsi que les associations de patients sont unanimes à reconnaître l'enjeu que représente la prévention.

L'OMS distingue 3 niveaux de prévention :

La **prévention primaire** est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition. Plus simplement dit, elle agit en amont de la maladie pour l'empêcher.

Elle englobe des mesures qui relèvent de la décision individuelle comme la vaccination, l'absence de consommation de substances à risques (alcool, tabac, drogues...), l'hygiène de vie (alimentation, activité physique...), les bilans prévention..., mais aussi de la décision collective notamment en ce qui concerne les risques environnementaux liés à la qualité de l'air, de l'eau, ou à l'usage des pesticides ...

La **prévention secondaire** a pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, et de prévenir ainsi de futures complications et séquelles, de limiter les incapacités et éviter le décès. Il s'agit essentiellement des dépistages de toutes sortes.

La **prévention tertiaire** désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre pour éviter la survenue de complications et les risques de rechutes de maladies avérées, comme par exemple le contrôle de la glycémie pour les diabétiques, l'activité physique adaptée, le suivi régulier des maladies chroniques...

Son objectif principal est de favoriser la réadaptation et d'améliorer la qualité de vie des patients.

Tabac et alcool : deux risques pour la santé

Selon la direction générale de la santé (DGS) du ministère, le tabac serait responsable de plus de 75 000 décès par an (soit 1 sur 9) et de 45 000 cancers, et son coût social est estimé à 156 milliards d'euros par an.

Aujourd'hui, c'est une certitude, appuyée par un discours clairement assumé depuis des années : aucun seuil de consommation de tabac n'est sans risque.

L'alcool est tout aussi dangereux pour les consommateurs. Deuxième cause évitable de mortalité par cancer, il est responsable de 28 000 nouveaux cas de cette maladie selon l'institut national du cancer (INCA) et de 41 000 décès par an (dont 30 000 chez les hommes) selon Santé Publique France. Son coût social atteint 102 milliards d'euros.

C'est aussi, on l'oublie souvent, un motif majeur de la violence du quotidien. La mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives estime que l'alcool est impliqué dans 30 % à 40 % des cas de condamnation pour violences.

Il est enfin en cause dans de nombreux accidents de la route à l'origine de décès et de handicaps.

Tabac : une politique ancienne et volontaire :

Les lois Veil du 9 juillet 1976 « relative la lutte contre le tabagisme », et Evin du 10 janvier 1991 « relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme » ont été deux grands moments dans la lutte contre ces deux fléaux.

La première posait en principe, l'autorisation de fumer dans les lieux publics, sauf là où cela était interdit. La seconde ne visait plus seulement à protéger les fumeurs d'eux-mêmes, mais aussi à préserver leur entourage : la règle était devenue l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.

Au cours de ces dernières années les mesures de lutte contre le tabagisme se sont succédées à un rythme soutenu : lieux sans tabac, introduction du paquet neutre et information sur la nocivité, interdiction des arômes et additifs, prix du paquet de cigarette, remboursement des substituts nicotiques , « mois sans tabac » etc...

Un nouveau pas a encore été franchi avec le décret du 27 juin dernier (JO du 28) « relatif aux espaces sans tabac et à la lutte contre la vente aux mineurs des produits du tabac et du vapotage », qui interdit la cigarette sur les plages, dans les parcs et les jardins publics, les équipements sportifs, les abribus et aux abords des établissements scolaires, bibliothèques, piscines, stades et installations sportives.

La mesure s'inscrit dans le « programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 » porté par Aurélien Rousseau, l'éphémère ministre de la santé, avec un objectif ambitieux: parvenir à une « génération sans tabac » d'ici à 2032.

Enfin les chiffres l'attestent : l'usage du tabac est en net recul.

Alcool : une absence de volonté

Les politiques publiques en matière de consommation d'alcool sont, encore aujourd'hui , bien moins ambitieuses, et beaucoup plus timides.

Certes, la consommation des Français diminue depuis les années 1960, mais la France figure toujours parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où l'on boit le plus, avec 10,35 litres d'alcool pur par an et par habitant de plus de 15 ans, selon la dernière enquête de l'OFDT (observatoire français des drogues et des tendances addictives), publiée en novembre 2024.

L'état de la connaissance et de la science ne laisse place à aucune ambiguïté : la consommation d'alcool, même à faible dose, entraîne des risques. Pour les limiter, un repère de consommation à moindre risque a été défini: « deux verres par jour et pas tous les jours », ou encore « un verre ça va, 3 verres bonjour les dégâts » et autres aphorismes.

Les pouvoirs publics financent et soutiennent le « mois sans tabac » mais ils n'ont jamais soutenu ne serait-ce que le « Dry January » (« janvier sobre », ou « défi de janvier ») depuis son lancement en France en 2020.

Médecins, addictologues, acteurs de terrain réclament pourtant depuis des années une vraie politique de santé publique pour diminuer la consommation d'alcool.

Le président de la Société française d'alcoologie, directeur du groupe de recherche sur l'alcool et les pharmacodépendances de l'INSERM, et l'un des initiateurs du « Défi de janvier », le répète

inlassablement : « il nous faut d'urgence un plan alcool pour faire de la prévention, donner une bonne information aux consommateurs, et dire la vérité : l'alcool tue. »

Deux poids, deux mesures :

Pourquoi cette différence entre tabac et alcool ? Les causes en sont multifactorielles.

La puissance des lobbies et les enjeux économiques :

On pense en premier lieu au poids des lobbies. Si celui des « cigarettiers » est bien connu, le lobby viticole, même plus hexagonal, n'en est pas moins puissant. Selon le comité national des interprofessions des vins il compterait près de 550 000 emplois directs.

Même le lobby des bouilleurs de cru est toujours vivace. La fédération nationale des syndicats des récoltants familiaux de fruits et producteurs d'eau de vie naturelle (FNSRPE) a encore obtenu, en 2024, le droit de distiller 50 litres d'alcool pur par campagne et par ménage.

On connaît leur poids auprès des élus locaux.

L'alcool représente enfin un enjeu économique majeur. Le 28 juillet au matin, soit le lendemain de la signature de l'accord entre Europe et Trump sur les droits de douane, on a pu entendre, sur une radio, un producteur de « calvados », lancer un appel aux français pour qu'ils consomment davantage de ce produit afin de compenser la baisse des exportations vers les Etats Unis : soyons patriotes !

Des croyances encore vivaces :

Des croyances ont aussi la vie dure : une consommation modérée serait sans risque, ou encore tous les alcools ne se vaudraient pas : le vin, alcool le plus consommé en France, serait moins dangereux que les alcools forts.

Dans l'opinion populaire « boire un petit coup n'a jamais fait de mal ». L'alcool oui, mais : « à consommer avec modération », et toujours, dans l'inconscient populaire, l'alcool reste lié à la fête, à la convivialité et à une image de virilité .

Si les mesures de lutte contre le tabac sont globalement bien acceptées par la société et que les relations entre fumeurs et non-fumeurs sont en cours d'apaisement, les limitations relatives à l'alcool, bien que moins sévères, suscitent une adhésion moins franche.

« Arrêtez d'emmerder les Français »

Ainsi, lorsqu'en 2018, Agnès Buzyn, ministre de la santé, ose déclarer que le « vin est un alcool comme un autre » l'assimilant aux alcools forts, Emmanuel Macron monte au créneau en affirmant « Moi, je bois du vin le midi et le soir », et que, tant qu'il sera président, il n'y aura pas « d'amendement pour durcir la loi Evin », ajoutant « je crois beaucoup à la formule de Pompidou : n'emmerdez pas les Français » (en 1966 Georges Pompidou alors 1^{er} ministre s'adressait à un jeune collaborateur (Jacques Chirac) qui lui présentait un parapheur de décrets à signer).

Les enjeux économiques supérieurs aux enjeux sanitaires :

Cinq ans plus tard, alors qu'il vient d'être nommé ministre de la santé, Aurélien Rousseau échoue à faire augmenter les taxes sur l'alcool à des fins de prévention.

En novembre 2024, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), les sénateurs ont débattu d'une série d'amendements visant à accroître la taxation de l'alcool, mais tous ont été rejetés : « les enjeux économiques sont supérieurs aux enjeux sanitaires » avait alors regretté une sénatrice.

1. Le dossier du mois : la territorialisation de la santé mentale:

Dans la dernière lettre nous avons présenté le volet santé mentale du schéma régional de santé (SRS) 2023-2028 et évoqué les soins sans consentement.

Puisque la santé mentale est « grande cause nationale 2025 », restons dans ce domaine en nous arrêtant sur la territorialisation de la santé mentale et de la psychiatrie.

Alors que l'on parle couramment de parcours de soins, de soins de proximité, d'accès aux soins, ou encore de virage ambulatoire la santé mentale se distingue particulièrement par sa territorialisation.

La politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie font l'objet des articles L3221-1 à L 3221- 6 du CSP, tels qu'ils résultent de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

L'hôpital hors les murs : la psychiatrie de secteur

La loi du 30 juin 1838 « sur l'enfermement des aliénés » a décidé la construction d'un établissement psychiatrique (un asile) dans chaque département sous l'autorité du préfet organisant la psychiatrie sur un mode asilaire, pour ne pas dire carcéral.

A partir des années 60, la sectorisation psychiatrique a fait éclater la prise en charge asilaire au profit de l'ambulatoire

La mission de psychiatrie de secteur consiste à garantir à l'ensemble de la population (article L. 3221-3 du CSP) :

- ✓ un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires et les CPTSL'
- ✓ l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques,
- ✓ la continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

Le conseil local de santé mentale (CLSM) :

Reconnus juridiquement par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, décrits dans une instruction du 30 septembre 2016 et inclus dans la « feuille de route santé mentale et psychiatrie » de 2018, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) ont pour objectif principal la définition et la mise en œuvre d'une stratégie locale de santé mentale par les acteurs du territoire C'est un outil de démocratie sanitaire en santé mentale.

Créé à l'initiative des acteurs locaux, à l'échelle d'une commune, d'une intercommunalité et placé sous l'égide du maire ou du président de l'intercommunalité, le CLSM rassemble tous les acteurs locaux, dont la psychiatrie publique et les personnes concernées par les troubles psychiques et leur entourage, pour agir de manière concertée sur les déterminants de la santé mentale, au bénéfice des habitants du territoire.

En 2024, on recensait environ 280 CLSM, dont 160 couvrant un ou plusieurs quartiers prioritaires de la ville (QPV).

Une instruction du 13 mai 2025 (BO du 15 mai) est consacrée à la « consolidation et la généralisation des CLSM en particulier dans le cadre des contrats de ville ».

Elle complète l'instruction 2016 en proposant un référentiel national qui permet de clarifier la place et le rôle des CLSM dans la planification territoriale en santé, leur articulation avec d'autres dispositifs de coordination d'acteurs locaux et de guider les acteurs et les décideurs dans la structuration et la mise en place des contrats locaux de santé mentale.

Pour assurer cette mission le CLSM doit :

- ✓ dresser un diagnostic territorial de santé mentale,
- ✓ établir un projet territorial de santé mentale (PTSM)
- ✓ conclure un contrat territorial de santé mentale (CTSM)

Le diagnostic territorial de santé mentale :

Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier

Il tient compte des projets des équipes de soins primaires et des CPTS.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM)

L'objet du PTSM :

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

Les acteurs du PTSM :

« Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ».

En l'absence d'initiative des professionnels, le DG de l'ARS prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un PTSM.

Le contenu du PTSM :

Le PTSM organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé et organise les conditions d'accès de la population :

- ✓ à la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles,
- ✓ à l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques,
- ✓ aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Le contrat territorial de santé mentale (CTSM) :

Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Les établissements assurant le service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire (CPT).

Le rôle de l'ARS :

Le diagnostic territorial et le PTSM sont arrêtés par le DG de l'ARS après avis des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé (CTS).

Il informe la CRSA des diagnostics et des projets territoriaux de santé et assure leur publication.

Le point en BFC :

Les 8 départements de la région ((le nord Franche Comte couvre le Territoire de Belfort et une partie du Doubs et de la Haute Saône) sont dotés d'un PTSM et d'un CTSM conclus entre 2019 et 2020

Les 8 PTSM de BFC sont accessibles sur le site de l'ARS par le lien :

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

Le bilan des PTSM

En 2024, le délégué ministériel à la santé mentale et la psychiatrie (Frank Bellivier) a effectué un tour de France des PTSM.

Les 20 et 21 mars il a fait étape à Dole et Besançon

Les conclusions de ce tour de France ont fait l'objet d'un rapport qui conclut u succès des PTSM de première génération et invite les acteurs à préparer la deuxième.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/130760/download?inline>

2. Psychiatrie : les modes de prise en charge

L'article R 6123-174 du CSP issu du décret du 28 septembre 2022 portant réforme des conditions d'implantation des activités de psychiatrie, prévoit que « le titulaire de l'autorisation [de psychiatrie] permet, sur site ou par convention avec un autre titulaire, une prise en charge des patients sous la forme de séjours à temps partiel, de séjours à temps complet et de soins ambulatoires, y compris des soins à domicile. Les différents modes de prise en charge permettant le respect de cette condition d'implantation sont prévus par arrêté du ministre chargé de la santé ».

« Cet arrêté fixe les modes de prise en charge qui peuvent être déployés en-dehors du site autorisé afin de garantir la continuité des parcours des patients. L'autorisation précise les lieux où sont déployés ces modes de prise en charge. Le titulaire de l'autorisation sollicite la modification de l'autorisation si de nouveaux lieux sont ajoutés »

Cet arrêté daté du 4 juillet a été publié au JO du 12.

Les séjours à temps partiel :

« Les séjours à temps partiel correspondent aux prises en charge effectuées en hôpital de jour. L'hôpital de jour est un dispositif de prise en charge thérapeutique intensive de patients pour lesquels des soins ambulatoires s'avèrent insuffisants en raison de leur état clinique. Cette prise en charge pluriprofessionnelle peut constituer une alternative à l'hospitalisation complète. Elle se fait sur une demi-journée ou une journée ».

Les séjours à temps complet :

Les séjours à temps complet correspondent aux prises en charge effectuées dans les structures suivantes :

- ✓ unité d'accueil d'hospitalisation :
l'unité d'hospitalisation à temps plein est une unité d'évaluation et de prise en charge thérapeutique de patients dont l'état clinique justifie des soins continus et une surveillance permanente. La prise en charge comprend au moins une journée et une nuit.
- ✓ centre de soins post aigus (CeSPA)
Le CeSPA est un dispositif de prise en charge de patients dont l'état de santé ne permet pas le retour à domicile après une hospitalisation à temps plein. Il est destiné à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements en vue de la consolidation de l'état de santé du patient.

- ✓ appartement thérapeutique (AT) :
L'AT est un dispositif tiers de soins avec hébergement permettant la prise en charge de patients ayant besoin de soutien à l'autonomie, en vue de la consolidation de leur état de santé. La présence continue d'une équipe est assurée auprès du patient.
- ✓ centre d'accueil et de crise (CAC) :
Le CAC est un dispositif d'accueil en continu répondant au besoin non programmé d'évaluation et d'orientation du patient relevant d'une situation clinique de crise. Le centre dispose de lits d'hospitalisation de très courte durée permettant d'initier la prise en charge thérapeutique du patient dans une perspective de relai par un des autres modes de prise en charge.

Les soins ambulatoires :

Les soins ambulatoires correspondent aux prises en charge effectuées en :

- ✓ centre médico psychologique (CMP)
Le CMP est un dispositif de soins spécialisés de proximité, pivot de l'organisation des soins de secteur, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, pour tout patient nécessitant une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle assurant l'accueil, l'orientation, le diagnostic, le repérage, les soins et la prévention secondaire et tertiaire. La prise en charge se fait par la réalisation d'entretiens, de bilans et d'accompagnements du patient avec, en cas de besoin, des interventions à domicile. Des antennes peuvent être déployées afin de faciliter l'accès sur les territoires
- ✓ centre d'activités thérapeutiques et de temps de groupe (CATTG)
Le CATTG est un dispositif de prise en charge en groupe de patients par le biais d'activités de soins. Les soins visent une amélioration de la symptomatologie des patients, de leur autonomie et de leur qualité de vie. L'orientation des patients vers le CATTG se fait principalement par le CMP.
- ✓ soins à domicile :
Ils correspondent à une prise en charge thérapeutique pluriprofessionnelle de patients pour lesquels une intervention à domicile ou dans un lieu faisant office de domicile, tels que les établissements sociaux et médico-sociaux et l'accueil familial thérapeutique, est adaptée à l'état clinique du patient et peut constituer une alternative à l'hospitalisation à temps plein. Les soins à domicile se distinguent des interventions à domicile réalisées dans le cadre des autres modes de prise en charge définis par le présent arrêté
- ✓ consultations externes :
les centres de consultation correspondent à une prise en charge thérapeutique de patients par des consultations au sein d'un lieu dédié, par des professionnels identifiés et à des plages horaires définies.

Les prises en charge en dehors du site autorisé :

Les modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé sont les suivants :

- ✓ les centres d'accueil et de crise (CAC),
- ✓ les appartements thérapeutiques,
- ✓ les centres médico-psychologiques (CMP),
- ✓ les soins à domicile,
- ✓ les centres de consultation,
- ✓ les hôpitaux de jour (HDJ),
- ✓ les centres d'activités thérapeutiques et de temps de groupe (CATTG),
- ✓ les centres de soins post-aigus (CeSPA) (ajoutés à la liste par l'arrêté du 23/07),
- ✓ les unités pour malades difficiles (UMD),
- ✓ les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA),

- ✓ les services médico-psychologiques régionaux (SMPR),
- ✓ les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

Ces définitions font table rase des précédentes (1986 et 2022) . Elles correspondent pour la plupart à des évidences et à des concepts déjà connus de longue date, mais cet arrêté a le mérite de les réunir à une même date.

On notera cependant que ne figurent pas dans cette liste :

- ✓ les CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel), à moins qu'il ne s'agisse que d'une variété de CATTG,
- ✓ les CMPP (centre médico-psycho -pédagogique), qui ont vocation à proposer un suivi et un accompagnement aux enfants et adolescents de 0 à 20 ans qui éprouvent des difficultés d'apprentissage, des troubles psychomoteurs, du langage ou des troubles du comportement. (ils existent pourtant toujours cf. infra arrêté du 17 juin §5-20).
- ✓ les maisons des adolescents (MDA) : lieux d'accueil destinés aux jeunes de 11 à 25 ans qui se posent des questions relatives à l'adolescence. Les jeunes et les familles sont accompagnés par des équipes pluridisciplinaires (médecin, psychologue, juriste, infirmière ou infirmier, éducateur ou éducatrice, etc.)

On notera enfin qu'elles arrivent après le renouvellement des autorisations d'activité issues de la réforme u 28 septembre 2022.

Sur les CMP :

Le nombre des CMP est en diminution : 2 934 en 1024 v/3 252 en 2018 (source DREES) malgré l'augmentation importante des besoins. Actuellement 2,2 millions de personnes sont prises en charge en ambulatoire (+ 3% v : 2018) principalement en CMP.

Le CMP est une structure de proximité et de 1° recours, et la porte d'entrée du parcours de soins en santé mentale, vers le soin hospitalier et le soin de ville.

Victimes de la difficulté à recruter des professionnels en particulier des pédopsychiatres , ils sont en grande difficulté.

Les établissements hospitaliers dont ils dépendent sont parfois contraints de privilégier les structures hospitalières, elles aussi soumises à des fermetures de lits, au détriment de l'ambulatoire. Il peut en résulter des suspensions d'activité et des regroupements.

Les listes d'attente et les délais s'allongent sans perspectives d'amélioration. Les professionnels doivent hiérarchiser les demandes et faire des tris sur la base de critères cliniques, d'âge, voire financiers (le recours au CMP est gratuit).

Il n'existe pas de chiffres sur ces délais d'attente, mais n'est pas rare qu'ils atteignent 1 an voire davantage.

Sur le sujet voire l'article paru dans Le Monde du 14 juillet sous le titre : « dans les CMP porte d'entrée dans le soin psychiatrique, le tri des patients s'impose de plus en plus »

3. Le nouveau métier d'infirmier (loi du 28/06)

Il y longtemps qu'elle était en préparation et qu'elle était attendue par la profession : la loi « n°2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier » a été publiée au JO du 28 juin.

Jusqu'à présent, l'exercice professionnel des infirmiers était fondé sur un décret d'actes (dit décret de compétences) codifié sous les articles R. 4311-1 et suivants du Code de la santé publique (CSP).

Ainsi l'article R 4311- 5 énumère -t-il les 42 actes que l'infirmier peut réaliser dans le cadre de son rôle propre.

Le nouvel article L 4311-1 intègre dans le CSP les principales dispositions de cette loi.

Les principes généraux :

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

« Dans l'exercice de sa profession, l'infirmier entreprend, réalise, organise et évalue les soins infirmiers. Il effectue des consultations infirmières et pose un diagnostic infirmier. Il prescrit les produits de santé et les examens complémentaires nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces produits de santé et de ces examens complémentaires est établie par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de HAS et de l'Académie nationale de médecine. Elle est mise à jour au moins tous les trois ans ».

Les missions :

Les missions de l'infirmier sont les suivantes :

- ✓ dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, procéder à leur évaluation et contribuer à la conciliation médicamenteuse,
- ✓ contribuer à l'orientation de la personne ainsi qu'à la coordination et à la mise en œuvre de son parcours de santé,
- ✓ dans le cadre de son rôle propre, en accès direct, et dans le cadre de son rôle prescrit, participer aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11,
- ✓ participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage,
- ✓ concourir à la formation initiale et à la formation continue des étudiants, de ses pairs et des professionnels de santé placés sous sa responsabilité,
- ✓ exploiter les données probantes dans la pratique professionnelle et concourir à la recherche, notamment dans le domaine des sciences infirmières.

Deux notions importantes sont ainsi intégrées : la **consultation infirmière**, en lien direct avec le diagnostic posé par l'infirmier, et la **prescription réalisée par l'infirmier**.

Un décret en Conseil d'Etat et un arrêté doivent respectivement venir préciser les domaines d'activité et de compétence de l'infirmier, et fixer, pour chacun des domaines d'activité, la liste des actes et soins réalisés par les infirmiers.

Il est également prévu que l'« infirmier participe à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ».

Impact sur la rémunération :

La nouvelle loi doit donner « lieu à une négociation sur la rémunération des infirmiers afin de tenir compte, en fonction des différents lieux d'exercice, des évolutions de compétences envisagées. Cette négociation prend aussi en compte la pénibilité du métier ».

Par ailleurs la loi prévoit d'inclure dans la convention nationale des infirmiers « Les conditions de facturation des indemnités kilométriques, incluant notamment une définition nationale de l'agglomération.

L'infirmier coordonnateur d'EHPAD :

La loi (article 2) reconnaît et encadre le statut d'infirmier coordonnateur en EHPAD « exerçant en collaboration avec le médecin coordonnateur et en lien avec l'encadrement administratif et soignant de l'établissement ».

Un décret doit venir définir les conditions d'exercice d'infirmier coordonnateur en EHPAD.

Les infirmiers de l'éducation nationale :

Désormais « les infirmiers du corps de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur constituent une spécialité infirmière autonome pouvant être sanctionnée par un diplôme de niveau 7 ».

« A ce titre, ils exercent des missions spécifiques définies par leur cadre statutaire. Leur rôle, principalement éducatif et préventif, s'inscrit dans la politique générale de l'éducation nationale, dont l'objectif est de contribuer à la réussite de tous les élèves et étudiants ».

L'interruption d'activité :

L'article 4 organise l'interruption d'activité des professionnels infirmiers : ils sont ainsi tenus d'informer le conseil départemental de l'ordre dans le ressort duquel se situe leur résidence professionnelle lorsqu'ils interrompent leur activité pour une durée supérieure à un seuil défini par décret, lequel ne pourra excéder 3 ans.

En cas d'interruption de plus de 6 ans et s'ils souhaitent reprendre leur exercice, ils devront procéder à une évaluation de leur compétence professionnelle. Lorsque les résultats de l'évaluation le justifient, l'autorité compétente peut proposer à l'infirmier d'effectuer, avant toute reprise d'activité, les mesures d'accompagnement ou de formation qu'elle juge adaptées.

Accès direct - expérimentation:

« A titre expérimental, pour une durée de 3 ans et dans 5 départements, [...] dans les établissements de santé [...], dans les établissements et les services médico-sociaux [...] et dans le cadre des structures d'exercice coordonné [...] », l'Etat peut autoriser les infirmiers à prendre en charge directement les patients pour des actes ne relevant pas de leur rôle propre. Un compte rendu est adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé du patient ».

Un décret doit venir préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, les départements retenus ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

Extension de la pratique avancée :

L'article 7 de la loi étend la liste des lieux d'exercice de la pratique avancée :

- ✓ au sein de l'équipe pluridisciplinaire d'un service départemental de protection maternelle et infantile (PMI) coordonnée par un médecin,
- ✓ au sein d'une équipe pluriprofessionnelle en établissement scolaire, en lien avec un médecin,
- ✓ en assistance d'un médecin référent dans un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ou un établissement d'accueil du jeune enfant.

Il est désormais également permis aux infirmiers anesthésistes (IADE), de bloc opératoire (IBODE) ou puériculteurs (IPDE) d'exercer la pratique avancée selon les modalités propres à leur spécialité. Un décret en Conseil d'Etat et un arrêté doivent venir préciser cette dérogation.

Calendrier :

Comme toute loi celle-ci est applicable dès le lendemain de sa publication au journal officiel. Il faudra cependant, comme d'habitude, être patient puisqu'elle ne prévoit pas moins de 6 décrets et 3 arrêtés pour sa mise en œuvre complète, d'autant que certains d'entre eux doivent recevoir des avis préalables (HAS, académie de médecine, ordre professionnels ...) même si dans certains cas ces avis « sont réputés émis en l'absence de réponse dans un délai de 3 mois ».

Impact financier :

Le dernier article de la loi prévoit que « la charge pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise (la taxe) sur les tabacs » (comme pour la loi du 27 juin sur la territorialisation et la formation (cf. § suivant)

A noter enfin qu'en parallèle à cette loi, une réingénierie de la formation conduisant au diplôme d'Etat infirmier est actuellement en cours. Les textes devraient être publiés en 2025 pour une entrée en vigueur en septembre 2026.

4. L'accès aux soins par la territorialisation et la formation (loi du 28/06)

Dans l'édito de la précédente lettre nous avons déjà présenté le projet de loi « visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation. Mais cette fois la loi datée du 27 juin a été publiée au JO du 28.

En voici les principaux éléments :

Former en fonction des besoins :

La loi « Valletoux » du 27 décembre 2023 « visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels » avait déjà apporté des modifications à l'article L. 631-1 du Code de l'éducation en prévoyant que les effectifs à former en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique sont fixés en fonction des « *besoins de soins du territoire en priorité, puis des capacités de formation* », afin d'adapter les conditions de mise en œuvre du « *numerus apertus* ». La nouvelle loi va plus loin en précisant que les capacités de formation ne sont désormais prises en compte qu'« *à titre subsidiaire* » et que les besoins de santé du territoire doivent être déterminés en tenant compte notamment des départs en retraite récents et des estimations des départs en retraite à venir des médecins exerçant sur ledit territoire.

Ainsi, les capacités d'accueil des formations en 2° et 3° années de 1° cycle demeurent déterminées par les universités, et doivent être arrêtées conformément aux objectifs pluriannuels d'admission en 1° année du 2° cycle de ces formations. En sus de l'avis conforme de l'ARS, celui des conseils territoriaux de santé (CTS) concernés est toutefois désormais requis.

De plus, si l'ARS et les CTS concernés considèrent que les capacités d'accueil ne correspondent pas aux objectifs pluriannuels arrêtés par l'université, cette dernière peut être appelée à mettre en œuvre des mesures visant à accroître ses capacités d'accueil.

Un décret doit venir préciser les modalités d'accroissement de ces capacités et d'information de l'ARS et des CTS quant aux mesures prises ou envisagées.

Combattre la fuite des cerveaux :

Un décret en Conseil d'Etat doit venir déterminer les conditions et modalités d'accès à la formation de médecine des étudiants français inscrits, avant la promulgation de la loi, dans la même filière dans un Etat membre de l'Union européenne, un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, la Confédération suisse ou la Principauté d'Andorre.

Favoriser la formation médicale des paramédicaux :

Des passerelles pour permettre aux professionnels paramédicaux de reprendre des études adaptées et accompagnées de médecine doivent être créées par voie réglementaire.

Impact financier :

« La charge pour l'Etat est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs.(comme pour la loi sur le nouveau métier d'infirmier ; cf. article précédent)

5. Veille législative et réglementaire :

Lois :

- 1- Loi n°2025-580 du 27 juin 2025 visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation (JO du 28/06) cf. supra § 4
- 2- Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier (JO du 28/06) cf. supra § 3
- 3- Loi n° 2025-594 du 30 juin 2025 « contre toutes les fraudes aux aides publiques » (JO du 1/07)
- 4- Loi n° 2025-595 du 30 juin 2025 « visant à protéger les personnes engagées dans un projet parental des discriminations au travail » (JO du 1/07)
- 5- Loi n° 2025-596 du 30 juin 2025 « visant à mettre en place un registre national des cancers (JO du 1/07).
- 6- Loi n°2025-623 du 9 juillet 2025 « visant à renforcer la sécurité des professionnels de santé » (JO du 10/07)
- 7- Loi n° 2025-622 du 9 juillet 2025 « créant l'homicide routier et visant à lutter contre la violence routière » (JO du 10/07)

Textes réglementaires :

1- Arrêts de travail : transmission

Un décret du 28 juin (JO du 29) prévoit que « lorsque l'arrêt de travail n'est pas prescrit ou prolongé de manière dématérialisée, l'assuré doit envoyer à la CPAM, dans les 2 jours suivant la date d'interruption de travail et sous peine de sanctions [...] un avis d'interruption de travail ou de prolongation d'interruption, indiquant, d'après les prescriptions du professionnel de santé, la durée probable de l'incapacité de travail. L'avis est établi par le professionnel de santé au moyen d'un formulaire, mis à sa disposition par la CPAM. Ce formulaire répond, conformément à un modèle approuvé par le ministre chargé de la sécurité sociale, à des spécifications techniques qui en permettent l'authentification. « L'assuré fait parvenir l'avis à la CPAM en envoyant l'original du formulaire signé que lui remet le professionnel de santé. Il est applicable depuis le 1^{er} juillet.

2- Certificat de décès : rémunération des infirmiers libéraux

Les infirmiers libéraux ou exerçant dans les centres de santé, autorisés à établir des certificats de décès sont rémunérés de manière forfaitaire pour l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient, y compris dans le cadre d'une HAD ou lorsque le patient réside dans un établissement social ou médico-social.

Le montant du forfait mentionné au premier alinéa est fixé à

- 54 € pour les décès survenant :
 - ✓ la nuit entre 20 heures et 8 heures ,
 - ✓ le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures
 - ✓ de 8 heures à 20 heures le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié,
 - ✓ de 8 heures à 20 heures dans les zones déterminées comme étant fragiles en termes d'offre de soins médicale par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé,
- 42€ pour les décès survenant en journée entre 8 heures et 20 heures dans les autres zones du territoire.

Aucun acte, majoration ou frais de déplacement ne peut être facturé à l'assurance maladie en plus de ce forfait.

Le montant de ces rémunérations sera réévalué dans 24 mois.

(arrêté du 26 juin -JO du 29).

3- Contrats d'engagement de service public (CESP) : part de l'assurance maladie

Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'agence de service et de paiement (ASP) au titre de la gestion administrative et financière des contrats d'engagement de service public est fixé pour l'année 2025 à 9 643 264 euros.(JO 29/06).

4- Organisation du service de contrôle médical :

Un décret du 30 juin (JO du 1/07) modifie l'organisation du service du contrôle médical de l'assurance maladie du régime général.

Si le contrôle médical demeure confié aux médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils et pharmaciens-conseils, les échelons locaux et régionaux du service du contrôle médical sont transférés aux caisses locales d'assurance maladie.

Les agents du service du contrôle médical sont placés au sein de la caisse sous la responsabilité d'un médecin-conseil directeur médical.

Le décret précise en outre les modalités selon lesquelles les examens du service du contrôle médical peuvent être réalisés à distance au sein des organismes d'assurance maladie du régime général et du régime agricole

Ces dispositions entreront en vigueur le 1^o octobre.

5- Droits sociaux des personnes détenues

Un décret du 30 juin (JO du 1/07) vise à permettre la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles selon les nouvelles modalités prévues par l'ordonnance du 19 octobre 2022 relative aux droits sociaux des personnes détenues et principalement le versement d'indemnités journalières pendant la détention.

Il actualise également la terminologie afin d'introduire notamment le contrat d'emploi pénitentiaire. Il précise par ailleurs les modalités de calcul des cotisations vieillesse pour les personnes détenues sur une base forfaitaire.

6- Charte nationale de l'accueil du jeune enfant : modification

La charte nationale de l'accueil du jeune enfant a été modifiée : la phrase: « il n'est pas recommandé de laisser un enfant de moins de 3 ans devant un écran (smartphone, tablette, ordinateur, télévision) compte tenu des risques pour son développement. » est remplacée par la phrase : « Il est interdit d'exposer un enfant de moins de 3 ans devant un écran (smartphone, tablette, ordinateur, télévision) compte tenu des risques pour son développement. » (JO du 2/07).

Tout est dans la nuance.

7- Hôpitaux : plafond des missions d'intérim

La loi de financement de la sécurité sociale pour a modifié les dispositions cde la loi Rist sur le plafonnement des missions d'intérim (article L 6146-3 du CSP)

Un décret du 2 juillet (JO du 3) précise les conditions de détermination du montant du plafond des dépenses engagées au titre d'une mission de travail temporaire par un établissement public de santé, un établissement ou service social ou médico-social.

8- Physicien médical :

Un arrêté du 2 juillet (JO du 5) modifie la liste des diplômes admis comme prérequis pour l'inscription aux épreuves de sélection de la formation conduisant à l'exercice de la profession de physicien.

9- Profession d'agent de service médico-social :

Le titre professionnel d'agent de service médico-social est révisé (arrêté du 24 juin – JO du 6/07). Il fait l'objet d'un référentiel qui nous apprend que :

« L'agent de service médico-social réalise le nettoyage et le bionettoyage des locaux dans les structures médico-sociales hébergeant des personnes âgées et contribue aux prestations hôtelières du linge et des repas. Dans le respect du projet d'établissement et de sa fiche de poste, l'agent coopère avec l'équipe soignante pour accompagner le résident dans sa vie quotidienne, il participe à la mise en œuvre du projet personnalisé de chaque résident dans le cadre d'un travail en équipe pluriprofessionnelle » etc...

10- IVG pour motif médical : attestations

Un arrêté du 30 juin (JO du 6/07) fixe de nouveaux modèles d'attestation à utiliser par les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN), pour les IVG réalisées pour motif foetal, pour motif maternel, et pour réduction embryonnaire (IVG partielle d'une grossesse multiple).

11- La conférence nationale de l'autonomie :

Il existe déjà une conférence nationale de la santé (CNS) ; la loi du 8 avril 2024 «portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie » a créé la conférence nationale de l'autonomie.

Un décret du 8 juillet (JO du 9) soit 15 mois après la loi, en fixe les « modalités de mise en œuvre » que l'on retrouve sous les articles D 113-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles. Nous reviendrons sur cette conférence dans la prochaine lettre..

12- Permanence des soins dans les établissements publics de santé et EHPAD publics :

Un arrêté du 8 juillet (JO du 9 - 5 pages) modifie l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les EHPAD publics.

13- Hôpitaux et EHPAD publics : revalorisation temporaire des indemnités d'astreintes

Un arrêté du 8 juillet (JO du 9) Pour la période du 10 juillet au 31 octobre 2025

- ✓ Indemnité forfaitaire de base (en cas d'organisation territoriale dans le cadre du GHT) : 66,78 € pour une nuit ou deux demi-journées et à 33,38 € pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi,
- ✓ Astreinte opérationnelle : 67,19 € pour une nuit ou deux demi-journées et 33,57 € pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi
- ✓ Astreinte de sécurité : 48,71 € pour une nuit ou deux demi-journées et à 24,38 € pour une demi-astreinte le samedi après-midi.

Le montant cumulé des indemnités forfaitaires de base versées au titre de l'astreinte de sécurité ne peut excéder 681,92 € pour 4 semaines et 876,77 € pour 5 semaines

L'arrêté ne mentionne pas les taux avant réévaluation ce qui ne permet pas d'en apprécier l'ampleur.

Pourquoi une réévaluation temporaire plutôt que définitive ? pour mieux faire passer l'été ?

14- Le parlement en vacances

La session extraordinaire du parlement a été close le 11 juillet (décret du 11 Juillet JO du 12)

Nous souhaitons de bonnes vacances à nos parlementaires.

Nous devrions normalement les retrouver à compter « du 1^{er} jour ouvrable d'octobre », mais ils siégeront de nouveau en session extraordinaire à compter du 22 septembre. L'entrée risque d'être chaude (économies pour 2026 , PLFSS...).

15- Cybersécurité des établissements de santé

un arrêté du 3 juillet, (JO du 16) crée un nouveau programme de financement destiné à développer les plans de continuité de l'activité et à renforcer la sécurité des sauvegardes. Ces

financements sont mis en œuvre par l'Agence du numérique en santé (ANS) dans le cadre d'un appel à financement.

Tout établissement de santé public et privé, éligible, peut prétendre à un financement afin de renforcer sa sécurité informatique, mesurée grâce à l'atteinte de certains objectifs.

16- Etudes médicales : 3°cycle

La maquette de formation du DES de médecine générale a été modifiée (arrêté du 10 juillet JO du 17).

En cas de capacités de formation insuffisantes, le DG de l'ARS peut, conjointement avec le directeur de l'UFR remplacer, pour tout ou partie des étudiants, le stage couplé par un stage en pédiatrie auprès d'au minimum deux praticiens agréés maîtres de stages des universités et/ ou dans un lieu hospitalier agréé à titre principal en pédiatrie et à titre complémentaire en médecine générale.

L'organisation du 3° cycle des études médicales a été modifiée (arrêté du 10 juillet (JO du 18 – 5 pages)

Sa rédaction ne permet pas d'identifier les principales modifications. Elles concernent essentiellement le choix des spécialité après les épreuves nationales du concours et en particulier la possibilité de changer de spécialité après le choix ; L'année recherche est également concernée.

17- Etudes de médecine : contrats d'engagement de service public (CESP)

Un arrêté du 17 juillet (JO du 19) fixe le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés, au titre de l'année universitaire 2024-2025, par les étudiants de 2° et de 3° cycle des études de médecine et d'odontologie et aux praticiens à diplôme étranger hors union européenne (PADEHUE).

	Médecine		Odontologie		PADEHUE
	2°cycle	3° cycle	20 cycle	3° cycle	
Besançon	12	5	3	0	1
Dijon	15	6	3	0	4
France	387	235	167	2	16

Pour mémoire le CESP, permet aux étudiants en médecine, à partir de la 4ème année des études médicales de bénéficier allocation mensuelle de 1 200€ en contrepartie de l'engagement pendant un nombre d'années égal à celui durant lequel ils auront perçu l'allocation et pour 2 ans minimum - à exercer leurs fonctions, à compter de la fin de leur formation, dans des lieux d'exercice spécifiques dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

18- Interdiction de fumer : signalétique

On s'en souvient un décret du 27 juin a ajouté à l'article R 3512-2 du CSP des lieux publics dans lesquels il est désormais interdit de fumer. L'article R 3512-7 prévoit que « dans les lieux [ou il est interdit de fumer] une signalisation apparente rappelle le principe de l'interdiction de fumer. Un modèle de signalisation accompagné d'un message sanitaire de prévention est déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé ».

C'est ce qu'a fait l'arrêté du 21 juillet (JO du 22) « fixant les périmètres et les modèles de signalisation... » pris après l'avis du « conseil national d'évaluation dénormes » (ça existe).

Sont joints des modèles de panneaux de signalisation d'interdiction de fumer, chacun portant la mention « fumer ici vous expose à une amende forfaitaire de 135 € ou à des poursuites judiciaires. Pour arrêter de fumer faites-vous aider... ».

Il existe aussi un panneau « emplacement fumeur interdit aux mineurs de moins de 18 ans » suivi d'un message de prévention.

Le tout accompagné d'une charte graphique et des couleurs.

Nous risquons donc de voir fleurir prochainement de nouveaux et très nombreux panneaux dans notre espace public .. pour la plus grande satisfaction du groupe jurassien « Girod signaux ».

Qui paiera ? l'arrêté ne le dit pas mais ce seront certainement les collectivités territoriales.

Une interdiction générale de fumer dans tous les lieux publics aurait évité une nouvelle « pollution visuelle » et de substantielles dépenses publiques.

19- Accueil des jeunes enfants : accompagnement financier de l'état

L'article L 214-1-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit que « les communes sont les autorités organisatrices de l'accueil du jeune enfant ».

Un décret du 21 juillet (JO du 22) définit les modalités de répartition de l'accompagnement financier prévu par l'Etat au titre de l'exercice obligatoire par une commune de l'ensemble des compétences d'autorité organisatrice de l'accueil du jeune enfant sur son territoire.

Il tient compte du nombre de naissances domiciliées sur la commune cumulées sur 3 ans, et du « potentiel financier par habitant » de la commune

20- CMPP : rapport d'activité

Un arrêté du 17 juin (JO du 27 juillet) fixe le modèle de rapport des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) applicable à partir de 2025.

21- Filières maladies rares (CHU de Dijon) :

Un arrêté du 24 juillet (JO du 27) labellise de nouvelles filières de santé maladies rares parmi lesquelles la filière « AnDDI-Rares - Anomalies du développement avec ou sans déficience intellectuelle de causes rares » portée par le CHU de Dijon sous la responsabilité de la Professeure Laurence Olivier-Faivre.

22- Médecins libéraux – participation à la PDES – revalorisation

L'indemnité forfaitaire dont bénéficient les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins en établissements de santé (PDES) est sensiblement revalorisée à compter du 1^{er} novembre prochain (arrêté du 2⁷ juillet- JO du 27)

Elle passe :

- ✓ pour une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229,00 € à 422€, (+84,27%°)
- ✓ pour une période de garde assurée en début de nuit : 79,00 € à 141€
- ✓ pour une période de garde en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,00 € à 281 €

Il faut dire qu'elle n'avait pas été revalorisée depuis 2013. Cela devrait susciter des vocations et faciliter la tâche de l'ARS chargée d'organiser la PDES.

23- Services autonomie à domicile :

La valeur du forfait national par place autorisée pour les services autonomie à domicile est fixée pour une durée de trois ans à compter de la date de leur autorisation.

En 2025, ce forfait s'élève à 16 173 €. Il doit être proratisé en fonction du nombre de mois d'ouverture. (décision CNSA JO du 27/07).

24- Mineurs non accompagnés : participation de l'état

Les départements ayant accueilli un nombre supplémentaire de mineurs non accompagnés au 31 décembre 2024 par rapport au 31 décembre 2023 se voient attribuer un financement exceptionnel de l'Etat d'un montant de ce financement est fixé à 6 000 € par jeune pour 75 % des jeunes supplémentaires (arrêté du 25 juillet, JO du 30).

25- Jeunes majeurs maintien de la prise en charge par l'aide sociale

Un arrêté du 25 juillet (JO du 30) fixe pour chaque département le montant de l'accompagnement financier de l'Etat pour le maintien de la prise en charge des jeunes majeurs sortant de l'aide sociale à l'enfance sans ressources ni soutien familial ;

Ex : la Côte d'Or : 326 024 €, le Doubs : 457 083 €.

6. Veille parlementaire :

Assemblée nationale :

- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur l'intoxication de la population française au cadmium et les pistes concrètes de politiques publiques permettant de nous en protéger,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur le suicide, le risque suicidaire et les morts suspectes dans les établissements pénitentiaires,
- rapport d'information, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale des mineurs,
- rapport d'information, déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice,
- proposition de loi visant à intégrer la santé sexuelle dans le champ de compétences du Conseil national du syndrome immunodéficient acquis (sida) et des hépatites virales chroniques,
- proposition de loi visant à rendre obligatoire l'affichage du nutri-score et à interdire la publicité à destination des enfants et adolescents en faveur des produits alimentaires de faible qualité nutritionnelle,
- proposition de loi visant à renforcer la prévention des risques d'accidents liés aux batteries au lithium et aux cartouches de protoxyde d'azote dans les installations de traitement de déchets,
- proposition de loi visant à rétablir l'obligation de vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé et à permettre son remboursement pour tous,
- proposition de loi visant à garantir la gratuité des parkings des établissements publics de santé,
- proposition de loi portant mesures d'urgence visant à garantir l'accès aux loisirs et à la fraîcheur pendant les épisodes caniculaires,
- proposition de loi visant à reconnaître et valoriser l'engagement associatif dans le calcul des droits à la retraite,
- proposition de loi visant à favoriser l'accès aux pharmacies en milieu rural,
- proposition de loi visant à améliorer la reconnaissance et l'indemnisation des victimes de pesticides,
- proposition de résolution visant à rendre obligatoire la détention d'extincteur dans tous les véhicules et tous les lieux d'habitations individuels,
- rapport d'information de Mmes Josiane Corneloup et Élise Leboucher déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation de la prise en charge des troubles psychiques des personnes placées sous main de justice,

Sénat :

- rapport fait au nom de la commission d'enquête sur les missions des agences, opérateurs et organismes consultatifs de l'Etat,
- proposition de loi visant à créer une tarification spéciale de l'électricité en faveur des ménages modestes et à interdire les coupures d'électricité toute l'année,
- proposition de résolution européenne visant à renforcer la disponibilité et la sécurité de l'approvisionnement en médicaments critiques ainsi que la disponibilité et l'accessibilité des médicaments d'intérêt commun,
- proposition de loi visant à reconnaître l'éducation au dehors et en contact avec la nature et à réaffirmer la place de la transition écologique à l'école,
- proposition de loi visant à favoriser le cumul d'emploi entre accompagnant des élèves en situation de handicap et personnel périscolaire,
- proposition de loi visant à favoriser le cumul d'emploi entre accompagnant des élèves en situation de handicap et personnel périscolaire,
- proposition de loi visant à garantir le droit de visite des lieux de privation de liberté des parlementaires et des bâtonniers,

7. En Bourgogne Franche comté :

7-1 Décisions de l'ARS BFC :

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

1- CPP Est I (Dijon)

La composition du CPP Est I (Dijon) a été mise à jour le 2 juillet. Seule est concernée la composition des collèges 1 (personnes ayant une qualification et une expérience approfondie en matière de recherche impliquant la personne humaine), 2 (personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière de biostatistique ou d'épidémiologie) et 6 (personnes qualifiées en raison de leur compétence en sciences humaines et sociales ou de leur expérience dans le domaine de l'action sociale).

2- Centres de santé dentaire : agrément définitif

Le DG de l'ARS a donné son agrément définitif 26 centres de santé dentaire mutualistes répartis sur les 8 départements de la région (nous renonçons à donner la liste).

Pour mémoire, rappelons qu'à la suite des scandales des centres de santé dentaire survenus dans notre région, la loi du 19 mai 2023 « visant à améliorer l'encadrement des centres de santé a considérablement aggraver les conditions d'agrément et de fonctionnement (article L 6323 – 1-11 du CSP) précisant notamment que « L'agrément délivré par le directeur général de l'ARS est provisoire. Il ne devient définitif qu'à l'expiration d'une durée d'un an à compter de l'ouverture du centre ».

3- ARS – équipe d'encadrement

L'équipe d'encadrement de l'ARS a fait l'objet d'une mise à jour à la date du 2 juillet. Elle remplace celle du 12 novembre 2024.

4- Actualisation du PRIAC

Le DG de l'ARS a approuvé l'actualisation du PRIAC (programme inter départemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) pour la période 2025-2029.

Il est téléchargeable par le lien :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/PRIAC-BFC>

5- CTS métropolitain Nord FC

La composition du CTS Métropolitain Nord FC a été complétée à la date du 4 juillet.

7-2 Du côté des instances de démocratie en santé

1-La CRSA

La s'est réunie à Besançon le 2 juillet à Besançon et en visio. Faute de quorum, les votes sont intervenus ultérieurement par voie électronique(non anonyme).

L'ordre du jour a été celui que nous avons indiqué dans la lettre précédente, caractérisé par l'absence de sujets d'actualité en lien avec les préoccupations des Bourguignons -Francs-Comtois.

Elle se réunira conjointement avec le CTS de l'Yonne à Auxerre le mardi 14 octobre de 10h à 14h30 (1° message d'invitation de l'ARS le 28 juillet, aux titulaires et suppléants). Même si ce message ne l'indique pas, on peut supposer que la participation en visio sera possible.

L'ARS demande de confirmer la présence ou l'absence avant le 29 septembre.

2-La CSOS :

La CSOS s'est réunie 6 fois en juillet, les :

- ✓ 2 juillet : soins critiques en Cote d'or, Nièvre, Yonne, Bourgogne méridionale
- ✓ 4 juillet : traitement du cancer dans l'Yonne et la Côte d'or,
- ✓ 10 juillet : traitement du cancer en Côte d'Or,
- ✓ 11 juillet : traitement du cancer en Côte d'Or et centre FC
- ✓ 16 juillet : traitement du cancer en centre FC
- ✓ 17 juillet : traitement du cancer en centre FC, Saône et Loire-Bresse-Morvan, nord FC

Il faut saluer la persévérance des membres de la CSOS qui s'est réunie à 15 reprises depuis le début de l'année. Elle a permis de toujours disposer du quorum, même avec le recours aux pouvoirs.

Les dossiers concernant les demandes d'autorisation d'activité de traitement du cancer ont souvent été « complexes » (notion de recours, seuils d'activité...) contraignant la CSOS à faire des choix difficiles pour départager des dossiers concurrents mais de qualité. Dans certaines zones les « OQOS » du PRS sont manifestement insuffisants conduisant à privilégier les seuls critères techniques au détriment de la proximité et de l'accès aux soins.

Dans certains cas il faudra donc recourir à la reconnaissance de « besoins exceptionnels » et attendre l'ouverture de nouvelles fenêtres, ce qui demandera de nombreux mois, d'attente pour les équipes et la population.

En attendant il reviendra donc au DG de l'ARS de trancher.

Le planning de la rentrée n'est pas encore connu.

7-3 La situation financière des établissements de santé en BFC

Sur proposition de quelques-uns de ses membres dont des représentants des usagers, l'ARS a présenté à la CRSA réunie le 6 mai à Dijon, la situations financière des établissements de santé. En voici les principaux constats :

Les établissements concernés :

L'ARS dispose de la vision consolidée sur les budgets et la situation financière des seuls établissements de santé soumis à EPRD, soit les établissements publics de santé (EPS) et les établissements de santé privés à but non lucratif (EBNL) ex-DG (dotation globale) (ESPIC) soit environ 55 % des ES de la région.

Elle n'a pas de vision sur la situation financière des ES privés lucratifs et les EBNL ex-OQN, soit environ 45 % des ES de la région.

Les chiffres qui suivent concernent 53 établissements publics de santé et 15 établissements privés à but non lucratifs soumis à EPRD.

Les sources :

Pour les établissements concernés, l'ARS dispose :

- ✓ de l'EPRD (état prévisionnel des dépenses et des recettes) , autrement dit : le budget prévisionnel , qui doit être fourni au 31/112 de l'année N-1. Il peut, en cours d'année, faire l'objet de décisions modificatives (DM1,3,4...),
- ✓ du PGFP (plan global de financement pluriannuel) qui doit être fourni en même temps que l'EPRD,
- ✓ du compte financier autrement dit les résultats financiers (anciennement le compte administratif) de l'année N. Il doit être fourni au 30/05 de l'année N+1.

Un même établissement peut avoir plusieurs budgets :

- ✓ Le budget principal pour les activités de soins (budget H -hospitalisation)
- ✓ Un ou plusieurs budgets annexes concernant des activités spécifiques ou complémentaires : EHPAD, SSIAD, HAD, SSIAD, IFSI, dotation non affectée (DNA)
- ✓ Le budget consolidé : il donne une vision globale de l'établissement intégrant le budget principal et les budgets annexes

Une dégradation marquée de la situation des EPS et des ESPIC

En 2022 les établissements de santé publics et ESPIC affichaient un excédent de 18,85 M€ pour le budget principal (+0,41 %), avec un résultat global consolidé à 2,51 M€ (+0,05 %).

En 2023 cette situation s'est dégradée avec un déficit de -33,08 M€ pour le budget principal (-0,68 %) et un déficit consolidé à -73,24 M€ (-1,29 %)

Sur le budget principal, 25 établissements, soit 36,7 % des établissements de l'échantillon, se trouvent en situation de déficit. Tous budgets confondus, ce nombre s'élève à 42 établissements, soit 61,7 % des établissements.

Les causes principales sont: l'inflation, l'augmentation des charges de personnels (intérim, revalorisations) et une reprise d'activité post-COVID insuffisante.

Des disparités importantes entre GHT :

Des disparités importantes apparaissent entre GHT révélant des enjeux d'efficience.

Ainsi les écarts entre budgets consolidés 2022 et 2023 vont :

- ✓ du seul GHT positif : GHT Bourgogne Méridionale 6 358 479€.
- ✓ au plus déficitaire : GHT centre FC (CHU de Besançon 11établissements) : - 29 237 312 suivi par le GHT Jura sud : - 14 219 608€.

Focus sur la CAF et les investissements en 2023

La capacité d'autofinancement (CAF) est la signe de la santé financière d'un établissement

- ✓ taux de la CAF moyen (CAF tous budgets confondus ÷ total des produits tous budgets confondus) : 3,08%
21 établissements présentent une CAF et un taux de CAF négatifs, dont 14 établissements avec un budget principal > 10 M€
- ✓ taux de CAF nette moyen : (CAF - Remboursements de dettes financières) ÷ total des produits tous budgets confondus) : -044%.

35 établissements affichent une insuffisance d'autofinancement IAF nette (taux négatif)

Focus sur l'investissement :

Le volet investissement sanitaire du Ségur a permis un important coup d'accélérateur en matière d'investissements.

2019	2020	2021	2022	2023
163 629 167 €	174 635 411 €	183 817 822 €	216 366 868 €	249 337 673 €
	+6,74%	+5,26%	+17,71%	+15,24%

Les actions mises en place :

L'objectif est de stabiliser les déficits structurels des établissements de santé et de maintenir un niveau d'investissement suffisant pour garantir la qualité et la sécurité des soins.

Ont été utilisés les moyens suivants dont les 2 premiers ne datent pas d'aujourd'hui :

- ✓ la signature de contrats de performance organisationnelle (CPO), (les anciens plans de retour à l'équilibre financier)
- ✓ des audits à visées diagnostic,
- ✓ la poursuite des investissements stratégiques par le Ségur et autres subventions,
- ✓ l'inscription des établissements les plus en difficulté au dispositif COREVAT (comités régionaux de veille active sur la situation de trésorerie)

Les perspectives 2025 :

EPRD V1 validés : 60% contre 70% en 2024

PGFP V1 validé : 40% (idem 2024)

La campagne budgétaire 2025 est « contrainte » du fait de:

- ✓ la fin du dispositif de sécurisation modulée à l'activité des hôpitaux (SMA)
- ✓ la progression des tarifs hospitaliers en moyenne de +0,5 % pour l'ensemble des établissements,
- ✓ la mise en place d'un accompagnement financier spécifique des établissements de santé présentant les situations financières les plus dégradées.

L'ARS disposant maintenant des comptes financiers 2024 il sera intéressant de connaître l'évolution de la situation.

7-4 La situation des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Lors de sa réunion plénière du 6 mai la CRSA a entendu un rapport de l'ARS sur la situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif (cf. supra § 7-3).

Ne disposant pas des informations nécessaires, elle n'a pu faire le même exercice pour les établissements sociaux et médico sociaux, mais cela n'a pas empêché Robert Creel , le président de la commission spécialisée médico-sociale (CSMS) de dresser un vibrant tableau de la situation de ces établissements .

Il l'a repris par écrit et proposé à la CRSA du 2 juillet qui l'a adopté à l'unanimité sous forme d'avis.

En voici quelques morceaux choisis :

Éléments de contexte :

Inflation, revalorisations salariales non compensées, déséquilibres budgétaires chroniques, perte d'attractivité des métiers, injonctions réglementaires successives sans moyens nouveaux : la situation n'est plus soutenable.

En Bourgogne-Franche-Comté comme ailleurs, de nombreux établissements entament l'année 2025 dans une situation de grande fragilité, pouvant mettre en péril la continuité de leur mission.

Une alerte systémique :

Le système se délite en silence :

- ✓ des établissements ferment ou réduisent leur capacité,
- ✓ des professionnels qualifiés quittent le secteur, faute de reconnaissance et de perspectives,
- ✓ des difficultés de recrutements dans le secteur du médico-social qui impactent la qualité de la prise en charge des usagers,
- ✓ la qualité de l'accompagnement est fragilisée, avec un impact direct sur les parcours de vie des personnes accueillies.

une responsabilité politique collective :

Les tensions actuelles ne sont pas le fruit d'une mauvaise gestion locale. Elles résultent d'un désengagement progressif, d'un modèle de financement obsolète et d'un manque de volonté politique de faire du médico-social une priorité nationale.

Il ne s'agit plus de « compenser des écarts » mais de réinterroger le sens, les objectifs et les moyens de notre politique de solidarité.

Perspectives : changer d'échelle et de meure :

Il est temps d'ouvrir un nouveau cycle. Cela implique :

- ✓ une loi de programmation pluriannuelle pour le médico-social, à la hauteur des besoins et intégrant les enjeux d'attractivité, d'investissement et de transformation de l'offre,
- ✓ un engagement clair des tutelles nationales et locales, dans un cadre concerté, pour sortir d'une logique de gestion de crise permanente,
- ✓ une reconnaissance politique du secteur, par des mesures concrètes : revalorisation des métiers, soutien à l'encadrement, investissement dans les infrastructures, sécurisation financière durable.

Conclusion : protéger les plus vulnérables, c'est protéger notre cohésion sociale

Il est temps de replacer le médico-social au cœur de notre contrat social, avec une ambition politique claire : préserver un accompagnement de qualité pour tous, partout, durablement.

Ce n'est pas uniquement un sujet de gestion. C'est une question de choix de société.

Un avis de plus: qui le lira et le prendra en considération? D'un intérêt supérieur à bien d'autres de ses avis, la CRSA, instance de démocratie en santé, ne devrait-elle pas l'adresser aux décideurs de la région : parlementaires, président(e)s des conseils départementaux ...?

7-5 Dotations de financement 2025 :

Un arrêté du 20 juin (JO du 29) , fixe pour 2025 , le montant des diverses dotations régionales de financement (en milliers d'euros)

Cette présentation remplace l'ancienne présentation MIgac – dotations SMR, psy, DAF et rend donc difficile toute comparaison avec l'année précédente (sauf psychiatrie)

Comme chaque année il y aura d'autres délégations.

Champ MCO et USLD

Objectifs de santé publique	Missions spécifiques	DAF hors USLD	DAF USLD / FGU	Urgences dotation populationnelle	Urgences dotation qualité
34 355	297 450	2 944	61 813	176 843	0
				177 550 (1)	

(1)dotation 3024

Champ psychiatrie

	Dotation population	Dotation nouvelles activités	Dotation activités spécifiques	Dotation recherche	Dotation transformation
A.20/06/25	421 864	1 928	4 776	287	27 470
2024(1)	417 798	2 020	4 754	278	21 01

(1) Dotation année 2024 issue de l'arrêté du 27/03/2025

Champ SMR :

Dotation MIGAC	Dotation populationnelle	Dotation pédiatrique	Dotation PTS
47 572	176 191	922	4 809

7-6 FIR 2025

Un arrêté du 23 juin (JO du 28) fixe pour l'année 2025, le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR. Il s'agit de la 1° délégation.

Pour notre région ce montant est de :

(en milliers d'euros)

		Dotation fongible(1)	Crédits sanctuarisés (2)	Dotation totale
BFC	2023	206 822	20 380	227 202
BFC	2024	230 722,9	12 783,-6	243 506,6
BFC	23/06/2025	244 242,0	5 774,6	250 016,6
France	2023	4 792 900	403 431	5 196 331
France	2024	5 299 660,3	274 841,4	5 574 501,7
France	23/06/2025	5 500 615,6	114 999,2	5 615 614,8

(1) En dehors d'une liste réduite d'exceptions, l'ensemble des ressources du FIR est fongible, c'est-à-dire qu'il appartient à chaque DG d'ARS d'en décider des modalités d'usage.

(2) par exception aux principes généraux du FIR, les crédits sanctuarisés ne peuvent être employés à d'autres usages que ceux au titre desquels ils ont été délégués.

Détail des crédits sanctuarisés :

		29/11	23/06/25
Enveloppe protégée prévention	addictions	2 169,3	1 599,0
Enveloppe protégée médico-social	Emplois accompagnés	1456,4	1 456,4
	Séjour numérique : renforts régionaux	924,7	583,0

Autres crédits non protégés	Séjour numérique Cybersécurité	1255,3	2 136,2
	Transports sanitaires	4 185,0	0
	autres	2 792,9	0
Total crédits sanctuarisés		12 783, 6	5774,6

Contribution de la CNSA au FIR

Par décision du 9 juillet (JO du 18) la CNSA fixe sa contribution au FIR pour le financement des

- ✓ Groupe d'entraide mutuelle (GEM)
- ✓ Collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP),
- ✓ Dispositifs d'appui à l'accompagnement (DAC)
- ✓ Centres régionaux d'étude, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI)
- ✓ Systèmes d'information de suivi de suivi des orientations via trajectoire handicap (SI SDO)

GEM/CEISP	DAC	Creai	SI SDO	total
4 760 000	4 095 500	77 100	76 400	9 009 000

7-7 Conseils de surveillance désétablissements publics de santé : appel à candidatures

Le 24 juillet, l'ARS a lancé un appel à candidatures pour désigner « les personnes qualifiées et représentants des usagers souhaitant siéger au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé ».

En droit les représentants des usagers au sein d'un conseil de surveillances sont aussi des personnes qualifiées.

Il faut donc distinguer :

- ✓ Les personnes qualifiées RU (PQ-RU)
- ✓ Les personnes qualifiées non RU (PQ-NRU)

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/personnalites-qualifiees-et-representants-des-usagers-souhaitant-sieger-au-sein-des-conseils-de>

C'est la 1^o fois que l'ARS procède par appel à candidatures pour les conseils de surveillance. Il vient « télescoper » la procédure de renouvellement des CDU. Pour ceux-ci, même si le délai est arrivé à son terme le 13 juillet, ils ne seront pas nommés avant le mois de de novembre.

Composition d'un conseil de surveillance :

Le nombre des membres du conseil de surveillance des établissements publics de santé varie en fonction de son statut:

- ✓ Etablissement communal : 9 membres,
- ✓ Etablissement *intercommunal* (ex : hôpital Nord FC, CH Pays Charollais-Brionnais, Groupement hospitalier 70, CH de l'agglomération de Nevers CHI de Hte Comté...), *départemental* (les établissement de santé mentale) , *régional* (les 2 CHU) : 15 membres

Les membres sont répartis en 3 collèges de même importance (3 ou 5 membres):

- ✓ Collège 1 :représentants des élus locaux : élus par les organes délibérants
- ✓ Collège 2 : représentants du personnel :
 - CME, élu(s) en son sein,
 - organisations syndicales : en fonction de la représentativité lors des élections professionnelles,
 - commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique CSIRMT (élu),
- ✓ Collège 3 : les personnes qualifiées (PQ)
 - Si 9 membres : 3 sièges : 1 PQ-NRU désigné par le DGARS, 2 PQ-RU désignés par le préfet,
 - Si 15 membres : 5 sièges : 2 PQ-NRU désignés par le DGARS, 3 dont 2 PQ-RU désignés par le préfet.

La durée du mandat est de 5 ans.

Le président est élu par le conseil de surveillance parmi les membres des collèges 1 ou 3 .

Les personnes qualifiées RU (PQ-RU):

Les PQ-RU actuellement en poste et dont le mandat arrivera à échéance avant décembre 2025 ont reçu un message de l'ARS le 25 juillet.

✓ *Candidatures :*

Contrairement aux renouvellements précédents, **aucun mandat ne sera reconduit automatiquement**, ce qui signifie que les PQ-RU actuellement en poste, souhaitant renouveler leur mandat, doivent déposer une candidature auprès de leur association agréée.

Seules les associations agréées peuvent déposer une candidature.

Les candidatures sont déposées par la plateforme « démarches simplifiées »

<https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/ars-bfc-appel-a-candidature-pour-le-renouvellement>

Il est possible de postuler pour plusieurs établissements.

Pièces à fournir à l'appui de la candidature :

L'association devra joindre :

- le justificatif d'agrément délivré par la Commission nationale d'agrément (CNA),
- pour les associations locales affiliées à une association nationale agréée : le document officiel attestant de l'autorisation d'utiliser l'agrément national,
- une attestation de suivi de la formation obligatoire, (*cette attestation ne peut être exigée a priori et doit pouvoir être remplacée par un engagement de suivre cette formation après nomination*),
- une attestation de non incompatibilité pour siéger au conseil de surveillance du candidat,
- une copie d'une pièce d'identité du candidat.

Date limite de dépôt: 1° octobre

✓ *Critères de choix :*

Les critères de choix seront les suivants :

- appartenance à une association agréée nationale ou régionale de représentants des usagers, avec formation à la représentation des usagers,
- Participation active à des instances de démocratie sanitaire ou d'expression des usagers,
- équilibre hommes/femmes et représentativité géographique.

✓ *Etablissements concernés*

Les PQ-RU actuellement en poste ont reçu la liste des établissements concernés jointe au message du 25 juillet. Pour les autres, il n'existe pas de lien direct mais il est possible d'y accéder à partir du lien de l'appel à candidatures. Les associations agréées doivent être en mesure de la fournir <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/personnalites-qualifiees-et-representants-des-usagers-souhaitant-sieger-au-sein-des-conseils-de>
Nombre : 29 établissements sont concernés pour 58 sièges

Les personnes qualifiées non RU (PQ-NRU) :

✓ *Candidatures :*

Les candidatures sont à déposer sur la plateforme « démarches simplifiées » <https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/ars-bfc-appel-a-candidatures-personnalites-qualifi>

Pièces à fournir :

- attestation de non incompatibilités / non incapacités avec les fonctions de membres du conseil de surveillance d'un établissement public de santé
- copie d'une pièce d'identité.

✓ *Critères de choix :*

Les critères de choix seront les suivants :

- compétences reconnues dans un domaine en lien avec les missions de l'établissement de santé et connaissance des enjeux régionaux de santé publique,
- indépendance d'intérêt vis-à-vis de l'établissement,
- représentativité territoriale et diversité des profils,
- équilibre hommes/femmes.

✓ *Etablissements concernés*

Accès à la liste :idem PQ-RU

Nombre : 29 établissements, pour 71 sièges dont 58 désignés par le DG ARS, 13 par les préfets.

Renseignements

Il est possible de s'adresser à Madame Patricia Carnet à l'ARS : patricia.carnet@ars.sante.fr

7-8 Appels à candidatures, à projets , à manifestation d'intérêt

Nous avons sélectionné les AAC, AAP et AMI suivants :

Plateforme de services coordonnés en S.et L. pour personnes en situation de handicap (AAC)

AAC conjoint ARS - conseil départemental de Saône et Loire.

Sur le fondement d'une autorisation de SAMSAH, la plateforme de services coordonnés vise à structurer et compléter l'offre existante de SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) sur le territoire du SCoT (schéma de cohérence territoriale) du Chalonnais en proposant un dispositif unifié de réponse aux usagers du territoire.

Règlement (16 pages):

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/139135/download?inline>

Date limite : 11 aout

Label droit des usagers de la santé (AAC)

Rappel : voir lettre 83 de juillet

Cahier des charges :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/140034/download?inline>

Date limite : 31 aout

Coordinateur des 1000 premiers jours en Hte. Saône (AMI)

Depuis la publication du rapport des 1000 premiers jours en septembre 2020, une attention particulière est portée à la période allant du 4^e mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant.

Cette période est déterminante pour le développement de l'enfant et le bien-être des familles. Elle fait l'objet d'une stratégie nationale déclinée localement, visant à renforcer l'accompagnement des parents et à favoriser un environnement propice au développement de l'enfant.

En Haute-Saône, un comité de pilotage composé de la CAF, de la CPAM, de l'ARS et du Conseil Départemental œuvre à la mise en place d'une stratégie départementale. Il a décidé la création d'une fonction de coordination pour animer le réseau des acteurs de terrain, soutenir les dynamiques locales et assurer le lien entre les différents niveaux d'action.

Cahier des charges :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/coordonateur-des-1000-premiers-jours-en-haute-saone>

Date limite : 1^o septembre

Développement d'une offre de répit (AAC)

L'ARS a lancé un appel à candidatures pour déployer une offre de relayage à domicile à destination des proches aidants sur les cantons de Châtillon-sur-Seine, Montbard, Semur-en-Auxois, Is-sur-Tille et Arnay-le-Duc.

L'objectif de cette offre est de permettre aux aidants de souffler, tout en assurant un accompagnement de qualité pour leurs proches, à domicile, 7 jours sur 7.

Cahier des charges (14 pages) :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/140209/download?inline>

Date limite : 30 septembre.

Culture santé 2026 (AAP) :

En partenariat avec la DRAC, l'ARS lance un appel à projets portant sur le développement culturel dans les établissements sanitaires et médico-sociaux relevant de son champ de compétences (établissements financés par l'ARS ou conjointement par l'ARS et le Conseil départemental).

Cet appel à projets intervient tous les ans. Outre à destination des lauréats, les résultats ne font l'objet d'aucune communication.

Il s'agit en fait d'actions d'animation assurées par des intervenants extérieurs.

L'association « itinéraires singuliers » (Dijon) reconnue Pôle Ressources « Arts, Cultures, Santé et Handicaps » en BFC, assure la maîtrise d'œuvre.

Les établissements doivent financer au moins 20% de leur projet (fonds propres et subventions)

Note de cadrage :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/141834/download?inline>

Un représentant des usagers siège habituellement au jury.

Candidatures en ligne par la plateforme « démarches simplifiées ».

Date limite : 31 octobre

7-9 France Assos Santé : formations RU 2^o semestre

Les personnes qui, via leur association agréée, ont proposé leur candidature pour devenir représentant des usagers (RU) en établissements de santé ne seront pas nommées par l'ARS avant le mois de novembre.

Il n'est néanmoins pas trop tôt pour se former à ce mandat en s'inscrivant à l'une (ou plusieurs) des formations proposées par France Assos Santé pour le 2^e semestre :

- ✓ 16 septembre : **Devenir RU pourquoi pas moi ?** à Dijon de 9h 15 à 17h 00,
- ✓ 30 septembre : **Recueillir l'expression des usagers** à Dijon de 9h 15 à 17h 00,
- ✓ 7 octobre : **Participer à un projet des usagers** à Besançon de 9h 15 à 17h 00,
- ✓ 14 octobre : **La démocratie en santé : les fondamentaux** à Dijon de 9h 15 à 17h 00,
- ✓ 16 octobre : **Groupe d'Echanges – CPTS** en visioconférence de 9h 30 à 12h 30,
- ✓ 13 novembre : **Défendre les droits des usagers_** à Dijon de 9h 15 à 17h 00,
- ✓ 24 novembr **Présider la CDU à Besançon** de 9h 15 à 17h 00 (7 *novembre* visioconférence 10h-12h – *temps de préparation en amont de la formation en présentielle*),
- ✓ 24 novembre **Présider la CDU à Besançon** de 9h 15 à 17h 00,
- ✓ 05 décembre : **Groupe d'Echanges – RU** à Dijon de 13h 30 à 16h 30,
- ✓ 08 décembre : **Devenir président de CDU** en **visioconférence** de 9h 00 à 12h,
- ✓ 11 et 12 décembre : **RU en Avant !** à Dijon de 9h 15 à 17h 00. classe virtuelle le 12 Février 2026 10h-13h.

Pour mémoire, la formation RU en avant est la formation rendue obligatoire par le code de la santé et que les candidats RU se sont engagés à suivre.

Inscription :

Pour mémoire les inscriptions se font en ligne sur la plateforme « e-parcours »

Pour s'inscrire, il suffit de se rendre sur le site de France Assos BFC , rubrique catalogue des formations par le lien :

[atiohttps://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/2025/01/10/catalogue-des-formns-2025/](https://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/2025/01/10/catalogue-des-formns-2025/)

de cliquer sur le nom de la formation ou du groupe d'échanges concerné et de compléter le questionnaire en ligne sur la plateforme « e-parcours ».

Renseignements :

En cas de difficulté et pour tout renseignement s'adresser à :

Elodie HONG-VAN tél.: 03-80-49-19-37 Port : 06-76-55-08-15

Mail : ehongvan@france-assos-sante.org

7-10 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

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

- 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 : un emploi de coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

2- Distinction :

Hasard ou usage ? Dans chaque promotion dans l'ordre national du mérite ou dans celui de la Légion d'Honneur (généralement le 1^{er} janvier et le 14 juillet) un membre de l'ARS est distingué. Dans la promotion du 14 juillet (JO du 13) de la Légion d'Honneur c'est au tour de Madame Véronique Tisserand directrice départementale de la Haute Saône d'être promue au grade de chevalier

Nous lui adressons nos plus sincères félicitations.

Olivier Véran ,ancien ministre de la santé a été nommé au même grade.

3- Administration préfectorale :

- ✓ Mme Cécilia Mourgues, directrice de cabinet du préfet du Territoire de Belfort, est nommée secrétaire générale de la préfecture de l'Yonne, sous-préfète d'Auxerre , pour une durée initiale de trois ans (JO du 18/07).
- ✓ M. Dominique Dufour , préfet des Hautes-Alpes, est nommé préfet de Saône-et-Loire, à compter du 25 août 2025
- ✓ M. Serge Jacob , secrétaire général de la préfecture de la Haute-Garonne, sous-préfet de Toulouse, est nommé préfet de la Haute-Saône, à compter du 1er septembre 2025 ?
- ✓ Ill a été est mis fin, à sa demande, aux fonctions de sous-préfète, directrice de cabinet du préfet de la Haute-Saône, exercées par Mme Emmanuelle Juan-Keunebroek, directrice d'hôpital hors classe. Elle sera réintégrée dans son corps d'origine (JO du 25/07).
- ✓ M. Maxime Gutzwiller, attaché principal d'administration de l'Etat, est nommé sous-préfet, directeur de cabinet du préfet du Territoire de Belfort, pour une durée initiale de trois ans.

4- CHU Besançon CHI de Hte Comté : coopération

Il a été créé un fédération médicale inter hospitalière (FMIH) de chirurgie digestive entre le CHU de Besançon et le CHI de Hte Comté.

La décision est intervenue 9 juillet juste avant l'examen par la CSOS, le 11 suivant, de la demande d'autorisation d'activité de chirurgie oncologique viscérale et digestive.

5- Le nouveau dossier circulant en cancérologie (DCC) 2.0 est arrivé :

Le DDC n'est pas une nouveauté : il a vu le jour avec les premiers plans cancer et les premiers réseaux de cancérologie (aujourd'hui appelés : dispositifs spécifiques régionaux en cancérologie (DSRC) . Dans notre région, « Onco BFC » regroupe les 2 réseaux de cancérologie des 2 anciennes régions.

Un projet partenarial :

L'évolution du DCC est vite apparue nécessaire pour intégrer les orientations de La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, s'étendre à l'ensemble des parcours de soins en cancérologie et bénéficier des derniers progrès du numérique en santé.

Ainsi, le DCC 2.0 a pu voir le jour, en 2021, grâce à la coopération entre la Bourgogne-Franche-Comté et le Grand-Est, pilotée par l'ARS BFC et portée par les deux DSRC, les deux GRADeS et l'ensemble des partenaires engagés.

La nouvelle plateforme DCC 2.0 offrira une vision étendue du parcours, allant de l'annonce au patient et des propositions thérapeutiques au PPAC (Programme Personnalisé Après Cancer), par le PPS (Plan Personnalisé de Soins) et les différentes étapes de coordination entre ville et hôpital...

Les fonctionnalités :

Le DCC 2.0 permet :

- ✓ d'étendre les services numériques liés à toutes les étapes du parcours cancérologie pour tous et plus seulement RCP,
- ✓ de bénéficier des fonctionnalités de partage instantané sécurisé des données et asynchrone : MSS, DMP, dossier de coordination
- ✓ de favoriser l'homogénéisation des pratiques et la centralisation de la documentation
- ✓ d'améliorer la compatibilité avec les outils métiers (DPI, BPC, Chimio, HECTOR, etc.)
- ✓ de faciliter la production automatisée d'indicateurs utiles à l'échelle locale, régionale et nationale,
- ✓ de fluidifier la coordination entre les établissements et avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Le déploiement :

Son déploiement s'est appuyé sur une démarche rigoureuse : gestion de l'identitovigilance (INS), reprise de données, interopérabilité avec les dossiers patients informatisés (DPI), les Bonnes Pratiques de Chimiothérapies (BPC) et autres outils métiers.

Cette première étape, menée avec succès, a permis de poser les fondations de la généralisation.

Le déploiement du DCC 2.0 commence dès à présent avec une phase pilote lancée en BFC dans deux filières, en étroite collaboration avec les professionnels porteurs volontaires :

- ✓ RCP Hématologie (CHU de Dijon, CHU de Besançon, Institut de Cancérologie de Bourgogne, CH de Mâcon, HNFC, CH de Dole, GH70 et CHI de Pontarlier)
- ✓ RCP Digestif au CGFL (Centre Georges-François Leclerc)

De prochaines fonctionnalités seront intégrées telles que le Plan Personnalisé de Soins Cancer et le Programme Personnalisé Après Cancer.

D'ores et déjà, l'ARS BFC, OncoBFC et le GRADeS s'engagent aux côtés des établissements et des professionnels pour garantir une transition fluide vers le DCC 2.0.

On peut

- ✓ *espérer que cet outil permettra d'alimenter les différents registres des cancers de la région, voire même le nouveau registre national des cancers qui vient d'être créé par la loi du 30 juin 2025 « visant à mettre en place un registre national des cancers (JO du 1/07).*
- ✓ *s'étonner que ce travail ne bénéficie pas à l'ensemble du territoire national.*

6- Accès aux soins : la téléconsultation assistée en BFC

Après la téléconsultation autonome à domicile et le recours à une console et/ou une cabine de téléconsultation installée en pharmacie ou dans un lieu public, une nouvelle modalité prend de l'ampleur : la téléconsultation assistée à domicile.

En voici deux exemples qui se mettent en place dans notre région. Ils présentent des similitudes : le patient est assisté par un professionnel qui l'exempte des difficultés à utiliser l'outil informatique et sert d'interface avec le médecin par l'usage de dispositifs connectés, la téléconsultation se passe sur rendez-vous à son domicile ou dans sa commune à bord d'un véhicule équipé.

Cette modalité constitue un moyen « d'aller vers » le patient isolé, sans moyen de locomotion, et contribue à lui garantir l'accès aux soins, sans charge financière particulière.

- L'unité mobile de téléconsultation (UMT) dans la Nièvre :

L'expérimentation article 51 des UMT, portée par le groupe « Jussieu Secours France » a été présentée au membres de la CRSA lors de sa réunion plénière du 10 novembre 2024 à Belfort.

Deux sites expérimentateurs sont prévus : l'un dans la Nièvre, l'autre en Haute Saône.

Le premier a été mis en œuvre le 13 mai à Corancy et sera étendu à d'autres communes du Morvan en septembre.

A bord d'un camion équipé qui se rend dans différentes communes (6) selon un planning pré établi, les patients peuvent consulter leur médecin sur rendez-vous et avec le concours d'un infirmier qui se trouve à bord.

Le rendez-vous se prend par contact téléphonique avec la maison médicale de Moulins-Engilbert ou celle de Chatillon en Bazois.

La consultation est prise en charge par l'assurance maladie avec la carte vitale du patient. Les éventuels frais non pris en charge par l'assurance maladie sont réglés par carte bancaire à bord du véhicule.

L'expérimentation est financée par l'ARS BFC sur le FIR t par une dotation d'assurance-maladie.

- *La téléconsultation assistée à domicile à Chatillon sur Seine :*

La commune de Chatillon sur Seine a voté le principe d'une aide financière pour encourager les professionnels libéraux de santé à s'équiper de matériel de téléconsultation à hauteur de 50% de la dépense avec un plafond de 3 000€.

Un infirmière du secteur en a bénéficié pour faire l'acquisition d'une mallette téléconsultation (6 000€) constituée, outre l'ordinateur avec webcam, de dispositifs médicaux connectés : stéthoscope, otoscope, d'une caméra à main, d'une imprimante, et d'un lecteur de carte vitale. Elle fait profiter de cet équipement les patients qui n'ont pas de médecin traitant (ou qui est indisponible) et qui ne peuvent se déplacer. Elle les assiste au cours de la téléconsultation à domicile avec le médecin d'une société commerciale de téléconsultation qui se lance sur ce créneau.

Les sociétés de téléconsultations doivent être agréées. Elles sont rémunérées à l'acte par l'assurance maladie. Nous ignorons comment l'infirmière est rémunérée.

L'ARS a lancé en 2024 une expérience de téléconsultation à domicile avec les professionnels locaux qui n'a pas rencontré un grand succès.

7- CH de Paray le Monial : suspension des accouchements

Le CH de Paray le Monial s'est vu contraint de suspendre l'activité de son plateau technique d'accouchement et d'admission en pédiatrie, du 28 juillet 8H au 29 à 8h, faute de pédiatre. L'un des pédiatres a décidé de « réorienter » son activité exclusivement vers son cabinet de ville, et les pédiatres intérimaires sont rares.

Toutes les mesures ont été prises pour que la vingtaine de femmes susceptibles d'accoucher soit accompagnée.

Pas de pédiatre : pas de maternité ! Le cas s'est déjà produit en 2023. Le directeur de l'établissement se veut confiant : la maternité de Paray n'est pas menacée (il n'y en a pas d'autres dans un rayon de 60km).

8- EHPAD de St Agnan (Yonne) - fin du feuilleton : on ferme !

Nous avons déjà parlé de cet établissement propriété du groupe Bridge .

En 2022 il avait fait l'objet d'une suspension temporaire puis définitive par l'ARS qui avait constaté de graves manquements.

Au terme d'un long feuilleton judiciaire entre l'ARS et le groupe Bridge (tribunal administratif, cour administrative d'appel, conseil d'Etat) la cour administrative d'appel de Lyon a ordonné le 24 juin la fermeture définitive de l'EHPAD. Les résidents et les personnel doivent donc quitter les lieux.

Le groupe Bridge va-t-il se pourvoir en cassation ?

8. Brèves :

1- Crise sanitaire : non-lieu général pour les ministres

Le 7 juillet, les juges de la commission d'instruction de la cour de justice de la république (CJR) ont rendu un arrêt de non-lieu général dans l'affaire de la gestion par l'Etat de la crise covid.

Etaient mis en cause Agnès Buzyn, Olivier Véran et Edouard Philippe sous le statut de témoin assisté.

Cette décision n'est pas une surprise puisque le parquet général avait déjà lui-même requis ce non-lieu général en mai.

Si les juges ont conclu à l'absence d'infraction pénale, l'enquête judiciaire a néanmoins permis de mettre en évidence nombre d'erreurs et dysfonctionnements, tant politiques qu'administratifs, qui ont entaché la gestion de cette crise.

2- La maternité des Lilas va fermer

Le 1^{er} juillet l'ARS d'Ile de France a informé les responsables de la mythique maternité des lilas en Seine St Denis de son intention de ne pas renouveler son autorisation de fonctionnement.

Créé en 1964 cet établissement privé non lucratif, à statut associatif, était de tous les combats pour les droits des femmes à disposer de leur corps. La maternité des Lilas s'était rendue célèbre pour ses accouchements physiologiques et son activité d'orthogénie.

Trois raisons expliquent cette décision :

- ✓ la non certification par la HAS en janvier dernier,
- ✓ la baisse de l'activité : encore 1 400 accouchements en 2019, 940 en 2023
- ✓ une situation financière en constante dégradation depuis plusieurs années avec un déficit annuel de 6 M€ conduisant l'établissement à la cessation de paiement si l'ARS n'apportait un soutien financier.

Depuis plusieurs années, les salariés de l'établissement (85 aujourd'hui), ne comptent plus les projets pour tenter de maintenir l'activité d'obstétrique et d'orthogénie sur ce territoire de Seine St Denis qui enregistre le plus fort taux de natalité de France métropolitaine, et où les difficultés d'accès aux soins sont connues.

Un nouveau projet porté par l'ARS francilienne, vise à créer, sur l'emplacement de la maternité, un centre de soins pour la santé des femmes et des mères qui serait géré par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Il assurerait le suivi avant et après la naissance, avec, aussi, une activité d'orthogénie maintenue, une compétence pour le traitement de l'endométriose, un accompagnement des couples LGBT et des personnes trans,

3- « Les temps de l'enfant » : une nouvelle convention citoyenne

On a connu la convention citoyenne sur le climat et son échec, celle sur la fin de vie qui a connu un réel succès , voici maintenant celle sur « les temps de l'enfant »

Comme les précédentes son organisation a été confiée au CESE. Elle a commencé ses travaux le 20 juin, dans une certaine discrétion, réunissant 140 citoyen(nes) tirés au sort.

Les travaux porteront sur 9 thématiques différentes dont : rythmes et temps scolaires, écrans et numérique, temps des parents et parentalité...

Pendant tout l'été, des ateliers territoriaux sont organisés dans le cadre de la Convention citoyenne pour illustrer la diversité territoriale et examiner les spécificités liées aux lieux de vie.

La 3^e session se déroulera du 5 au 7 septembre.

La fin des travaux et la remise du rapport est prévue le 23 novembre.

On peut suivre les travaux de cette convention, sur son site :

<https://conventioncitoyennetempsenfant.lecese.fr/>

4- La santé mentale des mineurs intéresse les parlementaires :

Le 9 juillet l'Assemblée Nationale a entendu un rapport d'information sur la santé mentale des mineurs présenté par 2 députées.

Selon la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 1,6 million d'enfants et d'adolescents souffriraient d'un trouble psychique, sur une population de 14 millions de mineurs. En face 23 % des postes de psychiatres étaient vacants à l'hôpital, en 2023.

Quelques jours après la publication du nouveau plan Neuder pour la santé mentale (cf. lettre précédente), les rapporteurs ont fait 54 préconisations embrassant un large spectre : privilégier les soins thérapeutiques plutôt que la prescription de psychotropes, mieux former les médecins généralistes aux troubles en santé mentale, assurer l'effectivité des bilans de santé des jeunes suivis par l'Aide sociale à l'enfance, rétablir le bilan de santé à 6 ans en milieu scolaire et inclure dans le bilan des 12 ans un dépistage des troubles de santé mentale, agir pour la sensibilisation et contre les addictions aux écrans etc...Le rapport n'évade pas la question financière, en réclamant des moyens à la hauteur. Dans les préconisations avancées figurent une revalorisation des consultations des pédopsychiatres et une réforme du financement de la psychiatrie.

5- Le CSE se défend :

Alors que le gouvernement est à la recherche de 40 milliards d'économie pour le budget 2026, des voix se sont élevées pour remettre en cause le rôle et l'existence du CESE et de ses petits frères des régions : les CESER.

70 dirigeants d'organisations de la société civile ont pris la parole dans une tribune parue dans Le Monde pour rappeler la nécessité démocratique des corps intermédiaires, leur vertu de concertation, particulièrement en ces temps de fractures politiques.

« S'en prendre au CESE, ce n'est pas viser une « bureaucratie » hors-sol : c'est attaquer la voix de plus de 80 organisations, la voix de Français engagés dans des associations, des syndicats, des entreprises, des ONG, des mutuelles, des coopératives, qui portent, au nom de millions de citoyennes et citoyens, les réalités du quotidien. »

6- Dépenses de santé : une économie de 5 milliards

Le 15 juillet, le 1^{er} ministre a mis fin au suspense qu'il entretenait depuis plusieurs semaines pour annoncer la façon de trouver 40 milliards d'économie pour le budget 2026.

Il ne nous revient pas d'analyser l'ensemble de mesures annoncées (année blanche, suppression de 2 fériés...), . Nous préférons nous limiter à celles qui concernent la santé.

Les principales mesures :

L'objectif retenu est de 5 milliards sur le 43,8 milliards recherchés (après inclusion des dépenses supplémentaires d'armement en ramenant la hausse prévisible en 2026 de 10 à 5 milliards. D'où viendront-ils ?

- ✓ Les franchises médicales doubleront, leur plafond annuel passant de 50 à 100€
- ✓ Les ALD qui concernent aujourd'hui 13 millions de malades chroniques feront l'objet d'un contrôle plus strict : d'abord sur les prescriptions de médicaments liées à ces ALD, ensuite sur la sortie de ce régime quand l'état de santé s'améliore et ne justifie plus une prise en charge à 100%
- ✓ L'hôpital déjà en déficit de 3 milliards en 2024 sera également mis à contribution par un effort « d'efficience »
- ✓ Les arrêts de maladies sont toujours dans le viseur. Leur nombre ne cesse d'augmenter. Ils devraient faire l'objet d'un contrôle accru et il est envisagé de porter le délai de carence de 3 à 7 jours dans le secteur privé
La reprise après un arrêt de 30 jours devrait être possible sans consulter le médecin du travail ; le généraliste ou le spécialiste pouvant décider de la reprise.
Pour mémoire, rappelons que les arrêts de travail ont déjà fait l'objet d'un important train de mesures aux 1^{er} mars et 1^{er} avril 2025.

Les réactions :

Elles ont été nombreuses mais nous nous limitons, côté usagers à celles de France Assos Santé (FAS), et coté hôpitaux à celles de la Fédération Hospitalière de France (FHF) :

- France assos santé

Dans un communiqué de presse publié le 16 juillet France Assos Santé a exprimé sa « plus vive inquiétude » sur les thèmes suivants :

- ✓ Une logique de « responsabilisation » inéquitable et contre-productive
FAS regrette cette vision culpabilisante. Les usagers ne demandent qu'à être acteurs de leur santé, à condition qu'on leur en donne les moyens effectifs : accès à des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire et accès à la prévention et à l'éducation thérapeutique.

- ✓ Doublement des franchises médicales : une mesure injuste et mal ciblée. La franchise s'appliquant sur les soins prescrits pourquoi ne pas aussi pointer la responsabilité des médecins ?
- ✓ Affections de longue durée : et les patients dans tout ça ?
Le traitement des patients en ALD ne peut se résumer à une logique de restriction. N'ont-ils pas besoin aussi d'un accompagnement en matière d'éducation thérapeutique et de prévention des risques de complications qui entraînent des dépenses importantes
- ✓ Arrêts de travail : un non-sens
FAS regrette l'abandon des services de médecine du travail qui n'ont jamais été aussi nécessaires, l'absence de prévention des risques psycho sociaux et d'amélioration des conditions de travail.

En conclusion FAS « **appelle à un changement de cap**. Il n'est plus acceptable de pointer du doigt la soi-disant responsabilité des usagers dans l'augmentation des dépenses de santé. Cette vision culpabilisante et infantilissante des patients n'est pas à la hauteur des enjeux budgétaires et des attentes de la population ».

Pour en savoir davantage sur la position de FAS, on peut se reporter à ses « 21 propositions pour garantir la pérennité du financement de notre système de santé en améliorant sa qualité » publiées en mai après celles du HCAAM sur le redressements des comptes sociaux.

- *La FHF :*

Pour ce qui est de l'hôpital la FHF déclare la communauté hospitalière prête à prendre part à l'effort, identifiant plusieurs leviers : la pertinence des soins, la prévention et les investissements générateurs d'économies.

Elle craint néanmoins une limitation de l'ONDAM à 1,8%, voire 1,5%, une fois déduite la hausse des cotisations à la CNRACL imposée par l'Etat . Ce niveau historiquement bas depuis la création de l'ONDAM il y a 29 ans pourrait entraîner une baisse des tarifs hospitaliers, ce qui serait, pour elle, inacceptable. Pour l'instant elle attend des éclaircissements.

Pour en savoir plus :

Pour en savoir plus sur les modalités pratiques que le gouvernement pense mettre en œuvre, on peut utilement de reporter à l'entretien que Mme Vautrin a accordé au Monde qui l'a publié le 28 juillet. En voici quelques morceaux choisis :

- ✓ Progression des dépenses de l'assurance maladie en 2026 : + 2%. Concernant l'hôpital, cela passe par le développement de l'activité ambulatoire ou encore de l'HAD..
- ✓ Franchises médicales : elles sont déjà doublé en 2024 (consultations, boites de médicament, actes paramédicaux, transports sanitaires). Le plafonds passera de 50 à 100€
Nouveauté : ces franchises devraient payées au comptoir du pharmacien, plutôt que par le fonctionnement actuel, avec un prélèvement ultérieur que l'assuré ne voit pas (objectif : responsabiliser le patient). Les pharmaciens ainsi transformés en collecteurs, sont violemment contre cette mesure.
- ✓ ALD : suppression de l'ALD non exonérante, mise en cause du remboursement à 100% des cures thermales, et des médicaments dont le service médical rendu est faible pour les patients en ALD,
- ✓ Arrêts de maladie : il est question d'allonger le délai de carence de 3 à 7 jours et de faire supporter ce délai supplémentaire par le entreprises. Il est aussi envisagé de limiter tout premier arrêt de travail prescrit en médecine de ville à 15 jours –et à un mois en sortie d'hospitalisation.
- ✓ Prévention : vaccination obligatoire contre la grippe des personnes âgées en EHPAD. Remplissage du DMP par les médecins obligatoire pour lutter contre le « nomadisme médical »,

✓ Non financement des mesures Ségur (revalorisation des soignants pour 13 milliards) : pas de recettes nouvelles par l'impôt, mais par un plus grand nombre de personnes au travail. Il ne s'agit bien sûr que d'intentions qui feront l'objet de débats, qui promettent d'être animés, dans le cadre de la discussion du PLFSS 2026.

7- **Pour rester en forme : 7 000 ou 10 000 pas ?**

Le « Lancet » journal de référence en matière de recherche médicale, a publié le 23 juillet l'étude d'une chercheuse australienne indiquant qu'un objectif de 7 000 pas par jour pourrait constituer « un objectif plus réaliste et atteignable » pour certains que les fameux 10 000 pas par jour, plus connus du grand public, pour réduire de façon significative la mortalité et la survenue de maladies potentiellement graves comme les pathologies cardio-vasculaires, le diabète, ou encore les démences. Selon les dernières données de l'OMS, publiées en 2024, près d'un tiers (31 %) des adultes, soit 1,8 milliard de personnes, sont insuffisamment actifs, ce qui les expose à un risque accru de nombreux problèmes de santé.

9. Publications et bibliographie :

1- « **Le business de la minceur** »

Sous-titre: solution miracle ou danger réel

Catherine André journaliste sur LCI et Julia Azzi spécialiste marketing pour la presse féminine. Editions Plon mars 2025 , 251 pages, 20€.

Qui n'a pas entendu parler, ces derniers mois, de l'Ozempic et du Wegovy du laboratoire danois Novo Nordisk, ou encore du Mounjaro de l'américain Eli Lilly, ces médicaments à base de l'hormone GLP-1, à l'origine des anti-diabétiques, devenus par la suite de véritables médicaments contre l'obésité.

Cet ouvrage analyse la prévalence du surpoids, pour ne pas dire de l'obésité, l'obsession (pour ne pas dire la dictature) de la minceur, les risques d'effets secondaires encore mal connus, les formidables enjeux économiques de ces produits, les conditions de leur mise sur le marché, le rôle des réseaux sociaux et de leurs influenceurs et encore les questions que pose leur prise en charge par l'assurance maladie.

Ce n'est pas un dossier à charge, mais une enquête journalistique particulièrement bien documentée.

2- « **Périodes de vulnérabilité : pas de vacance pour la sécurité** » (HAS)

Depuis 2021, la HAS publie une collection « flash sécurité patient » concernant potentiellement toutes les étapes des parcours et des filières de soins.

En cette période estivale, elle propose (décision du collège du 3 juillet) un nouveau « flash sécurité patient » portant sur la prévention des risques liés aux **périodes de vulnérabilité** (nuits, week-ends, jours fériés, vacances, changements d'équipe) dans nos établissements de santé médico sociaux .

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-07/flash_securite_patient_-_periodes_de_vulnerabilite_pas_de_vacances_pour_la_securite.pdf

Les établissements de santé et la plupart des établissements sociaux et médico-sociaux assurent une continuité de prise en charge des patients 24 h/24.

Il existe cependant des périodes de vulnérabilité (nuits, week-ends, jours fériés, changements d'équipe, vacances) où l'organisation des soins peut être plus tendue, en raison d'une diminution de la vigilance ou des effectifs présents.

Durant ces périodes, la qualité des soins peut se dégrader, entraînant davantage d'erreurs, de complications, de réhospitalisations et de décès.

Ainsi, en 2023, 60 % des événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) déclarés se sont déroulés durant une période de vulnérabilité.

Dans ce flash, la HAS rapporte 3 événements indésirables associés aux soins (EIAS) qui lui ont été déclarés et dont ses experts ont analysé les causes immédiates et les causes profondes

Elle en conclut que pour améliorer la sécurité des prises en charge pendant ces périodes, plusieurs leviers sont activables :

- ✓ *Identifier les situations à risque liées aux périodes de vulnérabilité et mettre en œuvre des temps de coordination adaptés.*
- ✓ *Mieux organiser et gérer les ressources humaines :*
 - maintenir les effectifs et les compétences aux besoins spécifiques des services pendant les périodes sensibles,
 - assurer et diffuser un système de garde et d'astreinte opérationnel avec des consignes précises (qui contacter, quand et pour quelles situations),
 - organiser un accueil structuré pour le personnel non permanent afin de garantir une prise de poste sécurisée.
- ✓ *Développer les compétences et promouvoir les bonnes pratiques professionnelles :*
 - définir des critères d'alerte d'aggravation pour guider les prises de décision et mettre en œuvre des protocoles de surveillance renforcée pour les patients présentant des risques particuliers (post-opératoire, pathologie grave)
 - former régulièrement les équipes à savoir agir, en cas de dégradation de l'état du patient, notamment via des exercices et simulations.
 - encourager les professionnels à demander de l'aide, particulièrement dans les situations inhabituelles ou complexes.
- ✓ *Optimiser la transmission et la continuité des soins :*
 - standardiser les transmissions grâce à un support structuré, pour éviter les pertes d'informations essentielles,
 - renforcer les transmissions orales en face-à-face pour les patients à risque, avec des consignes précises de surveillance et de conduite à tenir.
 - tracer dans le dossier patient les éléments critiques : signes à surveiller, comportements inhabituels, modalités d'alerte en cas de doute.

3- « Les établissements de santé en 2023 » (DREES)

Chaque année, la DREES publie son panorama annuel des établissements de santé. Vient de paraître l'édition 2025 pour l'année 2023 (229 pages).

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-07/Les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20en%202023%20-%20%C3%89dition%202025.pdf>

Cette nouvelle édition détaille, pour l'année 2023, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, les personnels hospitaliers et leur rémunération. Des fiches réalisent des éclairages particuliers sur les grandes disciplines hospitalières, sur des activités spécifiques tels les soins critiques.

Elle reste l'ouvrage de référence incontesté, de l'état de l'hospitalisation (publique et privée) en France.

On peut retenir les éléments suivants issu de la présentation de cet ouvrage :

Données globales :

13,2 millions de patients ont été hospitalisés au moins une fois en 2023. Au 31 décembre de cette même année, la capacité d'accueil était de 369 400 lits d'hospitalisation complète et de 88 500 places d'hospitalisation partielle répartis dans 2 965 hôpitaux et cliniques.

En 2023 , il y a eu :

- ✓ 10,6 millions de séjours d'hospitalisation complète (hors long séjour), de durées variables : de 5,5 jours en moyenne en court séjour, à 30,5 jours en psychiatrie et 33,7 jours en moyen séjour,
- ✓ 19,4 millions de journées d'hospitalisation partielle,
- ✓ 20,8 millions de passages aux urgences,
- ✓ 7,2 millions de journées d'hospitalisation à domicile,
- ✓ 7,7 millions de séances de dialyse,
- ✓ 4,1 millions de séances de radiothérapie,
- ✓ 3,4 millions de séances de chimiothérapie.

La baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients se poursuit :

En 2023, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients se poursuit (-4 500 lits sur un an, soit -1,2 %, après -6 800 lits en 2022 soit -1,8 %).

Cette diminution est moindre que les années précédentes mais reste plus importante qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne de 2013 à 2019).

En revanche, le nombre de places d'hospitalisation partielle continue de progresser (+3 400 places, soit +4,0 %), à un rythme plus soutenu qu'avant la crise sanitaire (+2,5 % par an de 2013 à 2019).

L'activité d'hospitalisation partielle dépasse de 10,4% son niveau de 2019, tandis que l'activité d'hospitalisation complète reste en deçà.

Avec 19,4 millions de journées, l'activité d'hospitalisation partielle (sans nuitée) progresse de 8,6 % en 2023 et dépasse de 10,4 % son niveau antérieur à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19.

En hospitalisation complète, le nombre de séjours augmente de 0,8 % mais reste inférieur de 9,6 % à son niveau d'avant crise. Cette légère augmentation en 2023 s'observe en court séjour (+0,7 % en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), en moyen et long séjour (+3,1 % en soins médicaux et de réadaptation, mais pas en psychiatrie (-0,3 %) ni en soins de longue durée (-0,7 %des journées).

Le nombre de passages aux urgences est de 20,8 millions en 2023, soit 3,4 % de moins que son niveau de 2022

Les effectifs du secteur hospitalier progressent de 2% en 2023

En 2023, le secteur hospitalier emploie 1,39 million de salariés. Les effectifs progressent de 1,9 % dans le secteur public, et de 2,3 % dans le secteur privé.

La progression est de 2,2 % pour le personnel médical et de 1,9 % pour le personnel non médical. Dans le secteur public, les effectifs augmentent de 1,9 % pour le personnel médical comme pour le personnel non médical en 2023.

La progression est plus forte dans le secteur privé : +3,6 % pour le personnel médical et 2,1 % pour le personnel non médical.

4- « Prévention et prise en charge précoce du diabète »

En juillet, la cour des comptes a publié un rapport public thématique sur « la prévention et la prise en charge précoce du diabète (101 pages). Une synthèse est proposée.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-07/20250708-Prevention-et-prise-en-charge-precoce-du-diabete.pdf>

La cour aborde les principaux thèmes suivants :

- ✓ Une maladie en hausse, en lien avec l'augmentation de l'obésité et le vieillissement de la population, et socialement inégalitaire,
- ✓ Une croissance des dépenses sans amélioration de la qualité de la prise en charge
- ✓ Un manque de détection précoce qui nuit à la prise en charge
- ✓ Les modifications thérapeutiques de mode de vie, premier traitement du diabète
- ✓ La nécessité de repenser le cadre économique de la prise en charge du diabète
- ✓ Une action essentielle à mener sur les déterminants de santé

Elle propose 6 recommandations :

- ✓ Introduire pour le diabète de type 2 deux niveaux de reconnaissance en ALD selon le niveau de sévérité et de complication,
- ✓ Proposer dès le diagnostic de diabète de type 2 un parcours de soins incluant éducation thérapeutique du patient, intervention nutritionnelle et activité physique adaptée,
- ✓ Développer toutes les modalités d'éducation thérapeutique du patient, sans se limiter aux programmes actuels définis par arrêté,
- ✓ Procéder à un recensement de l'offre des différentes formes d'éducation thérapeutique pour vérifier son adéquation aux besoins des patients,
- ✓ Élargir le périmètre des programmes audiovisuels (télévision et réseaux sociaux) soumis à l'interdiction de publicité des produits gras, sucrés ou salés, équivalents au NutriScore D et E,
- ✓ Evaluer les effets sur la consommation et la composition des produits de l'augmentation de la taxe sur les boissons sucrées et inciter les industriels à réduire les sucres ajoutés dans l'ensemble de leurs produits alimentaires

5- « L'offre de soins de demain » projet stratégique de la DGOS

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé vient de publier son projet stratégique 2025-2027 sous le titre « l'offre de soins de demain » (30 pages).

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_strategique_dgos_02-06.pdf

En avril dernier la DGOS, sous la direction de Marie Daudé , comptait 245 agents ce qui peut sembler modeste si l'on oublie le démembrement de cette direction au fil des années par la création des agences :ANAP, CNG, ATIH, ANDPC...

Elle a été réorganisée en 2024 en 6 sous-directions, elles -mêmes déclinées en 20 bureaux et 4 missions.

Elle revendique 3 valeurs : dialogue, engagement, anticipation.

Agrément de nombreuses photos , ce projet stratégique s'articule autour de 4 axes, déclinés en objectifs et en actions (ou plutôt en intentions) .

Axe1 : garantir l'accès aux soins grâce à la construction de parcours de soins et un accès au bon professionnel sur tous les territoires

- ✓ Garantir un système accessible et adapté aux besoins des territoires
- ✓ Mieux répartir le temps des soignants pour répondre aux besoins des patients
- ✓ Encourager le développement des filières

Axe 2 :accompagner la pérennité du système de santé en assurant sa soutenabilité

- ✓ Anticiper les capacités de formation et fidéliser les soignants
- ✓ Garantir un financement lisible et adapté aux enjeux d'évolution de l'offre de soins
- ✓ Piloter et animer la planification écologique du système de santé

Axe 3 : assurer la qualité des soins en développant l'innovation et la pertinence des pratiques des professionnels de santé

- ✓ Soutenir la recherche et favoriser l'innovation
- ✓ Assurer la qualité, la sécurité et la pertinence des soins
- ✓ Accompagner et réguler les opportunités offertes par le numérique
- ✓ Adapter et renforcer la formation initiale et la formation continue pour maintenir un haut niveau de prise en charge

Axe 4 : améliorer les modes de travail de la DGOS pour mieux ensemble

- ✓ Renforcer les liens de la DGOS avec son écosystème au service des patients
- ✓ Renforcer l'attractivité et la qualité de vie au travail
- ✓ Sécuriser les procédures internes.

10. Agenda d'aout :

- Rien à signaler

Au-delà d'aout: les dates à retenir :

- **22 septembre** : webinaire nouvelle certification des établissements de santé.
La HAS et France Assos Santé organisent le lundi 22 septembre un webinaire sur la nouvelle certification des établissements de santé de 14h30 à 16h
Préprogramme :
 - ✓ bilan du cycle de certification qui s'achève (2020-2024),
 - ✓ témoignages de représentants des usagers siégeant dans un établissement de santé récemment visité dans le cadre de la certification,
 - ✓ présentation de la nouvelle certification (6ème cycle),
 - ✓ échanges avec les participants pour partager des informations, valoriser les bonnes pratiques et outiller les RU dans le système de santé.Inscription, programme et lien de connexion à venir.
- **24 septembre** : « horizon santé 360 »
Le 24 septembre, en partenariat avec le groupe La Poste, le PGI organise à Besançon (17h30 – 19h30) une rencontre sur le thème « IA données et parcours territoriaux de santé » quels leviers de transformation et d'innovation en BFC ?)
Programme détaillé début juillet
- ***7 octobre** : Forum urbanisme et des aménagements en faveur de la santé
L'ARS BFC et la Région Bourgogne-Franche-Comté, en partenariat avec l'AUDAB (Agence d'urbanisme Besançon) centre Franche-Comté, une rencontre régionale autour de l'urbanisme et des aménagements en faveur de la santé, qui se tiendra le 7 octobre 2025 à Dijon sur toute la journée.
Inscription :
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdm-VKCOJ1dYJhnVvOK38gILhGCjZ1-NYRgiLIF1Ovmm0gCDw/viewform>
- **9 octobre** : certification et partenariat avec le patient
Le 9 octobre le Réqua organise de 9h à 17h à talant une journée régionale sur le thème
Certification et partenariat avec le patient
Inscription (nombre de places limité)

- **14 octobre** : CRSA assemblée plénière à Auxerre. Thème principal : la santé mentale

- **14 octobre** : PGI BFC - 4^e édition du colloque « Opportunité séniors »
Le PGI, ambassadeur régional de la French Care, et l'AER Bourgogne-Franche-Comté, organisent le 14 octobre de 9h à 16h30 au Conseil régional 17 Bd de la Trémouille
la 4^e édition du colloque Opportunités Seniors,
Evènement régional de la silver économie pour retrouver des intervenants variés autour de plusieurs temps forts : partage de connaissances, valorisations d'initiatives régionales et réseautage
Le programme et le lien d'inscription parviendront ultérieurement.

- **14 octobre** : AFTC colloque régional
Le 14 octobre, l'association des familles des traumatisés crâniens (AFTC) de BFC organise un colloque régional à La Commanderie de Dole, de 9h00 à 16h00, sur le thème :
le handicap invisible comprendre et agir face aux troubles cognitifs
Cet événement sera un temps fort de sensibilisation et d'information, à destination des professionnels, des familles et du grand public, autour des enjeux liés au handicap cognitif. Témoignages, intervention de professionnels, table ronde sur l'inclusion et l'autonomie
Inscription gratuite :
Contact 03 81 88 98 60 contact@aftc-bfc.fr

- **17 – 19 octobre** : Hacking Health
La 9^e édition du Hacking Health se tiendra du 17 au 19 octobre à Besançon

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