



La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 86 – Octobre 2025

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Se donner un cap :

Les gouvernements changent ; les problèmes restent les mêmes. Des déserts médicaux, à la crise de l'hôpital, en passant par la psychiatrie, grande cause nationale 2025, mais en grande difficulté, les 5,5 milliards d'économie à trouver sur les dépenses de l'assurance maladie, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026, voire même la reprise du parcours parlementaire de la loi sur l'accompagnement de la fin de vie, dont on ne parle plus depuis longtemps, les dossiers s'accumulent sur le bureau du futur ministre de la santé.

L'heure des choix :

Le PLFSS et les 5,5 milliards à trouver seront prioritaires et feront la une de l'actualité des prochains mois.

Ce sera l'heure des choix : faut-il augmenter les ressources (on ne sait pas comment), baisser les dépenses (on a bien des idées), ou encore réviser l'offre de soins à hauteur des moyens disponibles (ce serait à craindre)?

C'est d'autant moins simple que le contexte actuel d'incertitude politique risque encore une fois, d'escamoter le débat démocratique.

Un catalogue de mesures :

Les mesures annoncées par l'ancien 1^{er} ministre lors de son intervention médiatique du 15 juillet et maintes fois reprises et commentées par Mme Vautrin, pour trouver les 5,5 milliards annoncés, d'économie sur les dépenses de santé, sont nombreuses, mais peu originales. Depuis le 15 juillet la liste s'est même allongée, on trouve pèle mèle :

- ✓ le doublement des franchises restant à la charge des patients (non prises en charge par les mutuelles), sur les boîtes de médicaments (de 1 à 2€) et les consultations (de 2 à 4 €), qui avaient déjà doublé en 2024, devrait rapporter 2 milliards d'euros d'économie. Leurs plafonds, épargnés en 2024, devraient aussi doubler, chacun passant de 50 à 100€ par an, pour rapporter 700 millions d'euros.
- ✓ un coup de rabot sur les dépenses prises en charge à 100% par la sécurité sociale pour les personnes en ALD (13 millions) : contrôle des prescriptions, sortie anticipée de ce régime...
- ✓ la diminution du remboursement (ce qui équivaut à l'augmentation du ticket modérateur) de médicaments à effets thérapeutiques limités et des cures thermales impliquant un report sur les mutuelles, et in fine, sur leurs adhérents (la boucle est bouclée),
- ✓ un « encadrement » plus rigoureux des arrêts de travail et des indemnités journalières,

- ✓ une nouvelle taxe de 1 milliard sur les mutuelles, en échange de l'abandon de l'aggravation de certains tickets modérateurs ; elles ne manqueraient pas de la répercuter sur la cotisation de leurs adhérents,
- ✓ la lutte contre la fraude sociale, que l'on ne peut qu'approuver,
- ✓ sans oublier l'« aménagement » de l'AME pour des raisons, certes économiques, mais surtout idéologiques,
- ✓ et in fine la limitation de l'Ondam 2026 à +2%, c'est dire à un niveau bien inférieur aux années précédentes.

Ces mesures (on ne parle plus des 2 jours fériés), ne manqueront pas de pénaliser en priorité le plus vulnérables et les plus précaires et d'aggraver encore les inégalités d'accès aux soins, sans parler de leurs effets délétères sur le niveau de santé de la population.

Il existe pourtant d'autres sources d'économies possibles comme le prix des médicaments, leur gaspillage, ou en encore certaines charges de fonctionnement et de structure. Il est vrai que leur mise en œuvre serait plus complexe et donc plus longue.

Coupables ?

Pour justifier ces mesures, leurs promoteurs, reprennent en cœur une nouvelle antienne : « il faut responsabiliser les français ».

Seraient-ils donc irresponsables pour ne pas dire coupables ? Faut-il faire payer le patient parce qu'il consomme trop de soins ? Quelle faute commet-il ?

Mais ces soins étant prescrits, les prescripteurs partageraient-ils cette responsabilité et seraient complices, et pour quelles raisons ?

Non, ni les patients ni les prescripteurs, dans leur plus grande majorité, ne sont coupables d'abus : ils sont plutôt responsables.

Une tentative de passage en force

Voulant certainement échapper à un débat parlementaire difficile, l'ancien gouvernement avait opté pour la voie réglementaire.

Il avait donc préparé 3 projets de décrets concernant les franchises médicales, qu'il a soumis pour avis au conseil d'administration de la CNAM pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2026, qui les a rejetés le 4 septembre (21 votes contre, 12 pour).

Depuis sa chute le gouvernement démissionnaire n'a pas publié ces décrets car le doublement des franchises ne relève pas des « affaires courantes ».

Il en a été de même pour l'AME.

La tentative de passage en force a donc échoué.

Dans le flou :

A ce jour (30 septembre) nous n'avons toujours pas de nouveau ministre de la santé (ce sera le 8^e depuis 2022). Nous avons bien, depuis le 9 septembre, un nouveau 1^{er} ministre (le 7^e depuis 2017), mais il consulte et ne révèle rien de ces intentions. Pas même dans son interview accordée au Parisien le 26 septembre, sinon l'annonce d'une « *meilleure maîtrise des dépenses sociales* », ainsi qu'un « *projet de loi ambitieux de lutte contre les fraudes sociales et fiscales* ». Il nous faut donc encore rester dans le flou et s'attendre à revivre le même scénario qu'à fin 2024.

Fixer un cap :

La santé devient une variable d'ajustement de la dépense publique. Toutes les mesures proposées s'apparentent à des mesures fiscales déguisées et présentent un caractère conjoncturel visant davantage à contribuer, à la nécessaire réduction de la dette publique, qu'à améliorer la santé des Français.

On peut aussi y voir la poursuite du « détricotage » déjà engagé depuis plusieurs années, des principes fondateurs de l'assurance maladie.

Entre un déficit de l'assurance-maladie qui se creuse (16 milliards d'euros attendus en 2025 et près de 20 milliards en vue pour 2029), le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre des malades chroniques, les progrès médicaux et leurs coûts... c'est bien le modèle de financement de la Sécurité sociale, qui fête ses 80 ans cette année, qui est en jeu.

La « vieille dame » a, plus que jamais, besoin d'une cure jouvence qui ne peut s'accommoder du court terme.

Les citoyens, les professionnels et les établissements de santé ont besoin d'une vision à long terme qu'ils réclament depuis longtemps déjà, sans être entendus. Ils pourraient bien tenter une nouvelle fois de se faire entendre (le 4 octobre ?)

A défaut d'un « big bang », cette vision à long terme pourrait prendre l'aspect d'une loi de programmation des finances publiques (LPFP) pluriannuelle (5 ans) qu'autorise la constitution, pour fixer un cap.

On le fait bien pour la défense nationale, pourquoi la santé ne pourrait-elle en bénéficier ?

1. Le dossier du mois : les maladies neuro-dégénératives - stratégie

Qui ne connaît dans son entourage une personne atteinte d'une maladie neuro dégénérative non rare : maladie de Parkinson, sclérose en plaques (SEP), maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ? Qui ne craint pour ses proches comme pour lui-même d'être un jour confronté à l'une de ces maladies ? Après le cancer, ces maladies sont les 2° à faire peur aux Français.

Aujourd'hui en France, près de 1,6 million de personnes vivent avec une MND. Bien qu'elles touchent principalement les seniors, on compte également plusieurs dizaines de milliers de jeunes malades.

D'ici 2050, un doublement du nombre de personnes atteintes d'une MND est attendu.

De tels enjeux justifient que nous fassions des MND le dossier de ce mois.

Nous profitons de la publication, le 4 septembre, d'un discret communiqué de presse du ministère (avec la photo de 4 ministres), consacré à « la stratégie nationale Maladies Neurodégénératives 2025-2030. » (48 pages), pour aborder le sujet.

https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2025-09/DP_Strate%CC%81gie_nationale_Maladies_Neurode%CC%81ge%CC%81ne%CC%81ratives_2025_2030.pdf

Les MND : quelles sont-elles ?

Les MND regroupent un ensemble de pathologies qui se caractérisent par la destruction progressive des neurones, entraînant une perte irréversible des fonctions cognitives (mémoire, langage, raisonnement), motrices (mouvements, équilibre, gestes du quotidien) et comportementales.

Elles sont variées

- ✓ Maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy (MCL), dégénérescences lobaires fronto-temporales (DFTL) et autres maladies neurocognitives :
1,4 million de personnes concernées, 225 000 nouveaux cas par an
- ✓ Maladie de Parkinson :
300 000 personnes concernées, 26 000 nouveaux cas par an, âge moyen du diagnostic : 70 ans, doublement attendu d'ici 2050.
- ✓ Sclérose en plaque (SEP) :
140 000 personnes concernées, 6 000 nouveaux cas par an, diagnostic entre 25 et 35 ans
- ✓ Maladies rares (SLA ou « maladie de Charcot », maladie de Huntington ...) :
plusieurs milliers de patients, apparition parfois à un âge précoce, évolution souvent rapide et sévère.

Le contexte :

✓ *Des moyens existants mais des besoins grandissants :*

On ne part pas de zéro : depuis plus de 15 ans, la France s'est engagée contre les MND. Les plans Alzheimer successifs (2001–2005, 2008–2012) puis la première stratégie nationale MND (2014–2019) et la feuille de route 2021-2022 ont permis des avancées décisives : consultations mémoires, accueil de jour, PASA, soutiens financiers aux aidants. Mais la réalité demeure : le nombre de personnes concernées croît rapidement, les besoins augmentent et les solutions restent insuffisamment connues ou adaptées.

✓ *Une vague démographique inédite :*

Les MND augmentent avec l'âge. En 2030, 1 Français sur 3 aura plus de 60 ans, et en 2050, la population de plus de 85 ans aura doublé, atteignant près de 5 millions de personnes.

Les enjeux :

✓ *L'impact humain :*

Il est triple : perte progressive d'autonomie, isolement social, impact psychologique pour le malade mais aussi pour les proches.

✓ *L'impact pour la société :*

C'est l'ensemble du système de santé et de protection sociale qui est impacté :

- coûts économiques et sociaux : soins, hospitalisations, adaptation du logement, perte de productivité. En 2022, l'Assurance maladie a dépensé plus de 5 milliards d'euros pour prendre en charge les personnes atteintes de MND,
- prise en charge dans les établissements : EHPAD et hôpitaux gèrent des cas de plus en plus complexes et nombreux,
- inégalités territoriales : certains territoires offrent un parcours de soins complet, d'autres nécessitent d'être renforcés dans leur offre de prise en charge pour ne pas laisser les personnes sans solution.

✓ *Les aidants en première ligne :*

On estime à plus de 10 millions le nombre d'aidants mobilisés en France, dont plus de 2,5 millions d'aidants de personnes atteintes de MND.

1/3 des aidants de personnes atteintes de MND déclarent délaisser leur propre santé et 20 % réduisent leur activité professionnelle.

La stratégie nationale 2025- 2030:

Cette stratégie se décline en 6 axes et 37 mesures (précédées ci-après de leur numéro) que nous choisissons de rapporter le plus largement possible en raison des enjeux.

Axe 1 : Informer et changer le regard

- ✓ 1 Mener une campagne de communication grand public,
- ✓ 2 Renforcer la prise en compte de l'éthique dans la prise en charge et l'accompagnement,
- ✓ 3 sensibiliser et former les agents publics et adapter l'espace public,
- ✓ 4 mieux informer sur les recommandations du cadre de la conduite de automobile, si par le passé, une personne diagnostiquée était automatiquement soumise à une interdiction de conduire (théoriquement), un cadre nouveau permettant une appréciation de la conduite doit être diffusé.
- ✓ 5 actualisation des connaissances épidémiologiques des MND.

Axe 2 : Prévenir et repérer plus tôt

- ✓ 6 mettre en place une prévention tout au long de la vie

Les MND feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la toute nouvelle conférence nationale de l'autonomie (CNA), dédié à la prévention de la perte d'autonomie.

Le développement du programme ICOPE (Integrated Care for Older People) sera poursuivi (2 millions de personnes d'ici 2027)

- ✓ 7 former les personnels des services à domicile (SAD)

Objectif : pour repérer plus tôt et mieux accompagner les aggravations, former 30% (soit 170 000) des personnels des SAD d'ici 2030,

- ✓ 8 renforcer le repérage et le diagnostic précoce des MND

Renforcer les 570 lieux de consultations mémoires labellisées, par le recrutement d'infirmiers et de neuropsychologues pour réduire les délais d'accès et améliorer l'orientation des patients, (dans un CHU de la région il faut 1 an pour avoir un rendez-vous en neurologie),

- ✓ 9 simplifier l'orientation et l'accès aux droits des personnes

Le service public départemental de l'autonomie (SPDA - créé en 2024) doit permettre de promouvoir et développer les actions visant l'accompagnement des patients MND notamment via les conférences territoriales de l'autonomie (CTA) et de déployer « l'aller-vers » pour inclure autant que possible les personnes au sein du dispositif ICOPE.

Axe 3 : Améliorer la prise en charge et soutenir les aidants

- ✓ 10 prendre en charge et accompagner les personnes jeunes atteintes de MND

Une expérimentation d'équipes mobiles hospitalières dédiées afin de prendre en charge les troubles du comportement des patients jeunes à domicile.

La création de structures dédiées à la prise en charge (et l'hébergement cas échéant) des personnes jeunes atteintes de MND.

- ✓ 11 renforcer la formation des professionnels de santé

Evaluer la formation actuelle et déployer une formation coordonnée de l'ensemble des étudiants en santé autour des MND par des modalités pédagogiques innovantes,

- ✓ 12 faciliter l'accès aux soins somatiques courants

Sensibiliser les professionnels des soins somatiques courants sur les MND par la formation continue, via l'ANFH et l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC).

La mobilisation des centres experts permettra la production d'informations adaptées dans l'objectif de fluidifier les parcours de soins et d'accompagnement et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de MND.

- ✓ 13 favoriser la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et l'observance des traitements

Par la publication du cadre de la préparation des doses à administrer (PDA) permettant, sur la base des bonnes pratiques, des délivrances adaptées des médicaments pour les personnes concernées par des difficultés à suivre les plans de prises de médicaments ou pouvant souffrir d'une mauvaise observance,

- ✓ 14 favoriser l'intervention des professionnels de santé dans les parcours de soins

Elaborer, développer et promouvoir des protocoles locaux de coopération et intégrer la SEP dans la mention des infirmiers de pratiques avancées (IPA) patients chroniques stabilisés (PCS)

- ✓ 15 poursuivre l'éducation thérapeutique

Proposer des parcours éducatifs adaptés à l'évolution de la maladie.

- ✓ 16 déployer les interventions non médicamenteuses (INM)

Telles que l'activité physique adaptée (APA), la stimulation cognitive, des programmes de nutrition... à travers une expérimentation locale en lien avec les travaux déjà engagés par les associations et les professionnels.

- ✓ 17 promouvoir l'activité physique en général et développer l'APA

Favoriser l'accès du plus grand nombre aux offres existantes tout en développant une offre adaptée. Ces travaux s'articuleront avec la nouvelle « stratégie nationale sport santé » lancée par le gouvernement et les travaux de la conférence nationale de l'autonomie (CNA)

- ✓ 18 renforcer la prise en charge de la santé mentale
Accroître la présence de psychologues au sein des SAD . En lien avec la Grande Cause Nationale Santé mentale 2025, les SSIAD se verront renforcés de 100 psychologues en 2025 et de 1 100 d'ici 2034.
- ✓ 19 soutenir les aidants et améliorer leur formation
Favoriser le développement des plateformes de répit, de dispositifs de formation et le relayage de longue durée avec une plateforme dans chaque département d'ici 2027.
Les plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) sont des lieux d'écoute des aidants qui permettent d'orienter vers des solutions de répit. La compréhension des troubles moteurs, non moteurs physiques (douleurs, sommeil, etc.), des troubles neurocognitifs et les troubles psycho-comportementaux permettra également un meilleur accompagnement pour tous.

Axe 4 : renforcer l'accompagnement à domicile

- ✓ 20 Doubler la capacité de prise en charge des équipes spécialisées et les élargir à toutes les MND pour permettre des interventions précoces à domicile. Les équipes spécialisées Alzheimer (ESA) seront élargies en équipes spécialisées MND (ESMND) et leur nombre doublé d'ici 2030.
- ✓ 21 développer et faciliter l'accès aux accueils de jour
Les accueils de jour sont des acteurs du maintien à domicile encore trop peu identifiés et mobilisés pour les personnes atteintes de MND
- ✓ 22 renforcer la prise en charge en HAD
Cela implique un renforcement de l'HAD, le développement de la formation continue et la révision de la dégressivité tarifaire pour les MND en lien avec la feuille de route HAD 2021-2026,
- ✓ 23 sécuriser le retour à domicile après hospitalisation
Déployer l'hébergement temporaire de sortie d'hospitalisation (HTSH). Le caractère délétère des passages aux urgences et des hospitalisations étant avéré, l'objectif est donc de limiter au maximum la durée de séjour hospitalier des personnes atteintes de MND.
- ✓ 24 renforcer l'accompagnement à domicile
Réviser le cahier des charges des centres de ressources territoriaux (CRT) , la poursuite du déploiement des 500 CRT à horizon 2028 et le doublement du nombre de place en volet 2 d'ici 2030,
- ✓ 25 faciliter l'accueil en habitat partagé des personnes avec des troubles cognitifs, psycho comportementaux et moteur
L'habitat partagé, forme d'habitat qui permet à des personnes fragiles de vivre de manière indépendante chez elles, mais sans être isolées, comprend notamment l'habitat inclusif, les colocations Alzheimer et les résidences autonomie. Ces habitats sont une alternative à l'EHPAD et au domicile traditionnel.

Axe 5 : répondre aux besoins complexes en établissements

- ✓ 26 Poursuivre la « transformation domiciliaire » de tous les EHPAD rénovés ou construits pour en faire des lieux de vie et d'accompagnement adaptés à la prise en charge des MND. Ces établissements doivent pouvoir accueillir de manière adaptée les personnes atteintes de troubles moteurs, de troubles non moteurs physiques et de troubles neurocognitifs.
- ✓ 27 renforcer la formation continue en EHPAD
L'objectif est de former environ 100 000 professionnels.

- ✓ 28 organiser des centres experts et des filières MND
Ils associeront la ville, les établissements de santé, le secteur du médico-social et seront soutenus par un professionnel formé afin de permettre une prise en charge graduée et de proximité pour les personnes atteintes de MND, notamment lorsqu'elles sont éloignées des centres experts.
- ✓ 29 renforcer le maillage national des unités cognitivo-comportementales (UCC)
Créer de nouvelles UCC dans les territoires non-pourvus et mieux les inscrire dans les parcours de soins et d'accompagnement à travers un nouveau cahier des charges et déployer un poste d'appui afin d'apporter une première réponse aux personnes, aidants et professionnels, en cas de troubles psycho-comportementaux y compris au domicile.
- ✓ 30 généralisation des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) dans les EHPAD
- ✓ 31 améliorer l'anticipation des besoins de soins palliatifs et la prise en charge de la fin de vie des personnes avec MND
Adapter la prise en charge palliative à la spécificité de ces pathologies (continuité des traitements dopaminergiques nécessaire, troubles non moteurs physiques, troubles associés de la communication, troubles psycho-comportementaux...).

Axe 6 : Stimuler la recherche et l'innovation

- ✓ 32 évaluer et relancer les centres d'excellence MND
- ✓ 33 consolider la banque nationale Alzheimer (BNA)
En faire un entrepôt national de données de référence et un outil de surveillance de la maladie d'Alzheimer et des maladies neurocognitives,
- ✓ 34 renforcer la recherche sur les MND grâce à la donnée
Étendre le catalogue du système national des données de santé (SNDS) à l'ensemble des MND,
- ✓ 35 poursuivre le soutien à la recherche et lancer un programme prioritaire de recherche (PEPR)
Accélérer la recherche préclinique et clinique dans le domaine des MND,
- ✓ 36 s'engager dans un partenariat européen de recherche sur le cerveau
Ce partenariat est inclus dans le 2e plan stratégique d'« Horizon Europe » : BrainHealth
- ✓ 37 mettre en place une cellule de veille des innovations
Les médicaments et outils de diagnostics seront nombreux et supposeront des débats éthiques et des évolutions de la stratégie nationale.

Les mesures phares :

Cette stratégie met en lumière les 8 mesures phares suivantes :

- ✓ Les équipes mobiles hospitalières pouvant se déplacer à domicile,
- ✓ La structuration de filières MND,
- ✓ La formation des professionnels de santé et du médico-social,
- ✓ Un programme prioritaire de recherche (PEPR),
- ✓ La transformation des ESA en ESMND et le doublement de leur nombre (+ 500 équipes),
- ✓ Un PASA dans tous les EHPAD,
- ✓ Une unité cognitivo-comportementale (UCC) dans tous les départements,
- ✓ Augmentation du nombre des plateformes d'accompagnement et de répit.

Une nouvelle gouvernance :

Cette stratégie sera associée à la mise en place d'une nouvelle gouvernance qui ne comprendra pas moins de 3 instances :

- ✓ Un comité stratégique présidé par les ministres concernés qui assurera le pilotage stratégique du plan et se réunira tous les semestres avec l'ensemble des parties prenantes.

- ✓ Un comité veille qui suivra les différentes innovations (immunothérapies, diagnostic par les biomarqueurs, ...), qui viendront ponctuer la période de la stratégie, et fera le point des conséquences sur l'offre de soins et sur les patients eux-mêmes.
- ✓ Un comité de suivi technique regroupant diverses administrations (DGCS, DGS, DGOS..., se réunira tous les semestres pour suivre l'avancée de la stratégie.

On ne peut que se féliciter de cette nouvelle stratégie : attendue depuis des mois, elle donne une feuille de route pour les 5 prochaines années...sans pour autant afficher les mêmes ambitions que le plan Alzheimer lancé sous la présidence du Président Sarkozy entre 2008 et 2012. Doté à l'époque d'un budget de plus d'1 milliard d'euros, il avait permis un certain nombre d'améliorations, notamment l'augmentation du nombre des « consultations mémoires dédiées au diagnostic ».

Quels progrès ?

Certes il n'existe pas de traitements curatifs des MND mais des progrès importants ont été faits depuis 20 ans.

Ainsi pour la SEP, le nombre des traitements est passé de 1 en 2 000 à 13 en 2024.

Pour les maladies d'Alzheimer et de Parkinson des traitements visant à ralentir leur évolution sont en cours d'essais cliniques.

Maladie d'Alzheimer : le refus de l'HAS

Mais il faut compter avec les pesanteurs administratives françaises. Ainsi, le 9 septembre, la HAS s'est -elle prononcée contre une procédure d'accès précoce pour le Leqembi, un médicament anti-Alzheimer développé par l'américain Biogen et le japonais Eisai, qui suscite d'importantes attentes, mais qui est loin de faire l'unanimité quant à son intérêt clinique.

Pourtant, après avoir refusé son autorisation au Leqembi, l'Union européenne l'a accordée en avril, en restreignant l'usage aux patients les moins à risque et uniquement en début de maladie d'Alzheimer.

Ce refus de la HAS est une vraie déception pour les malades et les aidants.

La prévention :

On sait aujourd'hui que la maladie d'Alzheimer n'apparaît pas subitement avec l'âge, mais qu'elle évolue en silence pendant des années avant la manifestation des premiers symptômes. D'où l'importance d'agir le plus précocement possible pour préserver le cerveau et retarder l'apparition de la maladie.

D'après une étude publiée par la revue Lancet, en 2024, une prévention ciblée pourrait réduire jusqu'à 45 % le risque de développer une démence. L'étude identifie une quinzaine de facteurs de risque de la maladie, qui sont autant de leviers pour agir en amont : faible niveau d'éducation, perte d'audition, baisse de la vision non traitée, hypertension, tabagisme, obésité, dépression, sédentarité, diabète, consommation excessive d'alcool, taux élevé de LDL-cholestérol dès l'âge de 40 ans, traumatisme crânien, pollution atmosphérique et isolement social.

Les associations :

Les MND comptent parmi celles qui sont soutenues par le plus grands nombre d'associations présentant un maillage territorial très dense. On peut citer :

- ✓ *France sclérose en plaques :*
50 ans d'existence, 95 000 donateurs, plus de 900 projets financés, plus de 30M€ pour la recherche
- ✓ *France Parkinson*
Dispose d'un comité dans chaque département

✓ *France Alzheimer et maladies apparentées :*

France Alzheimer fête cette année ses 40 ans. Son réseau fédère 102 associations départementales regroupant 2 200 bénévoles et 500 professionnels qui soutiennent 200 000 personnes.

La première mission de l'association est d'accompagner les patients et aidants au quotidien, par: des ateliers de mobilisation cognitive, des séances de relaxation, d'activité physique adaptée, de musicothérapie, de zoothérapie, des groupes de parole, des sorties, des séjours vacances et de répit pour l'aidant et la personne malade, à prix modérés. Des formations sont aussi proposées, tant pour les professionnels de santé que pour les bénévoles et les aidants.

Mais aussi, elle soutient et finance la recherche, informe l'opinion publique et sensibilise les pouvoirs publics sur la maladie.

✓ *Fondation Médéric Alzheimer*

Créée en 1999, à l'initiative du groupe de protection sociale Médéric, devenu Malakoff Humanis

Au plan local certaines associations (Alzheimer et Parkinson) sont très actives à soutenir patients et aidants. Elles bénéficient du soutien financier de leurs fédérations nationales, de dons de particuliers et d'entreprises, d'aides matérielles de collectivités territoriales, et de l'action de leurs nombreux bénévoles de proximité, mais rarement de subventions publiques (FIR...) alors qu'elles assurent une véritable mission de service public.

2. les protocoles d coopération entre professionnels de santé

La coopération entre professionnels de santé contribue à élargir l'offre des soins, à réduire les délais d'accès à une prise en charge et donc à améliorer les parcours de santé des patients.

Base juridique :

Le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé, n'est pas récent : il a été initié par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » (HPST) du 21 juillet 2009, complété et simplifié par la loi « relative à l'organisation et à la transformation du système de santé » (OTSS) du 24 juillet 2019.

Ces dispositions législatives sont intégrées dans le code de la santé publique (CSP) sous les articles L 4011-1 à 5.

Outre les dispositions communes (art L 4011-1 et 2), ils distinguent les protocoles nationaux (art. L 4011-3), les protocoles expérimentaux locaux (art L4011-4 à 4011- 4-8, et les dispositions applicables au service de santé des armées (art L 4011-5).

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155053/#LEGISCTA000048702142

Les principes :

Retenons les principes de base suivants :

Un système dérogatoire à l'initiative des professionnels :

« Par dérogation [aux règles générales] les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient ».

La préservation de la qualité et de la sécurité :

« Les protocoles de coopération précisent les formations nécessaires à leur mise en œuvre. »

« [Ils] sont rédigés par les professionnels de santé. Un décret [...] définit les exigences essentielles de qualité et de sécurité [...]. Les protocoles précisent les dispositions d'organisation spécifiques auxquelles est subordonnée leur mise en œuvre ».

L'information du patient :

« Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération. »

1- Les protocoles expérimentaux locaux de coopération (articles L 4011-4 à 4011-4-8) :

✓ *Quels professionnels peuvent établir un protocole de coopération ?*

Peuvent établir un protocole local de coopération les professionnels exerçant :

En établissement de santé (ES) :

« Des professionnels de santé exerçant en établissement de santé public ou privé ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération, sur décision du directeur de l'établissement et, dans les établissements publics de santé, après avis conforme de la commission médicale d'établissement (CME) ou, le cas échéant, de la commission médicale de groupement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Dans les établissements de santé privés, l'avis conforme est rendu par la commission ou conférence médicale.

« Ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'établissement ou du GHT promoteur.

Le directeur de l'établissement déclare la mise en œuvre de ces protocoles au DG de l'ARS. Celui-ci transmet ces protocoles pour information à la HAS, ainsi qu'au comité national des coopérations interprofessionnelles ».

En équipes de soins primaires (ESP) ou CPTS :

« Des professionnels de santé exerçant au sein d'une EPS ou d'une CPTS, signataires d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) avec les organismes d'assurance maladie, peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération après les avoir intégrés dans leur projet de santé ».

« Ces protocoles ne sont valables qu'au sein de l'équipe de soins ou de la CPTS qui en est à l'initiative ».

Pour mémoire :

« Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé, constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours [...] sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé ».

« La CPTS est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, [...] et d'acteurs médico-sociaux et sociaux, dont des professionnels de la santé scolaire, ainsi que de services de prévention et de santé au travail, concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé ».

En services et établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) :

« Des professionnels de santé exerçant au sein de services ou d'établissements médico-sociaux publics ou privés peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision du directeur de l'établissement et, dans les établissements mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, sur avis conforme de la commission de coordination gériatrique ».

En ES, ESP, CPTS, ESMS :

« Des professionnels exerçant dans un même établissement public ou privé de santé ou dans plusieurs établissements différents au sein d'un même GHT, au sein d'une équipe de soins ou d'une CPTS ...] ou au sein d'un établissement médico-social public ou privé peuvent, à leur initiative, élaborer et mettre en œuvre des protocoles locaux de coopération sur décision, pour chacune des parties aux protocoles, des entités décisionnaires.

✓ *Comment élaborer un protocole local ?*

Pour élaborer un protocole local il convient de s'assurer de sa conformité à chacun des 16 critères énumérés par une checklist, de se référer au modèle de protocole local.

Pour le mettre en œuvre il faut en faire la déclaration sur la plateforme « démarches-simplifiées » à partir du formulaire et télécharger le protocole local et les autorisations de la structure ainsi que les pièces nominatives demandées.

Une fois la déclaration dûment renseignée, le protocole peut débiter.

Un questionnaire en ligne est envoyé une fois par an pour recueillir les indicateurs de suivis du protocole de coopération.

✓ *Protocole local spécifique PUI :*

Il est permis aux pharmacies à usage intérieur (PUI), « pour des pathologies dont la liste est fixée par arrêté, de renouveler les prescriptions des patients pris en charge par l'établissement et de les adapter, dans le respect d'un protocole ».

Un arrêté du 21 février 2023 fixe cette liste.

Intitulé du protocole type : « renouvellement et adaptation de prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein de la pharmacie à usage intérieur de [nom de l'établissement de santé ou médico-social] en coopération avec les médecins de l'établissement [précision éventuelle du/des services ou périmètre spécifique] ».

2- Les protocoles nationaux (art L 4011-3 CSP)

✓ *La stratégie et la promotion :*

« Un comité national des coopérations interprofessionnelles (CNCI) est chargé de la stratégie, de la promotion et du déploiement des coopérations interprofessionnelles.

Il propose la liste des protocoles nationaux à élaborer et à déployer sur l'ensemble du territoire, appuie les professionnels de santé dans l'élaboration de ces protocoles et de leur modèle économique et émet un avis sur leur financement par l'assurance maladie.

Il assure le suivi annuel et l'évaluation des protocoles autorisés. A cette fin, lui sont transmises annuellement les données pertinentes pour chacun des protocoles mis en œuvre ».

« le CNCI peut proposer l'intégration des actes dérogatoires dans les compétences réglementaires des professionnels. Il propose leurs modalités de financement et de rémunération définitives ».

✓ *Elaboration des protocoles nationaux :*

« Le protocole national et son modèle économique sont rédigés par une équipe de rédaction, sélectionnée dans le cadre d'un appel national à manifestation d'intérêt (AMI), avec l'appui des conseils nationaux professionnels et des ordres des professions concernées.

[Il] est autorisé sur l'ensemble du territoire national par arrêté [ministériel] après avis de la HAS. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre et retirer un protocole pour des motifs liés à la sécurité et à la qualité des prises en charge ».

✓ *Adaptation, modification :*

« Le CNCI peut, après consultation des conseils nationaux professionnels concernés et après avis de la HAS, adapter les protocoles nationaux autorisés, pour les actualiser en fonction de

l'évolution des recommandations de bonnes pratiques, pour en modifier le périmètre d'exercice et pour ajuster les modalités selon lesquelles les professionnels de santé sont autorisés à les mettre en œuvre. Les protocoles ainsi adaptés sont autorisés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

✓ *Comment adhérer à un protocole national ?*

« Les structures d'emploi ou d'exercice des professionnels souhaitant mettre en œuvre un protocole national déclarent, le cas échéant conjointement, à l'ARS compétente sa mise en œuvre sous leur responsabilité ».

L'agence peut suspendre la mise en œuvre de ce protocole dans une ou plusieurs structures pour des motifs liés à la qualité et à la sécurité des prises en charge et en cas de non-respect des dispositions du même protocole ».

L'équipe volontaire pour mettre en œuvre un protocole de coopération national autorisé doit se déclarer sur la plateforme « démarches simplifiées » : formulaire de déclaration et pièces à fournir.

Une fois la déclaration dûment renseignée, le protocole peut débuter.

Un questionnaire en ligne est envoyé une fois par an pour transmettre les indicateurs de suivis. Ces protocoles sont ouverts aux équipes soignantes volontaires dont les lieux d'exercice sont définis dans le protocole autorisé par arrêté ministériel. Leur application peut être en établissement ou en ville. Ainsi, les activités dérogatoires peuvent déboucher sur des modes d'intervention auprès des patients réorganisés et couvrir davantage de prises en charge ».

✓ *La liste des protocoles nationaux autorisés :*

Ces protocoles sont ouverts aux équipes soignantes volontaires dont les lieux d'exercice sont définis dans le protocole autorisé par arrêté ministériel.

Pour connaître la liste des protocoles autorisés en établissements de santé et en structure pluriprofessionnelle ou en libéral :

https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation#declaration_equipe

Ils sont classés par grands domaines et/ou spécialités médicales. Pour chacun est indiquée la profession du délégant et celle du délégué.

Exemple des 2 derniers protocoles nationaux autorisés en structures pluriprofessionnelles ou en libéral pour les soins non programmés :

- Prise en charge par l'infirmier DE (et pharmacien d'officine ?) de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une CPTS (arrêté du 17 juin 2024)
- Prise en charge par l'infirmier (et pharmacien d'officine ?) des patients de 6 à 50 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une CPTS (arrêté du 17 juin 2024).

✓ *Répondre à un appel à manifestation d'intérêt (AMI)*

Pour rendre effectives des pratiques innovantes, le ministère publie régulièrement de nouveaux appels à manifestation d'intérêt (AMI) afin d'ouvrir la création et la rédaction des protocoles de coopération aux équipes de professionnels volontaires.

Celles-ci s'engagent à rédiger un projet de protocole et son modèle économique, avec le soutien continu du secrétariat du CNCI.

Apparemment, un seul AMI serait en cours à ce jour concernant la « gestion d'une stratégie thérapeutique dans le champ de l'antibiothérapie par des infirmiers experts exerçant dans des services d'infectiologie et des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) »

3. Psychiatrie de l'enfant et de l'ado : transition vers les structures adultes

La réforme de l'autorisation d'activité de psychiatrie issue du décret du 28 septembre 2022 prévoit 4 modalités d'exercice :

- ✓ psychiatrie de l'adulte,
- ✓ psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent assurant les prises en charge de l'enfant et de l'adolescent de la naissance à l'âge de dix-huit ans
- ✓ psychiatrie périnatale, organisant les soins conjoints parents-bébés, dès l'anté-conceptionnel et le prénatal
- ✓ Soins sans consentements

Ce que dit la réglementation :

L'article R 6123- 190 du CSP prévoit que :

« La prise en charge des adolescents et des jeunes adultes peut être organisée, par le titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'adulte », dans une même unité pour permettre une transition vers la psychiatrie de l'adulte.

Cette unité fait l'objet d'une organisation formalisée. Le titulaire de l'autorisation doit être également titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » ou doit avoir conclu une convention avec un titulaire de l'autorisation « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ».

Des unités jeunes adultes (UJA) :

Dans le but de faciliter la transition des adolescents vers les structures de l'adulte il est envisagé de créer des unités d'hospitalisation mixtes 16-25 ans dénommées : unités Jeunes adultes (UJA) ou grands adolescents Jeunes adultes (GAJA).

Un projet de cahier des charges est à l'étude pour définir les conditions minimales de fonctionnement de ces unités (UJA / GAJA), destinées à assurer une prise en charge en hospitalisation à temps plein adaptée aux jeunes âgés de 16 à 25 ans.

Nous aurons certainement l'occasion d'y revenir.

4. Veille législative et réglementaire :

Textes réglementaires :

L'actualité réglementaire de septembre est modeste puisqu'un gouvernement démissionnaire doit se limiter à la gestion des affaires courantes.

1- Mandataires judiciaires : formation continue

Un décret du 1^{er} septembre (JO du 3) précise la durée, le contenu et les modalités de la formation continue obligatoire des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et les personnels d'encadrement au sein des services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs

2- EHPAD : accueil de jour

L'article D. 312-8 du code de l'action sociale et des familles précise que « la capacité minimale en accueil de jour est fixée à six places dès lors que l'activité prévisionnelle est assurée ».

Un décret du 2 septembre (JO du 3) définit de nouvelles modalités d'accueil de jour en EHPAD et en PUV (petites unités de vie), il fixe un seuil en deçà duquel ces établissements peuvent assurer un accueil de jour pour chacune de leurs places disponibles.

Il précise que « ne sont pas soumises aux capacités minimales les structures qui mettent en œuvre un projet d'établissement ou de service spécifique à l'accueil de jour et qui se sont fixées comme objectif de réaliser annuellement un nombre de journées d'activité supérieur ou égal à 80 % du nombre de journées prévisionnelles fixé au budget de l'année considérée ».

Pour les établissements dont la capacité d'accueil autorisée est inférieure à 60 places, l'accueil de jour peut être assuré dans les locaux dédiés à l'hébergement permanent.

3- Conseils nationaux professionnels (CNP) : dotation 2025

Il existe « au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, un fonds de soutien aux actions conventionnelles, à la représentation des professionnels de santé libéraux et au financement des conseils nationaux professionnels » (article L 221-1-é du code de la sécurité sociale).

IL n'existe pas moins de 68 CNP !

L'assurance maladie leur verse chaque année « une dotation socle et une dotation complémentaire au titre de l'accompagnement du déploiement de la certification périodique des conseils nationaux professionnels et leurs organismes fédérateurs ».

Pour 2025 la dotation totale sera de 4 791 423 €.

La dotation socle, qui est au minimum de 30 000€, varie en fait de 40 000 à 400 000 € pour le collège de médecine générale à laquelle s'ajoute, pour ce dernier, une dotation complémentaire de 57 194 € (arrêté du 26 août- JO du 4/09)

4- Etudiants de 3° cycle : stage en MSP et centres de santé

A la liste des lieux de stage pouvant être proposés aux étudiants de 3° cycle des études médicales, un arrêté du 1° septembre (JO du 4) ajoute les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé.

5- PADHUE : vérification du niveau de maîtrise de la langue

Un arrêté du 27 août (JO du 4/09) prévoit que désormais, les candidats justifiant de la qualité de réfugiés, apatrides et les personnes bénéficiant de la protection subsidiaire peuvent apporter la preuve de la maîtrise de la langue française par tout moyen.

D'autre part, les spécialités de gériatrie, médecine générale ou médecine d'urgence sont ouvertes aux titulaires d'un diplôme de docteur en médecine permettant l'exercice plénier dans le pays d'obtention.

6- CNSA : compensations financières aux départements

Un décret du 3 septembre (JO du 5) précise les modalités de calcul et de versement des concours versés par la CNSA aux départements à la suite de la fusion des concours relatifs à l'APA, à la PCH. Il prévoit également l'adaptation de ces modalités pour le concours relatif à l'APA pour les départements participant à l'expérimentation de la fusion des sections, dépendance et soins, des EHPAD.

7- Dispositifs médicaux à usage unique (DMUU)- retraitement- expérimentation

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 avait prévu qu' « à titre expérimental et pour une durée de 2 ans et au plus tard du 1er novembre 2024, par dérogation, le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation sont autorisés dans [certaines] conditions.

Avec presque un décret du 4 septembre (JO du 4 – 6 pages) précise les modalités de la mise en œuvre de cette expérimentation. Elle porte sur la mise en place du retraitement de DMUU, ainsi que sur leur utilisation par les établissements de santé pour une période de deux ans.

Il détermine notamment les DMUU qui peuvent être retraités, les restrictions et les interdictions pour ce retraitement, les modalités applicables en matière d'information et d'opposition des patients à l'utilisation de dispositifs retraités, ainsi que la méthodologie de l'expérimentation, la fixation de ses objectifs, les modalités de sa conduite et la rédaction du rapport prévu par la loi.

Pour participer à l'expérimentation, les établissements de santé se porteront candidats auprès du ministre chargé de la santé, dans le cadre d'un appel à candidature.

L'expérimentation débutera le 1^{er} janvier 2026 soit avec plus d'un an de retard.

8- Chiropracteurs : obligation d formation

Un décret du 4 septembre (JO du 6) fixe les modalités relatives à l'obligation de formation continue des « professionnels autorisés à user du titre de chiropracteur et ne disposant d'aucun titre ou diplôme les autorisant à exercer l'une des professions de santé ».

La durée de la formation continue est de 30 heures au cours d'une période de trois années consécutives à compter du 1^{er} janvier 2026.

9- EHPAD infirmier coordonnateur

La loi du 27 juin 2027 « sur la profession d 'infirmier ' (cf. lettre de juillet) prévoyait que « le personnel des [EHPAD] peut comprendre un infirmier coordonnateur exerçant en collaboration avec le médecin coordonnateur et en lien avec l'encadrement administratif et soignant de l'établissement ».

Un décret du 4 septembre (JO du 6) modifie la liste et le contenu des missions des médecins coordonnateurs en EHPAD et prévoit les modalités du recours à la télé - coordination.

Il permet également la reconnaissance des infirmiers coordonnateurs en EHPAD en définissant leur rôle et leurs missions.

Il apporte enfin des précisions sur le rapport annuel d'activité médicale qui doit être établi dans les EHPAD et sa remontée dans le cadre d'un traitement de données au niveau national.

10- Nicotine : interdiction des produits à usage oral

A compter du 1^{er} mars 2026, « la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de produits à usage oral contenant de la nicotine sont interdits sur le territoire national (décret du 5 septembre-JO du 6).

Le décret définit les produits à usage oral contenant de la nicotine notamment sous la forme de sachets portions ou de sachets poreux, (appelés « pouches » dans le langage courant), pâte, billes, liquides, gomme à mâcher, pastilles, bandelettes ou toute combinaison de ces formes, qui font l'objet de l'interdiction, et précise les conditions dans lesquelles ces produits sont interdits.

Ne sont pas concernés par cette interdiction

- ✓ les tabacs à chiquer
- ✓ les médicaments, les dispositifs médicaux ainsi que les matières premières à usage pharmaceutique,
- ✓ les denrées alimentaires qui contiennent naturellement de la nicotine.

Des dérogations à l'interdiction prévue à l'article R. 5132-45 peuvent être accordées à des fins de recherche.

11- Accueil des enfants de moins de 3 ans :

Un décret du 5 septembre (JO du 6 – 5 pages) actualise la réglementation des pouponnières à caractère social. Il définit les missions et les conditions techniques minimales d'organisation et

de fonctionnement des pouponnières et il révisé également les taux d'encadrement de certaines catégories de personnels pour les établissements de la protection de l'enfance accueillant des enfants de moins de 3 ans.

12- Protocoles de Coopération

Deux textes relatifs aux protocoles de coopération, locaux et nationaux, datés du 8 septembre ont été publiés au JO du 9.

Un décret fixe modalités de déclaration et de suivi de ces protocoles de coopération mis en œuvre par les établissements de santé, les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les structures d'exercice coordonné et de coordination, les établissements et services médico-sociaux auprès du directeur général de l'ARS, ainsi que les modalités de transmission annuelle des indicateurs de suivi sur la mise en œuvre et la sécurité de ces protocoles.

Il définit également la procédure par laquelle le comité national des coopérations interprofessionnelles peut proposer, après avis de la HAS, le déploiement d'un protocole local sur tout le territoire national.

Un arrêté fixe les modalités de déclaration des adhésions aux protocoles auprès de l'ARS.

13- EHPAD expérimentation financement- reversement à L'Etat et la Sécurité sociale

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 prévoit l'expérimentation d'un régime de financement adapté des EHPAD), et des petites unités de vie (PUV)

Un décret du 8 septembre (JO du 9) fixe les règles de calcul et de répartition des reversements des départements concernés au profit de l'Etat et la Sécurité sociale.

Il précise les modalités d'imputation de la somme à reverser sur le fonds de concours relatif à l'aide personnalisée à l'autonomie (APA), pour sa partie relative aux dépenses en établissements.

Il précise également les modalités de transmission par les départements expérimentateurs des données relatives à ces dépenses à la CNSA.

Enfin, il précise les modalités de remboursement aux départements expérimentateurs des dépenses d'APA en établissements qu'ils continuent à acquitter au titre du domicile de secours, lorsque ces résidents sont accueillis dans un établissement implanté dans un département non expérimentateur.

14- DE de puériculture : admission dans les écoles

Un arrêté du 5 septembre (JO du 9) vient réviser les modalités d'admission en formation. Elles prennent désormais la forme :

- ✓ d'une épreuve d'admissibilité sur dossier comprenant: une lettre de candidature exposant le projet professionnel et comportant l'analyse d'une situation de soins vécue en stage ou en tant que professionnel.

Il fait l'objet d'une notation par un binôme d'évaluateurs composé d'une puéricultrice DE ayant au moins 2 années d'expérience professionnelle et d'un formateur permanent ou du directeur de l'école. Seuls les candidats ayant obtenu une note supérieure ou égale à 10 sur 20 sont déclarés admissibles,

- ✓ d'une épreuve orale d'admission (20 minutes), comprenant une présentation du candidat portant sur son projet professionnel et un cours exposé de la situation de soins présentée dans le dossier de candidature suivi d'un temps d'échange avec le jury.

A l'issue de l'entretien d'admission, le jury établit la liste (principale et complémentaire) de classement par ordre de mérite.

Si la liste complémentaire n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le directeur de l'école peut faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres écoles, restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission dans celles-ci.
Ces nouvelles modalités d'admission seront effectives pour la sélection des candidats à la rentrée 2026. Elles laissent une impression d'abaissement du niveau de sélection.

15- CNOSS : règlement intérieur

Un arrêté du 4 septembre (JO du 9) approuve le règlement intérieur du comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS).

Il reprend en fait les dispositions des articles R 6122-1 et suivants du CSP en les abondant. Il traite de la composition, des modalités de désignation de ses membres, des modalités de fonctionnement, et de la désignation par le CNOSS des membres de la CNS.

Pour mémoire le CNOSS comporte 2 sections :

- ✓ la section sociale : 33 membres dont « 4 représentants des groupements d'utilisateurs des établissements et services sociaux et médico-sociaux »
- ✓ la section sanitaire : 34 membres dont « un représentant des groupements d'utilisateurs des institutions et établissements de santé ».

La section sanitaire est consultée sur :

- ✓ les projets de décrets relatifs aux conditions d'implantation des activités de soins et des équipements matériels lourds,
- ✓ les projets de décrets relatifs aux conditions techniques de fonctionnement,
- ✓ les recours hiérarchiques formés auprès du ministre (en matière de SRS et d'autorisations d'activités)
- ✓ Les projets de décrets portant création d'établissements publics de santé nationaux.

Elle peut, en outre, être consultée par le ou les ministres chargés de l'action sociale, de la santé et de la sécurité sociale sur toute question concernant l'organisation des soins.

16- Recours à l'intérim : plafonds de rémunération

Un arrêté du 5 septembre (JO du 9) précise la liste des professions pour lesquelles le plafonnement des dépenses susceptibles d'être engagées au titre des prestations d'intérim des professionnels mentionnés au premier alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique est mis en œuvre et précise le montant du plafonnement.

Pour mémoire la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a étendu le plafonnement aux personnels non médicaux et de maïeutique.

Parmi les 8 professions concernées, nous avons noté les plafonds HT suivants :

- ✓ Médecin, odontologiste et pharmacien : 2 681€ par journée au lieu de 1 400 jusqu'à présent (+1 281 soit + 91, 5% !)
- ✓ Infirmier diplômé d'Etat (DE) : 54€ par heure
- ✓ Sage-femme : 78€

Ces montants sont majorés de 50 % sur la période du 1^{er} juillet au 30 septembre 2025.

Une instruction du 8 septembre adressée aux DG des ARS est venue préciser ce texte.

17- PDSES : astreintes à domicile :

Jusqu'à présent, la réglementation prévoyait deux modalités possibles de rémunération des astreintes à domicile des personnels médicaux dans les établissements publics de santé : une indemnité constituée d'une indemnité forfaitaire de base et de l'indemnisation au réel des déplacements éventuels survenus au cours de l'astreinte déclarés par les praticiens, ou une indemnisation entièrement forfaitisée.

L'arrêté du 8 juillet portant diverses dispositions relatives à l'organisation et à l'indemnisation de la permanence des soins dans les établissements publics de santé (PDSES) et dans les

établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes consiste en la généralisation de la forfaitisation de l'indemnisation des astreintes, dans le cadre de nouveaux forfaits revalorisés. La forfaitisation, qui était minoritaire dans les établissements publics de santé, devient ainsi le régime unique d'indemnisation des astreintes à domicile. Une instruction du 27 août (9 pages) précise la refonte de ce régime d'indemnisation

18- Professionnels de santé : cessation d'activité - information de l'ARS

La loi du 27 décembre 2023 a prévu que « Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes exerçant à titre libéral et conventionnés communiquent à l'ARS et au conseil de l'ordre dont ils relèvent leur intention de cesser définitivement leur activité dans le lieu où ils exercent, au plus tard 6 mois avant la date prévue pour la cessation de cette même activité... », et que « les centres de santé employant des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes communiquent sans délai à l'ARS et au conseil de l'ordre concerné, lorsqu'ils en ont connaissance, l'intention de ces professionnels de santé de cesser définitivement leur activité ». Un décret du 9 septembre (JO du 10) précise les modalités de transmission de l'information que doivent suivre les organismes gestionnaires de centres de santé et les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes libéraux pour communiquer à l'ARS et au conseil de l'ordre, pour les premiers en ce qui concerne l'intention de l'un de leur salariés médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme et pour les seconds en ce qui concerne leur intention propre, de cesser leur activité.

Il prévoit également les exceptions autorisant les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes libéraux à se soustraire à cette obligation.

19- Santé au travail : services inter-entreprises

Le JO du 27/09 fixe :

- ✓ le modèle de protocole de collaboration conclu entre le médecin praticien correspondant, le ou les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire concernée et le directeur du service de prévention et de santé au travail interentreprises. Il précise le contenu et encadre les différentes modalités d'intervention et les moyens du médecin praticien correspondant dans le cadre de la collaboration.
- ✓ à 116€ pour 2026, le coût moyen national de l'ensemble socle de services à partir duquel est calculée l'amplitude au sein de laquelle le montant des cotisations des services de prévention et de santé au travail interentreprises doit demeurer. L'assemblée générale a la possibilité d'approuver des cotisations qui s'écarteraient de la borne haute de 120 % et de la borne basse de 80 % dans des cas limitativement énumérés.

20- FIR 2025

« La dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional est fixée à 5 356 131 400 euros pour l'année 2025 » (Arrêté du 16 juin – JO 30 septembre). Soit presque l'équivalent des 5,5 milliards d'économie que recherche le gouvernement.

21- Transports sanitaires : maîtrise des dépenses

Un arrêté du 29 septembre (JO du 30) a approuvé « le protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire » du 24 septembre. Nous n'en avons pas fait l'analyse (10 pages), mais les transporteurs doivent y trouver leur compte.

5. Veille parlementaire :

Assemblée nationale :

- proposition de loi constitutionnelle visant à la consécration de l'indisponibilité et de la non-marchandisation du corps humain,

- proposition de résolution visant à inscrire l'obésité et le surpoids, grande cause nationale de l'année 2026,
- proposition de résolution européenne visant à soutenir une politique d'interdiction de tous les néonicotinoïdes dont l'acétamipride dans l'UE, soutenir fortement et durablement les agriculteurs français et européens sur des solutions alternatives validées par les instances et institutions scientifiques, mettre en place de façon urgente un programme de travail, des engagements et un calendrier précis pour enfin mettre en place des mesures miroirs sanitaires et environnementales sur l'ensemble des pesticides interdits dans l'UE à l'égard des Etats tiers,
- proposition de loi relative à l'extension du droit à la pension de réversion aux couples liés par un pacte civil de solidarité,
- proposition de loi visant à protéger les particuliers investissant dans les résidences services,
- proposition de loi visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail,
- proposition de loi visant à simplifier le millefeuille territorial par la collectivité unique,
- proposition de loi visant à garantir le droit à une fin de vie sans souffrance,
- proposition de loi visant à instaurer une prévoyance collective obligatoire pour tous les salariés,
- proposition de loi visant à rendre obligatoire le port du casque pour les conducteurs de cycles, trottinettes et autres engins de déplacement personnel,
- proposition de loi créant un dispositif d'accompagnateur vigilant au bénéfice des victimes de violences conjugales,
- proposition de loi visant à généraliser la carte vitale dématérialisée,
- proposition de loi visant à créer un titre-sport santé,
- proposition de loi visant à supprimer le délai de carence applicable aux arrêts maladie consécutifs à une interruption volontaire de grossesse,
- proposition de loi relative à la gratuité des parkings d'hôpitaux publics (bis),
- proposition de loi portant simplification administrative des droits et prestations pour les personnes en situation de handicap,
- proposition de loi visant à modifier le statut juridique du cheval et à lui conférer un statut spécifique d'animal de compagnie,
- proposition de loi visant à reconnaître et sécuriser juridiquement le placement éducatif sans hébergement dans le cadre de la protection de l'enfance,
- proposition de loi visant à inscrire l'écoute des travailleurs comme premier principe général de prévention de la santé au travail,
- proposition de loi interdisant les décrets scélérats attentatoires à la santé publique (sic !),
- proposition de loi visant à rendre systématique l'information du consommateur sur l'origine des denrées alimentaires par le moyen de l'étiquetage,
- proposition de loi visant à généraliser le dispositif « Oui Pub » pour réduire le gaspillage des imprimés publicitaires non sollicités,
- proposition de loi visant à abroger la loi dite loi Duplomb, à rendre définitive l'interdiction des néonicotinoïdes en France, à tenir compte du dernier état des connaissances scientifiques et à lutter contre la concurrence déloyale en matière de pesticides,
- proposition de résolution visant à instaurer la gratuité des transports en commun et à permettre aux communautés urbaines de répondre aux défis environnementaux et sociaux,

Sénat :

- proposition de loi visant à créer un délit de jet de mégot en situation de risque d'incendie,
- proposition de loi visant à renforcer l'attractivité de la France pour l'accès et le développement de l'innovation thérapeutique,

- proposition de loi visant à intégrer les accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) dans la fonction publique et à garantir une meilleure inclusion des élèves en situation de handicap et à besoins éducatifs particuliers,
- proposition de loi relative au déploiement des radars sonores pour renforcer la lutte contre les nuisances sonores liées aux transports routiers,
- proposition de loi instaurant l'obligation d'équiper les véhicules automobiles d'un extincteur,
- proposition de loi portant création d'un pôle public d'éradication des déchets contenant de l'amiante,
- Proposition de loi visant à rendre efficient l'accès à la procréation médicalement assistée pour les Françaises de l'étranger,
- proposition de loi présentée relative au déploiement des radars sonores pour renforcer la lutte contre les nuisances sonores liées aux transports routiers,
- proposition de loi visant à renforcer l'attractivité de la France pour l'accès et le développement de l'innovation thérapeutique
- rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur les évolutions envisageables du financement de la protection sociale
- proposition de loi, visant à libérer l'accès aux soins dentaires,
- proposition de loi tendant à faciliter l'exercice en France des médecins formés au Royaume-Uni,

6. En Bourgogne Franche comté :

6-1 Décisions de l'ARS BFC :

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

1- Autorisations d'activités de soins

Début septembre ont été publiées des décisions de la DG de l'ARS d'autorisations d'activités de soins notamment pour la gynécologie-obstétrique, la psychiatrie et le traitement du cancer. Citer toutes ces décisions ne présente pas un grand intérêt.

2- CRF « Divio » :

Le centre de réadaptation fonctionnelle « COS Divio » sis à Dijon a été habilité à assurer le service public hospitalier (SPH) et à se prévaloir du statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) à compter du 1) janvier 2026

Cette reconnaissance implique de satisfaire aux obligations de service public . En l'absence d'organe de gestion propre (CA ou CS) la décision de la DG de l'ARS précise le rôle des représentants des usagers.

Le CRF DIVIO a été créé en 1968 par la « Fondation COS Alexandre Glasberg » du nom de son fondateur (1902-1981), connu pour son engagement en faveur des demandeurs d'asile, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi que dans la résistance.

C'est un établissement de SMR comptant 97 lits d'hospitalisation complète et 17 places d'hospitalisation de jour (35 patients par jour sur la journée ou la demi-journée).

Un projet de transfert est prévu dans un nouvel établissement, sur Dijon, avec un développement de la capacité de 11 lits supplémentaires en hospitalisation complète et un doublement des places en hospitalisation de jour.

3- Nièvre : GCS médecine nucléaire

La DG de l'ARS a approuvé la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire (GCS) de la Nièvre.

Il associe le CH de l'agglomération de Nevers (CHAN) (45 parts), le centre Georges François Leclerc (CGFL) (10 parts), et la SELARL Inov (18 230 Saint Doulchard) (45 parts).

Il s'agit d'un GCS de moyens de droit privé.

Il est autorisé à exploiter sur le site du CHAN : 2 gamma-caméras et une caméra à tomographie par émission de positons (TEP), ainsi que les équipements lourds à venir.

Il a opté pour la tarification applicable par les établissements publics (donc secteur1).

4- Nièvre : tarification des EHPAD - valeur du point GIR départemental

Le DG de l'ARS (avant son départ) a fixé la valeur de référence du point GIR pour 2025 à 7,84€ .

Cette valeur est prise en compte à partir du 1^{er} juillet date de démarrage de l'expérimentation de la tarification unique des EHPAD qui s'applique au département de la Nièvre.

5- GRADeS : convention constitutive

La DG de l'ARS a approuvé l'avenant n°2 à la convention constitutive du GIP « GRADeS ». Il porte essentiellement sur la composition et les compétences du conseil d'administration

6- Agrément de centres de santé :

Ont reçu un agrément définitif les centres de santé suivants :

- ✓ Centre de santé « Accès Vision Dijon » (sis à Dijon), géré par une association éponyme (siège rue de Tolbiac à Paris), agrément définitif pour ses activités d'orthoptie et d'ophtalmologie.
- ✓ Centre de santé Gaia géré par les CHS de Novillars

7- Bilan quantitatif de l'offre de soins

L'ARS a publié le bilan quantitatif de l'offre de soins pour les activités de médecine, chirurgie, gynécologie- obstétrique- néonatalogie- réanimation néonatale, psychiatrie, SMR, médecine nucléaire, soins de longue durée, activité de greffe, chirurgie cardiaque, activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie et en neuroradiologie, neurochirurgie, médecine d'urgence, soins critiques, traitement de l'IRC par épuration extrarénale, assistance médicale à la procréation, diagnostic prénatal, traitement du cancer, examen des caractéristiques génétiques d'une personne, hospitalisation à domicile (HAD), équipements d'imagerie en coupe (IRM et scanner) utilisés à des fins de radiologie diagnostique, idem réservés à un usage mobile, caissons hyperbares, cyclotrons utilisés à utilisation médicale.

Autrement dit toutes les activités de soins et équipements matériels lourds (EML) nécessitant une autorisation.

8- Calendrier de dépôt des demandes d'autorisation d'activité:

De nouvelles périodes (dites fenêtres) de dépôt de demandes d'autorisation ont été ouvertes:

- ✓ toutes activités de soins et EML (équipement matériel lourd) sauf radiologie interventionnelle : 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 2025
- ✓ toutes activités de soins et EML : du 1^{er} avril au 1^{er} juin 2026 et du 1^{er} octobre au 1^{er} décembre 2026.

Du travail en perspective pour la CSOS !

9- Organisation de l'ARS :

Une nouvelle décision qui remplace celle du 31 juillet (date de la nomination de la DG) , fixe l'organisation de l'ARS à compter du 5 septembre. Elle définit les missions des différentes

directions et fonctions. Nous n'avons pas procédé à une étude comparative pour noter les modifications par rapport à l'organisation antérieure.
Elles est accompagnée de 2 décisions du même jour désignant l'équipe d'encadrement et portant délégation de signatures.

10- Appartements de coordination thérapeutique (ACT) « un chez soi d'abord jeunes » : de nouvelles places

L'ARS a autorisé la création d nouvelles places d'ACT « un chez soi d'abord jeunes » :

- ✓ A Besançon : 30 places supplémentaires (hébergement de nuit « éclaté ») gérées par le GCSMS « un chez soi d'abord Besançon » qui comptera désormais 55 places d'ACT « un chez soi d'abord » et 30 places d'ACT « un chez soi jeunes »,
- ✓ A Dijon : 20 places supplémentaires (hébergement de nuit « éclaté ») gérées par le GCS MS « UCSD Métropole Dijon » qui comptera désormais 100 places d'ACT « un chez soi d'abord » et 50 places « un chez soi d'abord jeunes »,

On peut voir dans ces 2 décisions une réponse à l'augmentation des besoins chez les jeunes.

6-2 Du côté des instances de démocratie en santé

La CRSA :

Les avis de la CRSA du 2 juillet

Les 2 avis rendus par la CRSA plénière du 2 juillet (dont nous avons fait mention dans lettre d'août) ont été publiés sur le site « ma santé en BFC »

- ✓ Avis sur la situation économique et la gestion financière de établissements médico-sociaux
- ✓ Synthèse des ateliers et propositions suite au séminaire « CPTS-prévention » (35 pages). En réalité il ne s'agit pas d'un avis mais des actes d'un séminaire. Il est même accompagné du reportage réalisé à cette occasion.

Pour le premier les membres de la commission permanente ont demandé à l'ARS , la présentation d'un état de lieux des lieux chiffré.

La réunion plénière du 14 octobre :

Les membres titulaires et suppléants de la CRSA ont reçu le 29 septembre, une 4^e invitation à la réunion plénière de la CRSA sur le thème santé mentale et psychiatrie, qui se tiendra le 14 octobre à Auxerre (10h00 à 16h30 salle Vulabelle – 14 Bd Vulabelle). Participation en visio possible.

Réponse souhaitée « avant le 29 septembre »).

Ordre du jour :

- ✓ présentation du CTS 89
- ✓ introduction de la thématique : santé mentale, de quoi parle-t-on ?
- ✓ les acteurs locaux : CHS de l'Yonne, PTSM de l'Yonne
- ✓ Projection du film de l'EPNAK – Label droits des usager 2025,
- ✓ Votes de la CRSA : compte rendu et délégation à la commission permanente pour les zonages médecin et orthophonistes,
- ✓ Et en Europe, comment ça se passe ? - Philippe SEIDEL - Age Platerform
- ✓ Parcours santé mentale par l' ARS.
- ✓ Données et structuration de la recherche – ORS BFC
- ✓ Label droits des usagers.

Avis sur les zonages - réunion de la commission permanente:

La CRSA du 14 octobre devait donner son avis préalablement à de nouveaux zonages, pour les incitations financières à l'installation dans les zones sous dotées en médecins et orthophonistes. Ce ne sera pas le cas pour plusieurs raisons : ne pas grever l'ordre du jour, incertitude de

connaître d'autres avis : URPS et CTS notamment, avant cette réunion de la CRSA, crainte de ne pas disposer du quorum pour le vote (ce qui est fort probable).

Aussi est-il prévu que la CRSA du 14 octobre confie cet avis à sa commission permanente qui se réunira en séance exceptionnelle le 17 octobre à 9h en visio, après des webinaires de présentation : le 2 octobre pour les membres du CTS du Doubs (et peut-être les autres), avant une consultation électronique, et le 13 octobre pour les membres de la CRSA (12h30-13h30)

Pour mémoire :

- ✓ la CRSA « se prononce dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande d'avis (du DG de l'ARS). En l'absence d'avis émis au terme de ce délai, l'avis de la CRSA est réputé rendu » (article R 1434 -42 du CSP).
- ✓ l'article L 1434-1 du CSP prévoit que « le DG de l'ARS détermine **tous les deux ans**, par arrêté, après concertation avec le conseil territorial de santé , les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ».
- ✓ alors que l'article R 1434-43 indique que « les arrêtés du DG de l'ARS [...] sont révisés au moins **tous les trois ans** ».

En BFC, à l'incitation de l'ARS, les zonages sont révisés quasiment tous les ans : le dernier zonage médecin a été arrêté le 18 juillet 2024.

On peut s'interroger :

- ✓ sur l'opportunité de ces avis puisque la méthode permettant définir les indicateurs est fixée par un arrêté ministériel, et ce ne sont que des avis,
- ✓ sur la fréquence des révisions dans notre région (on peut imaginer la raison)

La commission spécialisée prévention (CSP)

Elle s'est réunie le 25 septembre, offrant à Mr Lalaurie, directeur par intérim de la santé publique de l'ARS, l'occasion de faire le point sur :

- ✓ La lutte antivectorielle – les 1^{er} foyers de cas autochtones de chikungunya,
- ✓ La qualité de l'eau,
- ✓ La campagne de vaccination HPV,
- ✓ Le déploiement des compétences psycho-sociales

Le support de présentation est sur le site »ma santé en BFC)

La CSOS :

La CSOS se réunira les 4 et 13 novembre à 9h. L'ODJ n'est toujours pas en ligne sur le site.

Numérique en santé et innovation :

- ✓ Le **costra e-santé** prévu le 2 octobre a été annulé. Il sera reporté courant 1^{er} de décembre. L'une des thématiques de la réunion concernera les apports du numérique dans le secteur médico-social.
- ✓ Le **copil télésanté** se réunira le mardi 18 novembre à 16h30 pour examiner l'ordre du jour suivant :
 - état des lieux de la e-Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) en région (en cancérologie et hors cancérologie),
 - présentation des travaux sur le modèle économique de la télédermatologie
 - présentation des premiers éléments du benchmark de la solution « Omnidoc »
- ✓ le **costra innovation en santé** se réunira le 25 novembre à 14h (présentiel et visio) sous la présidence de Mme Marmier

6-3 L'IRFC : « un modèle unique en cancérologie »

C'est le titre (sous-titre : la même qualité de soins partout et pour tous) d'un opuscule publié par l'institut régional fédératif du cancer (IRFC) pour retracer son bilan 2008 -2025 et présenter ses perspectives.

Il n'est pas en ligne sur le site mais il est possible de le demander directement à l'IRFC (03.81.53.99.99)

Un peu d'histoire :

Une ordonnance du Général De Gaulle du 1^{er} octobre 1945 a défini l'organisation des centres de lutte contre le cancer (CLCC). Ce sont des établissements privés autonomes assurant une mission de service public.

IL existe aujourd'hui 20 CLCC répartis entre 17 régions, réunis au sein de la fédération nationale Unicancer.

En Bourgogne le centre Georges François Leclerc (CGFL), du nom d'un médecin dijonnais qui fut l'un des pionniers de la recherche anti-cancéreuse dans le département et fondateur de la Ligue Bourguignonne Contre le Cancer, a été créé en avril 1965 et a reçu ses premiers patients en juillet 1967 dans le seul service de radiothérapie de la région.

La Franche Comté n'a pas de CLCC. La cancérologie était traitée jusqu'à une période récente dans les services de radiothérapie du CHU de Besançon, de Montbéliard (site du Mittan) et de Belfort, ainsi que dans les divers services de spécialité des établissements de santé mais sans organisation ni véritable expertise.

Qu'est-ce que l'IRFC ?

C'est un groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit public, fédérant 6 établissements publics (CHU, HNFC, CH 70, CHI de Haute Comté (Pontarlier), CH de Dole, CH Jura Sud (Lons le Saunier) et les 2 cliniques de Besançon (St Vincent et Polyclinique de FC).

Son objectif est d'offrir aux patients la même qualité de soins partout et pour tous en Franche-Comté, en construisant une stratégie de groupe entre les hôpitaux et les cliniques.

Sa mission consiste à mutualiser les compétences et les moyens médicaux, harmoniser les prises en charge, développer la recherche et l'accès à l'innovation dans l'objectif d'améliorer le taux de guérison et de survie des malades en leur offrant des soins d'une qualité sans cesse croissante, quel que soit leur lieu de prise en charge en Franche-Comté.

Pour ces raisons on peut dire que l'expérience de l'IRFC est unique en France.

Oncologie :

L'équipe médicale unique hospitalo-universitaire compte 35 médecins oncologues spécialisés pour la prise en charge du cancer quel que soit son site : dermatologique, digestif, endocrinien, gynécologique, hématologique, neurologique, sénologique, thoracique, urologiques, sarcomes et VADS (voies aérodigestives supérieures)

Ces médecins se déplacent dans les établissements membres de l'IRFC, apportant à tous les francs comtois la même expertise et la même qualité des soins.

Elle prescrit plus de 53 000 chimiothérapie intraveineuses par an.

Cette équipe est coordonnée par le Pr Christophe Borg.

Radiothérapie :

En 2011 les équipes de radiothérapie du CHU et de l'HNFC (site du Mittan à Montbéliard) ont été regroupées en une équipe médicale unique. Elle dispose de 7 accélérateurs de particules.

Elle répond aux besoins de la population de la Franche Comté et le Projet régional de santé (PRS) n'a pas donné suite à la demande « insistante » des radiothérapeutes de l'institut (privé lucratif) de cancérologie de Bourgogne (ICB) établi à Dijon, Chalon, Auxerre, de conquérir la Franche Comté.

Soins de support :

L'IRFC a développé et harmonisé les soins de support : prise en charge de la douleur, nutritionnelle, psychologique, accompagnement social, familial et professionnel, dans tous les établissements.

Dans ce domaine l'IRFC reçoit le concours de différentes associations (Ligue contre le cancer, Onco Doubs, Oncogite)

Des hôpitaux de jour (HDJ) dédiés aux soins de support et à l'onco-gériatrie ont été créés.

Des séances d'APA sont proposées gratuitement dans tous les établissements ;

Au-delà de ces soins de support, l'IRFC a mis en place des dispositifs d'accompagnement pendant et après cancer. Des programmes de réhabilitation pluridisciplinaire après cancer sont déployés dans 5 établissements

Enseignement et recherche :

Depuis 2010 un DU de cancérologie est proposé aux professionnels de la région qui a permis à 250 d'entre eux de développer leurs compétences.

La recherche et l'innovation sont au cœur des préoccupations de l'IRFC.

Il compte 51 chercheurs et 14 attachés de recherche clinique (ARC), une unité mixte de recherche (UMR) « Right », associant l'EFS, l'Inserm et l'université Marie et Louis Pasteur.

Il est impliqué dans plus de 150 études cliniques en cours.

568 patients ont pu bénéficier d'une inclusion dans un essai clinique, et 200 ont bénéficié d'une demande d'accès rapide à l'innovation

Depuis 2011, l'IRFC peut s'appuyer sur l'unité de méthodologie et de qualité de vie en cancérologie (UMQVC) du CHU, forte de 418 publications dont 4 dans des revues majeures.

Des travaux sont menés en médecine génomique permettant de mieux identifier les particularités de chaque maladie et de sélectionner les traitements possibles.

Enfin, l'IRFC collabore étroitement avec le registre des tumeurs du Doubs.

Des outils communs :

Les membres de l'IRFC utilisent :

- ✓ le même « dossier communiquant en cancérologie » (DCC), géré par le réseau de cancérologie, permettant un partage des données et garantissant la qualité et la continuité des parcours de soins.
- ✓ le logiciel « bonnes pratiques de chimiothérapie » (BPC), utilisé depuis 2005 au CHU, permet des prescriptions harmonisées de chimiothérapie, quel que soit le lieu de traitement.

La plateforme téléphonique « Oncotel » centralise tous les appels en provenance des patients, de leurs familles, et des professionnels de ville. (371 045 appels traités en 10 ans)

Enfin l'IRFC dispose d'une équipe de coordination pluriprofessionnelle de 6 personnes spécialisées dans différents domaines.

Des perspectives :

L'IRFC entend réaffirmer son ambition autour de 5 axes stratégiques :

- ✓ consolider l'organisation territoriale et s'adapter aux évolutions,
- ✓ maintenir une prise en charge par organe et renforcer les parcours inter-établissements,
- ✓ s'appuyer sur une coordination médico-soignante forte,
- ✓ renforcer l'accès équitable aux traitements innovants et à la recherche,
- ✓ travailler avec les patients et partenaires pour améliorer les parcours et développer la prévention.

A une époque où l'on parle : efficience, qualité, mutualisation, territorialité et responsabilité populationnelle l'IRFC fait bien figure d'exemple.

6-4 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

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

Le JO du 5 septembre publie la liste des emplois de direction vacants qui seront proposés aux élèves directeurs d'hôpital (DH) et aux élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (DESS) au terme de leur formation à l'EHESP, pour une affectation au 1^{er} janvier 2026.

✓ *Emplois de DA proposés aux élèves DH :*

- CH de la Chartreuse à Dijon : emploi de chargé des relations humaines (ressources humaines et affaires médicales)
- CHU de Besançon, CLS de Bellevaux à Besançon et centre de soins des Tilleroyes à Besançon et CSHLD à Avanne-Avenney (Doubs) : emploi d'adjoint au directeur des services hôteliers et des achats,
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint-Pierre-le-Moûtier et CHS Pierre-Lôo à La-Charité sur Loire : emploi de directeur délégué du CH de Decize,
- CH de Mâcon, du Pays Charolais-Brionnais à Paray-le-Monial, du Clunisois, de Tournus et EHPAD de Bois-Sainte-Marie, Chauffailles, Digoin, Marcigny et Romenay (Saône-et-Loire) : emploi de chargé des affaires financières et de la stratégie du CH de Mâcon,
- CH de Sens et Joigny : emploi de chargé de la politique des ressources humaines et de leur gestion, médicale et non médicale,
- CH Nord Franche-Comté (HNFC) et CH de soins longue durée (CHSLD) à Bavilliers : emploi d'adjoint au directeur chargé des affaires financières et de l'analyse de gestion,

✓ *Emplois de DA proposés aux élèves DESS :*

- CHs Saint-Ylie (Dole) établissement public éducatif et social ETAPES de Dole, CH de Novillars, EHPAD de Mamirolle et EPSMS Solidarité-Doubs-Handicap (Besançon) : emploi de directeur délégué de l'ETAPES de Dole,
- GH 70 (Vesoul) : emploi de directeur de la filière gériatrique du GH70, directeur référent des hôpitaux de proximité de Gray, Lure et Luxeuil-les-Bains : axe stratégie et coordination territoriale,
- CH d'Auxerre, Avallon, du Tonnerrois et de Clamecy : emploi de directeur adjoint en charge des affaires générales et du médico-social,

✓ *Emplois de directeurs proposés aux élèves DESS*

- EHPAD de Longvic et de Donzy,

✓ *Emplois de directeurs des soins*

- hospices civils de Beaune et EHPAD de Bligny-sur-Ouche : un emploi de coordonnateur général des soins et directeur de l'institut de formations paramédicales
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, Pierre-Lôo-EPSM de la Nièvre, CLD de Luzy, CLS de Saint-Pierre-le-Moûtier : deux emplois :
 - Directeur des soins, coordonnateur général des instituts de formation,
 - Directeur des soins du centre hospitalier Pierre-Lôo à la Charité-sur-Loire,
- GH 70 : un emploi de coordonnateur général des soins, adjoint,

✓ *Nominations :*

- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint Pierre-le-Moûtier et CHS Pierre-Lôo à La-Charité-sur-Loire : Priscille Sage : chargée de l'équipement, des travaux, des services économiques et logistiques du CH de Nevers et directrice des achats du GHT de la Nièvre.

2- CHU de Dijon : tiers lieu d'expérimentation (TLE) REALISTIK

A l'occasion des « 1° assises de prévention et du dépistage » qu'il a organisées le 30 septembre, le CHU de Dijon a procédé au lancement officiel du tiers lieu d'expérimentation (TLE) REALISTIK. Pour débiter son activité, le TLE accompagnera 2 projets d'expérimentation dédiés aux innovations en santé numérique dans le domaine de la rééducation et de la réadaptation, « Réadap'TWINS » (les fondations numériques d'un bâtiment pour améliorer la prise en charge en réadaptation) et « SMART MOBILITY » (vers une prothèse 4.0 : le numérique au service de la mobilité et de l'autonomie).

Il a été retenu dans le cadre de la 2° vague de l'appel à projet « TLE d'expérimentation » du volet « innovation santé 2030 » du programme « France 2030 ».

France Assos Santé BFC fait partie du consortium constitué autour de ce projet.

Les TLE visent à :

- ✓ associer les professionnels et personnes concernées dans la co-conception des solutions
- ✓ tester l'usage de nouveaux services numériques en santé en vie réelle et bénéficier du retour d'expérience des utilisateurs (impact, acceptabilité, ergonomie, etc.),
- ✓ mesurer les bénéfices médico-économiques des solutions testées,
- ✓ accompagner le déploiement et l'accès au marché des solutions ayant fait la preuve de leur impact,
- ✓ créer un maillage pérenne de structures d'expérimentation dans les structures de santé.

Au total 30 TLE devraient être retenus en 3 vagues successives, permettant le financement par la Banque des territoires, d'une centaine d'expérimentations d'ici 2026.

3- La 1° sortie du 1° ministre : pour l'accès aux soins

Quatre jours après sa nomination, le nouveau 1° ministre a réservé sa 1° sortie officielle à sa venue à Macon le 13 septembre.

Plus précisément, selon Matignon, « il a souhaité placer ce premier déplacement sous le signe de la vie quotidienne des Français et en particulier sur un enjeu majeur pour le pays : l'accès aux soins et la lutte contre les déserts médicaux ».

Il s'est intéressé au centre de santé départemental de Saône et Loire qui constitue encore une expérience originale, et à cette occasion, il a rencontré des médecins et des élus.

Il a annoncé son intention de proposer, dans le cadre du prochain débat de la loi de financement de la sécurité sociale, la création d'ici 2027 d'un « réseau France Santé », sur le modèle de « France Services », avec la création de 5 000 maisons de santé afin de garantir une offre de soins aux Français à 30 minutes maximum de chez eux.

Les réactions n'ont pas manqué

- ✓ MG France reste interrogatif : ou va-t-on trouver les 10 000 nécessaires ? « Si on demande à des médecins déjà installés de rejoindre ces lieux, [ne va-t-on pas] découvrir des endroits pour en couvrir d'autres » ? D'accord « si c'est de la médecine 'one shot », mais s'il s'agit de trouver « un médecin traitant dans la durée, ça va être plus difficile ».
- ✓ France assos santé : « Ça nous pose beaucoup plus d'interrogations que de certitudes, mais pourquoi pas ? déclare le président . Ces maisons d santé assureront-elles la permanence des soins (nuits et weekend)?

Que le 1° ministre nouvellement nommé, témoigne de l'intérêt qu'il porte à l'accès aux soins est plutôt un signe encourageant ! Attendons donc .

En parallèle à sa visite il a annoncé son renoncement à la proposition de son prédécesseur de supprimer 2 jours fériés, mais il ne s'est pas exprimé sur les autres mesures envisagées pour faire des économies, en particulier les franchises médicales.

4- HAD en BFC : avis du CNOSS

Le comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS) s'est réuni (en visio) le 22 juillet pour donner, au ministre, son avis sur le recours hiérarchique présenté par la Mutualité Française Comtoise contre la décision du DG de l'ARS de rejeter sa demande de renouvellement d'autorisation d'activité d'HAD au bénéfice des associations Santexel centre FC, Santexel nord FC, et Santexel Jura, constituées entre les 3 établissements hospitaliers concernés et une association des Hauts de France.

Les débats du CNOSS ont été « nourris » et l'avis a été rendu « sur le fil ».

Pour mémoire, par un courrier du 3 décembre 2024, resté sans réponse, France Assos Santé BFC avait fait part au directeur de l'ARS de l'incompréhension des représentants des usagers.

Rappelons que , l'article L 6122-10-1 prévoit que « les décisions d'autorisation d'activités ou d'équipements matériels lourds sont susceptibles d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé, qui statue dans un délai maximum de 6 mois, après avis du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux. »

Le JO du 14 septembre a bien publié 4 décisions ministérielles relatives à des recours contre des décisions de DG d'ARS concernant des autorisations d'activités de soins , mais celle concernant le recours de la mutualité Comtoise n'est encore intervenue.

Il reste donc à attendre (sans illusion) la décision du ministre démissionnaire ou de son successeur (à moins que le rejet soit tacite) , ainsi que celle du tribunal administratif qui a été saisi d'un recours contentieux (ce sera encore plus long).

5- Prévention – dépistage : une initiative originale à Decize

A Decize un « bus médical » devrait stationner place du champ de foire pendant une semaine à raison de 4 à 6 fois par an et recevoir entre 16 et 25 patients par jour. Sa vocation est la prévention et le dépistage. Les examens seront effectués par des infirmiers et des sages femmes en connexion avec des médecins spécialistes (il s'agit donc de télé-expertise).

Il est prévu pour fonctionner pendant une première période de 2 ans renouvelable. La première campagne de dépistage débutera fin novembre.

Évalué à un peu plus de 100 000€ sur 2 ans, ce dispositif a reçu une subvention de 20 000€ de la fondation Centre Loire du Crédit Agricole, et la commune compte encore sur une subvention de l'ARS (50 000€) et des mutuelles pour ramener sa part de financement à 30 000€.

Pour la maire de Decize et son équipe municipale, l'accès aux soins est une préoccupation majeure. Ils ont déjà mené plusieurs actions, dont certaines très médiatiques : arrêté interdisant de tomber malade , combat pour la régularisation de praticiens à diplôme hors UE (PADHUE), installation d'un hôpital de campagne éphémère, maison des étudiants, projet d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP), installation de nouveaux médecins ... (*source Journal du centre du 13/09*).

6- LE CH de Haute Cote d'Or modernise son offre médico-sociale

Le CH HCO a officiellement annoncé le 11 septembre, un vaste programme de modernisation de son offre médico-sociale.

D'un montant estimé à 100 millions d'euros il s'échelonnera sur 10 ans et concernera les 5 sites du CH HCO : Vitteaux , Alise Ste Reine, Chatillon sur Seine, Montbard et Saulieu. Ce dernier sera le premier à bénéficier de programme : reconstruction de l'EHPAD et augmentation de capacité de 40 places.

Le département et l'ARS apporteront chacun un concours financier de 2M€ (*source :Bien Public du 13/09*).

7- Région : Jérôme Durain nouveau président

Ce n'est pas une surprise, le 5 septembre, Jérôme Durain, sénateur socialiste de Saône et Loire a été élu président de la région. Depuis l'annonce par Marie Guite Dufay de sa démission, il était désigné comme le dauphin et adoubé par le groupe majoritaire « Notre région par cœur » dont il est le président.

Biographie :

Né le 2 juin 1969 à Nancy, Jérôme Durain a exercé le métier de fonctionnaire territorial.

Il débute sa carrière politique en 2005, en prenant la tête du Parti socialiste en Saône-et-Loire. Aujourd'hui, il est secrétaire national à la sécurité et à la prévention au Parti Socialiste depuis le dernier Congrès de Nancy.

L'élu local

En 2008, il devient maire-adjoint de Chalon-sur-Saône chargé de l'environnement.

Deux ans plus tard, il est élu conseiller régional de Bourgogne, et en 2012, il devient vice-président de l'assemblée régionale, chargé de l'aménagement du territoire et des politiques contractuelles des pays.

En 2015, il est élu conseiller régional de la nouvelle région Bourgogne-Franche-Comté. Il devient président du groupe majoritaire « Notre région d'avance – La Gauche Unie ».

Il est tête de liste départementale aux élections régionales de 2021, lors de la réélection de Marie-Guite Dufay à la tête de la BFC, il devient président du groupe majoritaire « Notre région par cœur ».

Le sénateur :

En 2014, il est le premier sénateur de gauche élu dans le département de Saône-et-Loire depuis 1986.

Au Sénat, il siège à la commission des lois, dont il est vice-président depuis 2017.

Spécialiste des questions de police et de sécurité : il a notamment travaillé sur la loi sécurité globale, la loi d'orientation et de programmation du Ministère de l'Intérieur, les rapports entre police et population et le maintien de l'ordre.

En 2021, il représente le Sénat au « Beauvau de la Sécurité », signe un rapport sur la reconnaissance faciale en 2022 et co-rédige en 2023 et 2025 deux rapports sur la réforme de la police nationale et son impact sur la police judiciaire.

Début 2024, il préside la commission d'enquête sénatoriale sur le narcotrafic en France et devient l'auteur et le rapporteur de la loi visant à sortir la France du piège du narcotrafic promulguée le 13 juin 2025.

Il a fait le choix de se démettre de son mandat de sénateur pour devenir président de la région.

7 Brèves :

1- Arrêts de maladie : médecins sous contrôle

Début septembre, l'assurance maladie a lancé une campagne de contrôle auprès de 500 médecins généralistes.

Ils ont d'abord reçu une lettre leur demandant des explications sur le nombre d'arrêts-maladies prescrits, et si la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) décide une mise sous objectif, ils devront s'engager à diminuer ces jours d'arrêt de travail de 20% en moyenne.

Thomas Fâtome, le directeur de la CNAM a indiqué que les arrêts de travail représentent « *une dépense élevée, près de 16 milliards d'euros* » *C'est une dépense qui progresse vite, près d'un milliard de plus par an. Et nous savons qu'une partie de cette dépense n'est pas complètement justifiée par des facteurs économiques ou démographiques* »

En juillet, la CNAM a transmis son rapport annuel au Parlement et au gouvernement pour la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026 ; Il contient des mesures fortes concernant les arrêts de travail : limitation de la durée, cotisations des employeurs...

Enfin depuis le début de septembre nous entendons sur les ondes des messages sur les arrêts de travail.

2- Santé des soignants : un plan d'action attendu

Le comité de suivi ministériel sur la santé des soignants doit présenter, d'ici à fin 2025, un plan d'action doté de mesures « concrètes » destinées à améliorer l'état de santé des personnels de Santé,

L'annonce en a été faite le 28 août lors du colloque organisé par l'association SPS (santé des professionnels de santé).

Un rapport avait été remis en octobre 2023 à la ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de santé (Agnès Firmin Le Bodo) après la crise du Covid-19.

Il présentait six grands axes d'amélioration, parmi lesquels la prévention des risques professionnels pour les soignants, la sensibilisation des professionnels à leur propre santé, ou encore l'intégration du sujet de la santé des professionnels de santé comme une priorité du système de santé publique : il n'a débouché sur rien !

Le comité de suivi se compose d'un comité stratégique, d'un comité plénier et de cinq groupes de travail sur les thèmes suivants :

- ✓ la formation et la recherche,
- ✓ la santé mentale,
- ✓ les publics à cibler en priorité (parmi lesquels les personnels médico-sociaux, les étudiants, les jeunes professionnels, les professionnels en fin de carrière ou encore les professionnels de nuit),
- ✓ la prévention
- ✓ nutrition, l'activité physique et le sommeil.

Les groupes (entre 50 et 60 personnes) sont constitués de représentants des ordres , d'associations (telles que des associations d'étudiants), des fédérations professionnelles, des syndicats, des conférences de doyens, des syndicats non médicaux, mais aussi des directions administratives, institutionnelles, (DGOS...).

Ils doivent reprendre le travail de 2023 et rendre leur copie à la fin de l'année. Espérons que nous aurons encore un ministre de la santé.

3- Aide médicale d'Etat (AME) : on en reparle

Quelques jours avant le vote de confiance du 8 septembre, le gouvernement a ressorti le dossier de l'AME dont on parle régulièrement.

La dernière fois c'était au moment du vote de la loi du 26 janvier 2024 pour contrôler l'immigration et améliorer l'intégration, qui avait été suivie du rapport Evin Stéfanini sur l'AME.

De nouvelles mesures :

Le gouvernement a soumis à l'avis de l'assurance maladie, 2 projets de décrets avec un délai d'urgence de 11 jours (au lieu de 21 habituellement).

Le premier porte sur l'aggravation des conditions d'obtention de l'AME : constitution du dossier (documents avec photo...) , prise en compte des revenus du conjoint, plafond de revenu de 847€ pour une personne seule ...

Le second restreint encore le nombre des actes et soins qui peuvent être pris en charge au titre de l'AME (rééducation en balnéothérapie) et élargit la liste des prestations soumises à un délai de carence de 9 mois, en y incluant par exemple la rééducation déambulatoire des personnes âgées, les prothèses dentaires, l'appareillage auditif et optique, l'orthophonie, l'orthoptie....

L'économie annuelle espérée est évaluée à 400 000€.

Ces propositions restent en deçà de celle du ministre de l'intérieur de supprimer purement et simplement l'AME.

Elles ont soulevé de nouvelles protestations de nombreux acteurs de la santé.

Sauvée par le gong :

Le 10 septembre, le gouvernement démissionnaire a retiré le projet de décret sur l'AME qu'il avait soumis à l'avis du conseil d'administration de la CNAM. A juste titre il a estimé que le sujet ne relevait pas des seules affaires courantes qu'un gouvernement démissionnaire peut « expédier ».

4- Déserts médicaux : mission solidarité

En contre-feu à la proposition de loi Garot qui prévoyait de « réguler » l'installation des médecins le 1^{er} ministre avait annoncé, le 25 avril, son remède contre les déserts médicaux : permettre aux médecins d'aller faire 2 jours de consultations par mois dans les zones sous dotées (zones rouges), moyennant une indemnité de 200€ par jour.

Obligatoire au départ, cette mission est devenue facultative.

Le périmètre :

Durant l'été le ministère a répertorié , sur la base d'indicateurs fort complexes, 151 intercommunalités en manque de médecins ou vivent 2,5 millions d'habitants.

La carte de ces zones, publiée par que Le Monde du 9 septembre, fait largement apparaître la « diagonale du vide » allant du Nord-Est au Sud-Ouest, en premier lieu dans les territoires ruraux,. Mais elles sont loin de couvrir les 87 % du territoire identifiés en grande difficulté dans l'accès à un médecin généraliste.

Pour notre région quelques « taches rouges » apparaissent bien du côté de la Haute Saône, de la Côte d'Or et de l'Yonne , mais les zones d'intervention prioritaires (ZIP) définies localement sont loin de toutes y figurer.

Un nouveau « zonage » des médecins est soumis à l'avis des CTS et de la CRSA pour une décision de la DG ARS qui doit intervenir avant la fin de l'année.

200 volontaires :

D'ores et déjà 200 volontaires se seraient manifestés en Nouvelle Aquitaine, à mettre en miroir avec les 11 100 médecins, dont 6 000 généralistes, qui exercent dans cette région, et autant en Occitanie, mais aucun n'a encore effectué la prestation.

Pour les patients, une plateforme devrait être mise en ligne, affichant les zones concernées avec les médecins susceptibles d'être contactés.

Des questions en suspens :

Pour MG France et la CSMF, de nombreuses questions restent en suspens : comment sera assuré le suivi des patients, une fois que le médecin volontaire aura terminé sa mission ? qui pour traiter les résultats des examens demandés ? quid des « aspects pratico-pratiques » de l'exercice médical, allant du logiciel métier qui pourra être utilisé, au recours à la carte de professionnel de santé pour faire une feuille de soins (reliée à un territoire) ? Sans compter l'autorisation du recours à un remplaçant dans son propre cabinet, promise par le ministre de la santé à tous ceux qui s'engageraient, qui doit passer par une mesure législative.

A défaut de s'appuyer sur les médecins disposant de temps libre : notamment les remplaçants, retraités ou praticiens à temps partiel, le dispositif ne risque-t-il pas de déséquilibrer l'offre de soins dans les autres territoires ?

Le dispositif, coordonné par les ARS et les préfetures, sera articulé avec les actions de l'association Médecins solidaires. Une première évaluation de son efficacité est attendue d'ici fin 2025 ou début 2026.

En BFC, l'ARS a saisi les conseils départementaux de l'ordre de médecins, concernés, pour recenser les éventuels « médecins solidaires ».

5- Santé psychique des jeunes

Une enquête menée par la Mutualité française, l'Institut Montaigne et l'Institut Terram auprès de 5 600 jeunes de 15 à 29 ans révèle qu'un quart d'entre eux présentent un épisode dépressif majeur.

Fatigue chronique (83 %), troubles du sommeil (72 %), dévalorisation de soi et idées suicidaires (31 %) traduisent un mal-être profond, notamment chez les jeunes femmes, les étudiants précaires et les ultramarins (jusqu'à 52 % en Guyane).

Le recours aux soins reste limité (38 %), freiné par le coût, la stigmatisation ou un manque d'information.

Les jeunes formulent des attentes fortes : accès facilité aux soins psychologiques, prévention accrue, intégration de la santé mentale dans les politiques éducatives et lutte contre le harcèlement.

6- Orthophonistes libéraux : des inquiétudes

Les CMP rattachés aux hôpitaux, proposent à plus de 350 000 enfants et adolescents qui souffrent de troubles psychiques, des suivis pluridisciplinaires: pédopsychiatre, neuropsychologue, psychomotricien... Les orthophonistes font partie de ce panel de soins forfaitaire pris en charge par la Sécurité sociale.

Beaucoup de patients de CMP présentent des problèmes de neurodéveloppement, de langage, d'entrée dans les apprentissages, ou des troubles autistiques, qui nécessitent un accompagnement d'orthophonie.

Dans la réalité, tous les CMP ne disposent pas d'orthophonistes, et les délais ne cessent de s'allonger parfois au-delà d'un an,, contraignant les parents à rechercher une solution du côté des 20 000 orthophonistes libéraux, en parallèle la prise en charge par un CMP.

Jusqu'à présent l'intervention des libéraux était prise en charge par l'assurance maladie, mais depuis quelques temps, certaines CPAM refusent le remboursement au motif qu'il s'agit d'une double prise en charge.

Ceux pratiquant le tiers payant craignent donc de devoir rembourser un indu. Ils ont été invités à passer convention avec les CMP qui prendraient en charge ces soins , comme s'il s'agissait d'une sous-traitance.

Bien entendu les établissements gestionnaires des CMP ne manifeste pas un grand enthousiasme pour conclure ces conventions, ne serait-ce que pour une question de moyens . Des orthophonistes ont déjà commencé à suspendre leurs rendez-vous, au grand désarroi des parents qui se trouvent devant un choix cornélien : faut-il arrêter le CMP ou l'orthophonie ?

7- « L'APHP débloque au bloc ».. .ou de l'obligation de la checklist

C'est le titre d'un article publié par Le Canard Enchaîné du 10 septembre. Il a mis sa palme sur un rapport interne à l'APHP qui montre comment les établissements respectent les obligations de vérifications au décours des interventions chirurgicales (la fameuse checklist).

Comme pour l'aviation civile , l'OMS a préconisé une checklist pour garantir la sécurité des interventions chirurgicales, qui a été rendue obligatoire en France en 2010.

C'est une obligation partagée entre les chirurgiens, anesthésistes et tous les personnels participant à l'intervention.

Elle se déroule en 3 temps :

- ✓ au moment de l'entrée en salle et avant l'induction anesthésique pour vérifier l'identité du patient, le mode d'installation de celui-ci, la préparation cutanée, la présence des équipements nécessaires (les bons instruments, a bonne prothèse...), les risques que peut présenter le patient (allergie, saignement...),

- ✓ avant l'intervention (avant l'incision) pour confirmer l'identité du patient, le site opératoire, l'installation du patient, la disponibilité des documents nécessaires, partager les informations essentielles, au sein de l'équipe, vérifier la réalisation de l'antibioprophylaxie,
- ✓ après l'intervention pour vérifier la présence des instruments, compresses et autres dispositifs médicaux utilisés au cours de celle-ci, l'étiquetage des prélèvements, les prescriptions et la surveillance post opératoire.

La checklist est un document du dossier médical.

Selon le document de l'AP-HP, sur 196 000 interventions réalisées en 2024, en Île-de-France, 2 000 n'ont pas fait l'objet d'une checklist, et 58 200 patients ont dû se contenter de vérifications incomplètes.

La palme revient à l'hôpital Louis Mourier des Colombes qui se passe de checklist dans 5 % des cas et où 55% de celles-ci sont incomplètes.

Selon l'OMS, ces vérifications permettraient d'éviter 30 à 50% des complications post opératoires et erreurs médicales

Pour en savoir plus sur la checklist voir le site de la HAS :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-12/pour_une_meilleure_utilisation_de_la_check-list.pdf

8- Santé : l'UFC Que Choisir monte au créneau

L'UFC Que Choisir consacre sa « lettre du mouvement » de septembre, que l'on peut trouver sur son site, à la santé et à l'accès aux soins. Voici les 3 thèmes abordés :

- ✓ Un système à la dérive : des médicaments hors de prix menacent l'accès aux soins
Jusqu'à 70 000 € par patient et par an : c'est le coût du Keytruda® (anticancéreux), qui concerne près de 90 000 malades en France. Le prix affiché dépasse 2 000 € le flacon, mais les « remises » négociées entre l'État et les industriels sont gardées secrètes. Son remboursement a coûté plus de 2 milliards d'euros en 2024, soit 5,2 % des dépenses de médicaments remboursables.
- ✓ La solidarité en danger : non à l'impôt sur la maladie !
L'augmentation du reste à charge, proposée par le précédent 1^{er} ministre, « frappe uniquement celles et ceux qui sont contraints de recourir aux soins, aux médicaments qui sont pourtant prescrits par des médecins, et elle le fait sans distinction de revenus ni de choix personnel. Autrement dit, elle constitue, de fait, une forme d'impôt sur la maladie ».
- ✓ Accès aux soins : les inégalités continuent d'exploser,
« L'UFC publie une nouvelle étude qui révèle une aggravation de la mauvaise répartition des médecins sur le territoire : trois quarts des départements ont vu leur situation se détériorer en 10 ans. Les politiques publiques menées jusqu'à présent, fondées sur de coûteuses incitations, échouent à endiguer cette situation. Une régulation de l'installation des médecins s'impose plus que jamais ».
- 73 départements ont subi une baisse de leur densité médicale entre 2014 et 2023.
- parmi les 50 départements les moins bien dotés en médecins par rapport à la population 2014, 44 ont encore vu leur situation se détériorer.
- à l'inverse, parmi les 50 départements les mieux pourvus en 2014, 22 enregistrent une amélioration.
- ✓ Les disparités territoriales s'accroissent dangereusement :
 - les 10 départements les moins dotés en 2014 comptaient en moyenne 18,6 médecins pour 10 000 habitants, ce chiffre tombe à 16 en 2023,

- dans le même temps, les 10 départements les mieux dotés connaissent une légère hausse de leur densité, passant de 44,04 à 44,16 médecins pour 10 000 habitants,
- par exemple, en 2023, la densité médicale dans l'Eure ou l'Ain est respectivement de 15,7 et 15,9 médecins pour 10 000 habitants, contre 42,9 dans le Rhône, 45,7 en Hautes-Alpes, et même 76,8 à Paris.

9- HAS : 6° cycle de certification : c'est parti

Le 6° cycle de la certification des établissements de santé est applicable aux visites effectuées depuis le 1° septembre.

Pour permettre aux représentants des usagers, auxquels elle donne une place plus importante, de se l'approprier, la HAS, en partenariat avec France Assos Santé, a organisé à leur intention, le 22 septembre, un webinaire qui a réuni 540 participants.

Avant la présentation du 6° cycle, la HAS a fait un rapide bilan du 5° : fin août, sur 2355 établissements visités, 2022 décisions étaient prises, parmi lesquelles 86 établissements non certifiés (au lieu de 4 à 5 dans les précédentes itérations), dont plusieurs dans notre région, et 149 ont été certifiés sous conditions.

Pour mémoire, la HAS publie sur son site Internet les rapports de certification de l'ensemble des établissements afin de rendre accessible au plus grand nombre l'information contenue dans ces rapports et de permettre aux établissements d'identifier leurs marges d'amélioration. Elle transmet également en fin de procédure le rapport de certification de chaque établissement à l'ARS, ainsi que, le cas échéant, la liste des établissements n'ayant pas respecté leurs obligations d'engagement et de mise en œuvre de la procédure.

Les établissements doivent informer les usagers des résultats de la certification notamment par affichage dans les lieux ouverts au public.

Nous aurons l'occasion de revenir sur cette démarche, mais il est possible de se reporter à la présentation de ce webinaire et d'accéder aux nouveaux documents dont bien sûr le référentiel (186 pages).

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf

10- IVG : en hausse

En 2024 : 251 270 IVG ont eu lieu, soit 7 000 de plus qu'en 2023, et 45 % ont été réalisées en dehors des établissements de santé.

Les IVG médicamenteuses ont connu un essor considérable, représentant 80 % de l'ensemble des interruptions (31 % en 2000 et 68 % en 2019).

En 2024, le taux de recours à l'IVG a été de 17,3 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 ans à 49 ans, contre 16,8 pour 1 000 en 2023. Il est le plus élevé chez les 25-29 ans, avec 29,8 IVG pour 1 000 femmes, et il est plus faible pour les moins de 20 ans qu'il y a dix ans (5,5 pour 1 000 contre 8,7).

En BFC : 8 198 IVG (instrumentales et médicamenteuses) dont 4 873 en établissement, 3 074 en cabinet libéral et 251 en centre de santé et centre de santé sexuelle).

Pour en savoir plus voir « études et documents » (septembre 2025) de la DREES (8 pages)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-09/ER%201350%20IVG%20MEL_1.pdf

11- Pharmaciens : le sursis

Suite à l'arrêté publié le 6 août qui avait plafonné dès début septembre les remises commerciales sur les médicaments génériques à 30 % du prix de ces produits au lieu de 40 % auparavant, les pharmaciens étaient descendu dans la rue et fait signer des pétitions dans leurs officines.

Le 24 septembre ils ont obtenu la suspension temporaire (3 mois) de la mesure en attendant les conclusions d'une mission confiée à l'IGAS et à l'IGF.

En contrepartie, les pharmaciens se sont engagés à prendre en charge les patients se présentant en officine pour « *les maux du quotidien* » telles que des petites plaies ou brûlures, dans des communes dénuées de médecins.

8 Publications et bibliographie :

1- « **Ambroise Croizat, justice sociale et humanisme en héritage** »

Emmanuel Defouloy , éditions Geai Bleu, 12 €

Ouvrage introuvable dans les librairies : il faut le commander

Quand on parle de la fondation de la sécurité sociale , dont nous fêtons cette année les 80 ans on pense au général De Gaulle qui signa l'ordonnance du 4 octobre 1945 dont l'article 1° est ainsi libellé : « *Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent* ».

On pense à Pierre Laroque (1907-1997), haut fonctionnaire qui en a été le technicien « visionnaire ».

On pense moins à Ambroise Croizat (1901-1951) dont ce livre est la biographie.

Le syndicaliste engagé :

Ouvrier métallurgiste dès l'âge de 13 ans Ambroise Croizat s'engage au parti communiste à sa création au congrès de Tour en 1920 et il devient l'un des dirigeants des jeunesses communistes, puis en 1936, secrétaire général de la Fédération des métallurgistes CGT.

Le député :

La même année il est élu député de la Seine. Le parti communiste ayant été dissout au moment de la signature du pacte germano soviétique, il est déchu de son mandat et emprisonné à la Santé et à Alger. Libéré en 1943 au moment du débarquement des alliés en Afrique du Nord, il siège au sein de l'assemblée consultative provisoire (ACP). A la libération il est élu à l'assemblée constituante. Il sera député de 1946 à 1951.

Le ministre :

Le général De Gaulle le nomme ministre du travail et de la sécurité sociale le 21 novembre 1945 et il le restera dans les 3 gouvernements suivants jusqu'en mai 1947.

En application des ordonnances de 1945 il met en place un régime général de couverture sociale couvrant l'assurance maladie, les allocations familiales, les retraites et la couverture des accidents du travail. Son nom est également attaché aux comités d'entreprise, à la médecine du travail, à la réglementation des heures supplémentaires ...: tout cela en 16 mois ! (autres temps).

La lecture de cet ouvrage permet un retour sur l'histoire du progrès social de l'après-guerre et rappelle les principes fondateurs de la sécurité sociale dont nous fêtons les 80 ans.

2- « **Refondation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France** »

Le 18 septembre, à l'occasion du congrès de la Fédésap, deuxième fédération d'employeurs du secteur des services à la personne, l'Institut santé (IS) a dévoilé son rapport sur la « refondation de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées en France ».

L'Institut Santé est un organisme indépendant de recherche sur les politiques sociales, créé en 2018 par Frédéric Bizard professeur d'économie à l'ESCP Europe).

Il a pour ambition de relever le défi de la refondation de notre système de santé, comme des autres composantes de notre modèle social de 1945.

Il regroupe des personnalités hautement qualifiées sur l'ensemble des expertises nécessaires mais aussi des personnalités de renom de la société civile qui soutiennent cette refondation ». Frédéric Bizard ne nous est pas inconnu, puisque le 21 mars 2022, à l'invitation conjointe de l'ARUCAH, de France Assos Santé et de la CRSA, il était venu à Dijon animer une conférence débat sur le thème « quel nouveau système de santé pour demain ? » à la suite de la parution de son livre « l'autonomie solidaire en santé – la seule réforme possible ».

Aujourd'hui, avec ce rapport il s'interroge sur le système de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Pour Frédéric Bizard, répondre au désir de vieillir chez soi permettrait de faire des économies. Il propose 3 pistes de réflexion.

La première : ériger en « modèle dominant » le soutien à domicile, plébiscité par les Français, est la seule solution pour faire face aux besoins croissants d'ici à 2030.

Privilégier le maintien à domicile plutôt que l'entrée en maison de retraite est l'ambition affichée depuis près de vingt ans par chaque gouvernement, mais le « virage domiciliaire » promis reste l'arlésienne.

En concentrant les moyens sur les Ehpad depuis vingt ans, le système confine au « tonneau des Danaïdes » : les déficits de la Sécurité sociale se creusent sans amélioration de la prise en charge.

La clé résiderait dans une meilleure répartition des personnes en perte d'autonomie entre Ehpad et domicile.

Une étude de la direction de la Sécurité sociale parue en 2021, constate que la prise en charge des personnes âgées relativement autonomes (GIR 3 et 4) qui représente 43% des résidents en EHPAD, serait moins coûteuse en argent public à domicile qu'en Ehpad.

Le professeur de gériatrie Claude Jeandel estime que 60 000 résidents actuellement en Ehpad pourraient vivre chez eux avec un « renforcement domiciliaire ».

Ne pas assigner les GIR 3 et 4 à l'Ehpad suppose, de développer des domiciles « regroupés » : résidences services seniors, habitats partagés... propres à pallier l'absence de proches.

Seconde piste du rapport : instaurer une prévention systématique des pathologies du vieillissement dès le départ en retraite. Le repérage précoce, sous forme d'un questionnaire à remplir soi-même en ligne, relèverait de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Les retraités pourraient ainsi être accompagnés dans une prévention globale (santé, logement, vie sociale). Pour cette mission de suivi, le rapport suggère de créer 100 000 postes de « care manager », ou « responsable de soins ».

Troisième proposition : sortir du cadre des financements « aujourd'hui peu lisible et difficile à piloter ». Les Français ne cotisent pas spécifiquement pour financer le risque de perte d'autonomie. Aussi Frédéric Bizard propose-t-il une contribution des retraités les plus aisés qui cotiseraient à hauteur d'environ 110€ par an pour alimenter une assurance publique autonomie.

En outre, toute personne à partir de 60 ans devrait souscrire une assurance « qui couvrirait des frais non remboursés » par la sécurité sociale, et les conseils départementaux financeraient uniquement une allocation accessible aux plus modestes, qui remplacerait l'APA.

Frédéric Bizard a adressé son rapport aux conseillers d'Emmanuel Macron et au cabinet de Sébastien Lecornu. Même si l'on ne partage pas ces propositions, elles méritent d'être étudiées. Rapport complet (116 pages) une synthèse est également disponible

<https://www.institut-sante.org/Rapport-Autonomie-Institut-Sante.pdf>

3- « EIGS » HAS rapport annuel

Ce huitième rapport annuel de la HAS sur les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) porte sur 16 060 déclarations d'EIGS reçues de mars 2017 au 31 décembre 2024. Il est composé de 2 documents :

- ✓ le rapport sous format synthétique « **les abrEIGÉS** »(25 pages)
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-09/abreiges_2024_09_sept_v7_2025-09-09_11-55-54_180.pdf
- ✓ le cahier technique avec des tableaux statistiques

Outre l'analyse des risques, l'HAS fait des préconisations

Nous avons noté :

- ✓ des déclarations en hausse , mais en deçà de l'attendu
En 2024, 4 630 EIGS ont été déclarés par les professionnels de santé et transmis à la HAS, soit une hausse de 13 % par rapport à 2023.
Cette progression ne signifie pas que le nombre d'évènements augmente, elle reflète plutôt une meilleure connaissance du dispositif national de déclaration. Elle traduit également une évolution de la culture de sécurité des soins.
Cependant, les EIGS demeurent encore très sous-déclarés (cf. étude ENEIS 3).
- ✓ des causes d'EIGS différentes selon l'âge (période infantile)
Entre mars 2017 et mai 2024, 408 déclarations d'EIGS concernant les enfants de moins de 1 an (y compris les fœtus morts in utéro) ont été reçues et analysées à la HAS.
Si on s'intéresse aux enfants âgés de 1 mois à 1 an, les principales causes immédiates des EIGS sont des défauts de diagnostic et de clinique (21/63) et des erreurs médicamenteuses (15/63).
- ✓ une analyse approfondie des EIGS en lien avec le personnel non permanent
Bien que le recours au personnel non permanent apporte de la souplesse aux établissements pour la gestion ponctuelle de ressources humaines, leur intervention peut parfois engendrer des situations à risques, liées à leur méconnaissance des habitudes, du matériel et des procédures du service ou de l'établissement.
Le rapport annuel rappelle les résultats et les 6 préconisations issus de l'analyse de 512 EIGS en lien avec le personnel non permanent.
- ✓ une synthèse sur les risques et préconisations liés aux systèmes d'information
Le rapport annuel propose également une synthèse des risques et des préconisations associés aux systèmes d'information initialement publiés dans différents travaux antérieurs de la HAS.

4- « Le bon usage des produits de santé » (Cour des comptes)

La cour des comptes a publié en septembre un « rapport thématique » consacré au bon usage des produits de santé (121 pages).

Par produits de santé il faut entendre les médicaments et les dispositifs médicaux (DM) prescrits aux patients à des fins diagnostiques et thérapeutiques.

Un enjeu pas seulement sanitaire et financier

Le bon usage des produits de santé touche plusieurs enjeux :

- ✓ Un enjeu économique
Les dépenses de remboursement des produits de santé par l'assurance maladie représentent 36,05 Md€ en 2023 (en montant net), en augmentation de près de 12 % par rapport à 2019.

- ✓ Un enjeu de santé
Le mauvais usage des médicaments et dispositifs médicaux peut se traduire pour le patient par des effets indésirables
- ✓ Un enjeu environnemental :
Les secteurs sanitaire et médico-social représentent 50 à 60 millions de tonnes d'émissions de gaz à effet de serre, soit 8 à 10 % du total des émissions de la France.

Une large méconnaissance des usages des produits de santé à laquelle il faut remédier

- ✓ Une connaissance imparfaite des produits prescrits, dispensés et utilisés
- ✓ De larges potentialités offertes par les systèmes d'information (Mon espace santé...)

Le renforcement d'actions contribuant à la demande et à l'offre de produits de santé :

- ✓ Sur la demande en ville et en établissement
- ✓ Sur l'offre, notamment en
 - Agissant sur les conditionnements et les délais de péremption et sur les dates de péremption, en priorité pour les produits les plus coûteux,
 - prévenant la production de déchets issus des produits de santé et développer les opportunités de « seconde vie »

Les recommandations

La cour propose 7 recommandations , parmi lesquelles on peut noter :

- ✓ intégrer dans le dossier médical partagé du patient les données relatives aux médicaments dispensés figurant dans le dossier pharmaceutique,
- ✓ étendre le dispositif d'accompagnement de la prescription à d'autres médicaments présentant un fort risque de mésusage. Ex : le dispositif d'accompagnement à la prescription des antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1) s'appliquant depuis le 1er février 2025. Il vise à aider le prescripteur à évaluer si le médicament prescrit sera remboursé pour son patient.
- ✓ inclure la question des délais de péremption et des conditionnements dans le cadre des négociations relatives à la tarification des produits de santé au titre des conditions prévisibles et réelles d'utilisation,
- ✓ Élargir les possibilités de réutilisation effective des produits de santé, en facilitant la re-dispensation des médicaments les plus onéreux et le réemploi de certains dispositifs médicaux.

<http://ccomptes.fr/sites/default/files/2025-09/20250905-Bon-usage-des-produits-de-sante.pdf>

9 Agenda d'octobre:

- **9 octobre** : 19h-12h30 CTS Nord FC réunion plénière, résidence Pierre Bonnet à Belfort
- **10 octobre** : 10h-13h Commission spécialisée droit des usagers (CSDU), à l'ARS
- **13 octobre** : 9h-11H CTS Cote d'Or réunion plénière
- **13 octobre** : 12h30-13h30 **Webinaire zonages**
En amont de la commission permanente du 17 octobre, l'ARS organise un webinaire à l'intention des membres de la CRSA sur les zonages des médecins et des orthophonistes
- **14 octobre** : CRSA plénière à Auxerre
- **14 octobre « autonomie et mobilité »**
La 4e édition d'Opportunités Seniors, organisée par le Pôle de Gériatrie et d'Innovation (PGI) en partenariat avec l'Agence Économique Régionale de Bourgogne-Franche-Comté, se tiendra le mardi 14 octobre à Dijon, de 9h à 19h, au Conseil régional sur le thème :
« Autonomie et mobilité : quelles solutions pour les seniors ? »

Elle explorera en profondeur les transformations en cours et à venir dans le domaine des transports et de la mobilité adaptés au vieillissement de la population.

Filière automobile et seniors, quelles dynamiques ? Quel avenir pour les véhicules intermédiaires ? Perspectives sur les nouveaux services de mobilité à imaginer, etc.

- **15 octobre** : 17h CTS 70, bureau
- **16 octobre** : 9h-12h, CTS 39, réunion plénière
- **16 octobre** : 14h- 15h30, commission prévention (visio)
- **17 octobre** : **9h-10h** Commission permanente exceptionnelle , avis sur les zonages médecins et orthophonistes (visio)

Au-delà d'octobre : les dates à retenir :

- **4 novembre** : 9h CSOS (ODJ non connu)
- **13 novembre** : 9h CSOS (ODJ non connu)
- **13-14 novembre** : **1ères journées régionales du numérique en santé**

Le GRADeS et l'ARS BFC organisent :

« les 1ères journées régionales du numérique en santé »

les 13 et 14 novembre au Palais des congrès à Dijon.

Au programme : des **tables rondes en plénière**, des **ateliers thématiques** et des **moments d'échanges** privilégiés, centrés sur des retours d'expérience et des cas d'usage.

Parmi les thématiques abordées :

- ✓ Le **e-parcours** : coordination et structuration des parcours
- ✓ La **cybersécurité** : un engagement de tous les acteurs
- ✓ L'**innovation** : à l'heure de l'Intelligence Artificielle
- ✓ Le **Ségur numérique** : des services socles nationaux à Mon Espace Santé
- ✓ La **télésanté** : des solutions déjà sur le terrain

Sont concernés tous les acteurs de la santé de Bourgogne-Franche-Comté : professionnels de santé libéraux, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, DSI, directions, fédérations, URPS, représentants des usagers ...

Programme et lien d'inscription à venir

- **25 novembre : innovation en santé**

Le comité stratégique de l'innovation en santé se réunira (visio ou présentiel salle C 100) le 25 novembre de 14 à 16h en présence de Mme Marmier (ordre du jour à venir).

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