



# La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 89 Janvier 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

## Le (la) maire et la santé :

Autrefois ( il n'y a pas si longtemps) la vie d'une commune reposait sur un quatuor : le curé, l'instituteur, le médecin et le maire, représentant respectivement l'église catholique, l'instruction publique, la santé et l'autorité publique.

Sous les effets conjugués de la réduction de la pratique religieuse, de la raréfaction des vocations, et de la laïcisation, le curé, dans l'obligation de desservir un nombre considérable de paroisses éloignées les unes des autres, s'est effacé du paysage.

Il en est de même de l'instituteur pourtant qualifié de « hussard noir de la République » sous la 3<sup>e</sup> République (Charles Péguy). Au fil des fermetures d'écoles, des regroupements pédagogiques intercommunaux (RPI), et de l'évolution de la perception de l'école par les parents, il a perdu son aura.

Pour le médecin on sait ce qu'il en est : il suffit d'évoquer la notion de « désert médical ».

Reste donc le maire dont la loi du 18 juillet 1837, qui reconnaît la personnalité civile de la commune, a fait tout à la fois le représentant de l'Etat et l'exécutif du conseil municipal.

### ***L'homme ( la femme) politique le (la) plus connu(e) :***

Alors que l'image des politiques se dégrade de façon continue dans l'esprit des français , à en juger par la croissance de l'abstentionnisme électoral, le (la) maire reste le(la) plus connu(e) et reconnu(e) d'entre eux. Et cela même s'il (elle) n'est « que » maire délégué d'une commune fusionnée ou maire d'une commune membre d'une communauté de communes (com-com administrativement appelée établissement public de coopération intercommunale (EPCI).

Encensé(e) ou critiqué(e), voire même agressé(e), y compris physiquement, il (elle) ne laisse pas indifférents ses concitoyens.

### ***L'homme (la femme ) orchestre :***

Pourquoi une telle situation ? Parce que le (la) maire est au plus proche de ses concitoyens, souvent il (elle) en connaît personnellement la plupart tout autant que leurs problèmes et leurs attentes. Il (elle) est le recours et a le pouvoir d'agir sur le quotidien même s'il n'en a pas toujours les moyens. Il (elle) est mis(e) « à toutes les sauces », il (elle) est responsable de tout et sensé(e) tout savoir.

Il serait présomptueux de vouloir énumérer ses domaines de compétences : titulaire d'un pouvoir de police, officier d'état civil, garant(e) de la tranquillité, de la sécurité, de la salubrité, compétant(e) en matière économique , d'urbanisme etc..

### **En matière de santé : quel rôle ?**

En matière sociale et de santé ses compétences, réglementairement définies, sont limitées : président(e) du CCAS (lorsqu'il existe) , du conseil de surveillance de l'EHPAD et/ou de l'hôpital ( lorsqu'ils existent et même si la présidence n'est plus automatique). Et pourtant il (elle) a une grande responsabilité car son action ou son inaction peut avoir des conséquences sur la santé des habitants, notamment en matière d'environnement (l'eau, l'air, le bruit, l'urbanisme ,la salubrité, la sécurité, les transports...)

Toutefois, alors que l'accès aux soins primaires n'est pas encore considéré par le législateur comme un véritable service public, les maires conscients de la dégradation de l'offre de soins et des attentes de leurs administrés n'hésitent pas à agir, même au-delà de leurs missions réglementaires.

Ainsi n'hésitent – ils pas à se transformer en promoteur immobilier pour construire une maison de santé, en agent publicitaire pour déployer des banderoles sur les ronds-points d'entrée d'agglomérations pour rechercher un médecin, ou encore en démarcheurs se rendant dans les universités roumaines pour « draguer » les étudiants français exilés.

### **De fortes attentes :**

En pourtant, dans le contexte actuel, ses concitoyens, dont l'inquiétude grandit, attendent beaucoup de lui (d'elle) pour leur garantir l'accès aux soins, en particulier dans les petites et moyennes communes ou l'initiative libérale ne répond plus à ces attentes.

Ces attentes s'invitent dans la campagne pour les élections municipales des 15 et 22 mars prochains souvent en concurrence avec d'autres préoccupations. Les candidats sont d'ores et déjà l'objet de sollicitations de la part de « groupes de pression » (pour ne pas dire de lobbies) dont nous citons 2 exemples (il y en a d'autres) :

#### **« Promotion Santé »**

Promotion Santé BFC relaie au niveau régional , avec 24 partenaires régionaux une campagne nationale de sensibilisation sur le thème : « comment agir pour la santé à l'échelle locale ? ».

Elle organise localement 2 webinaires de 1h30, sur chacun des 4 thèmes suivants :

santé et politiques, urbanisme - cadre de vie et santé (ou bien être), santé environnementale et transition écologique, santé des enfants, jeunes et familles.

Pour :

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

Accès au flyer et inscription aux webinaires par le lien suivant :

<https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/ma-region/agir-pour-la-sante-lechelle-locale-webinaires-regionaux-pour-les-elus-et-candidats-aux>

#### **« France Assos Santé »**

De son côté, France Assos Santé prépare pour janvier un « manifeste pour les élections municipales de 2026 » qui sera accompagné de fiches action pratiques permettant de faire connaître aux futurs élus les leviers d'action pour favoriser :

- ✓ l'accès aux soins : évaluation des besoins de la population et les actions possibles pour y répondre,
- ✓ la prévention, la promotion d'environnements favorables à la santé et l'acculturation sociétale de la fin de vie.

### **Se mobiliser :**

La mobilisation des grandes associations est une nécessité pour sensibiliser et former les candidats, mais elle ne dispense pas les électeurs de se mobiliser eux-mêmes durant la campagne pour se faire entendre, exprimer leurs attentes et susciter des réponses... et in fine mettre le bon bulletin dans l'urne.

## **1. Le dossier du mois : Les enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale**

La contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) a publié un « avis relatif aux enfants privés de liberté dans les établissements de santé mentale » daté du 6 octobre (JO du 4 décembre - 8 pages).

[https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=dWzYJMzQm-f6KMqHNRAnMF4A4GtPAvo0eDxMj\\_ApB4M=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=dWzYJMzQm-f6KMqHNRAnMF4A4GtPAvo0eDxMj_ApB4M=)

Déjà, dans un rapport de 2017, la CGLPL recommandait que soit renforcée la protection des mineurs hospitalisés en psychiatrie.

A l'occasion de ses dernières visites elle a pu constater que ces enfants, pour la plupart hospitalisés « en soins libres », sont fréquemment pris en charge selon des modalités qui entraînent de nombreuses atteintes à leurs droits fondamentaux et méconnaissent les normes internes et internationales censées protéger les enfants, privés de liberté ou non.

### **1- Le cadre juridique des enfants hospitalisés en psychiatrie :**

#### **✓ Les modalités d'hospitalisation de l'enfant :**

Un enfant peut faire l'objet de soins psychiatriques sans que son consentement soit requis . Les mineurs hospitalisés dans les établissements de santé mentale peuvent être admis en soins psychiatriques, sous forme d'hospitalisation complète, selon 3 modalités :

- à l'initiative des titulaires de l'autorité parentale, qui demandent l'admission du mineur et autorisent les soins. En cas de désaccord entre eux, le juge aux affaires familiales statue. Le mineur est alors en soins psychiatriques libres. Ce cas de figure est celui de la majorité des mineurs hospitalisés en psychiatrie.
- Sur décision du juge des enfants intervenant au titre de l'assistance éducative, après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, si la santé du mineur est en danger et si sa protection l'exige, ou du procureur de la République, en cas d'urgence.
- Sur décision du représentant de l'Etat prononçant son admission en soins psychiatriques sans consentement, lorsqu'il est atteint de troubles mentaux qui nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

#### **✓ La convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) :**

La CIDE s'applique à tous les enfants y compris les mineurs hospitalisés en psychiatrie.

Elle pose le principe que l'intérêt supérieur de l'enfant « doit être une considération primordiale » dans toutes les décisions le concernant.

Durant sa privation de liberté, qui doit être aussi courte que possible, l'enfant doit être séparé des adultes, à moins que l'on estime préférable de ne pas le faire dans son intérêt supérieur.

Il doit avoir rapidement accès à l'assistance juridique ou à toute autre assistance appropriée, ainsi que le droit de contester la légalité de sa privation de liberté devant un tribunal ou une autre autorité compétente, indépendante et impartiale, et à ce qu'une décision rapide soit prise en la matière.

✓ **La protection des droits des patients en soins sans consentement :**

Entre 2011 et 2022, 4 lois, introduites dans le code de la santé, ont construit le statut des patients en soins sans consentement pour leur apporter de plus en plus de garanties concernant la protection. Elles ont :

- institué un contrôle systématique, par l'autorité judiciaire, des mesures de soins sans consentement accompagnées d'une hospitalisation complète avec l'intervention du juge des libertés et de la détention dans un délai de 15 jours après l'hospitalisation,
- donné un fondement légal aux pratiques d'isolement et de contention, définies comme des « mesures de dernier recours » prises pour prévenir « un dommage immédiat ou imminent » et ne pouvant résulter que de la « décision » d'un psychiatre.

De toutes ces dispositions résultent des interdictions claires :

- aucun patient ne peut être empêché d'aller et venir, c'est-à-dire être enfermé, sans être placé en soins sans consentement avec toutes les garanties que cette mesure implique, au premier rang desquels le contrôle de la mesure par l'autorité judiciaire,
- aucun patient qui n'est pas soumis à une mesure régulière de soins sans consentement ne peut être isolé ou placé sous contention,
- aucun patient ne peut être placé sous contention sans avoir été préalablement isolé,
- la levée d'une mesure de soins sans consentement par le juge interdit toute autre forme de contrainte.

Enfin, le statut des soins sans consentement est le fondement d'un enregistrement durable des patients dans un fichier administratif dénommé « Hopsyweb », mis en œuvre par les ARS et destiné « au suivi départemental des personnes en soins psychiatriques sans consentement ».

**2- Les atteintes aux droits :**

Malgré un arsenal juridique protecteur, la CGLPL a constaté que les enfants hospitalisés sont victimes de graves et nombreuses atteintes à leurs droits.

✓ **Une prise en charge des mineurs inadaptée source d'atteintes aux droits :**

« Les atteintes aux droits des patients hospitalisés en psychiatrie sur le territoire français résulte directement des conséquences de la grave crise que traverse cette discipline ».

« Il existe [...] des territoires dans lesquels on ne rencontre pas d'offre de pédopsychiatrie libérale, d'autres dans lesquels il n'y a pas d'hospitalisation complète en unité de pédopsychiatrie, d'autres enfin dans lesquels l'offre de soins extra-hospitalière est très limitée ».

L'incapacité généralisée qui en résulte à prévenir les crises conduit à un grand nombre d'hospitalisations dans l'urgence.

Faute d'offre suffisante, les enfants peuvent être, suivant les situations locales, hospitalisés en pédiatrie, admis en psychiatrie dans des unités pour adultes ou dans des unités adaptées mais très éloignées de leur domicile.

La CGLPL a pu constater par exemple:

- des restrictions à la liberté d'aller et venir, y compris en hospitalisation en soins libres, pouvant aller jusqu'à la privation même de liberté lorsqu'ils sont admis dans des unités pour adultes,
- des horaires de visite et les possibilités d'échange par téléphone très strictement limités, les téléphones portables étant le plus souvent retirés de manière permanente et les visites autorisées seulement une ou 2 fois par semaine,
- un quasi-abandon de la scolarité dans de nombreux cas.

✓ **Un recours massif à l'isolement et à la contention :**

Les mesures d'isolement et de contention sont prohibées lorsque l'hospitalisation résulte de l'initiative des titulaires de l'autorité parentale ou du juge des enfants, puisqu'il s'agit de soins libres.

Pourtant, la CGLPL constate fréquemment que des mineurs en hospitalisation libre font l'objet d'isolement et de contention, particulièrement lorsqu'ils sont pris en charge dans des services pour adultes, où ils sont parfois hébergés à temps complet en chambre d'isolement.

Une telle privation de liberté est illégale hors du cadre des soins sans consentement, même dans l'hypothèse où elle résulte d'une décision d'un psychiatre estimant qu'elle est justifiée par l'état clinique de l'enfant.

Cet enfermement arbitraire expose en outre les mineurs à des risques d'atteinte à leur intégrité physique et psychique, particulièrement quand il est mis en œuvre dans des chambres d'isolement dépourvues de bouton d'appel.

La CGLPL constate régulièrement que les titulaires de l'autorité parentale ne sont pas informés des mesures ainsi mises en œuvre à l'encontre de leurs enfants.

**3- L'urgence de garantir les droits et la qualité des soins :**

La CGLPL préconise :

✓ **Un statut unique pour tous les enfants hospitalisés en psychiatrie :**

« La création par le législateur d'un statut du mineur hospitalisé en psychiatrie pleinement respectueux de ses droits s'impose donc pour remédier à ces dysfonctionnements qui placent la France en situation de constante violation de ses engagements internationaux en matière de protection des droits de enfants ».

Il est nécessaire d'instaurer un statut légal du mineur hospitalisé en psychiatrie garantissant le respect effectif de ses droits fondamentaux et conforme en tous points aux stipulations de la CIDE.

Ce statut devra garantir au mineur, en toute situation, le droit d'exprimer librement son opinion sur toute question l'intéressant, la prise en considération de ses opinions eu égard à son âge et à son degré de maturité et le droit d'être entendu dans toute procédure judiciaire ou administrative l'intéressant, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un représentant.

Enfin, l'isolement et la contention des mineurs hospitalisés en psychiatrie doivent être expressément interdits.

Les services de pédopsychiatrie doivent disposer des moyens effectifs de prendre en charge les mineurs qui leur sont confiés en respectant cette interdiction.

✓ **Un plan pour assurer la qualité des soins de pédopsychiatrie :**

L'instauration d'un statut du mineur hospitalisé en psychiatrie doit être accompagné d'un plan national de réhabilitation de la pédopsychiatrie.

« La gravité des atteintes auxquelles sont exposés les enfants ayant besoin de soins en santé mentale doivent cesser sans délai ».

Il conviendra donc de mettre en œuvre une politique globale visant à assurer aux enfants admis en psychiatrie l'accès à des soins de qualité, conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Cela comprend notamment un seuil de présence médicale et soignante obligatoire, des installations appropriées, des activités et un accompagnement éducatif adapté, une protection de la vulnérabilité suffisante, la garantie du maintien des liens avec les proches et des conditions de contrôle juridictionnel réalistes.

*Cet avis peut paraître sévère : il ne doit cependant pas jeter le discrédit sur tous les professionnels des établissements de santé mentale qui prennent le plus grand soin des enfants et des jeunes qui sont hospitalisés.*

*Le risque de maltraitance qu'il évoque pourrait certainement être mieux maîtrisé par un moindre recours à l'hospitalisation complète grâce à une meilleure prévention, une détection plus précoce, l'amélioration des prises en charge des situations de crise par les urgences et surtout par la réduction des délais de prise en charge ambulatoires (CMP, CATTP, équipes mobiles...).*

## 2. Comment passer l'hiver ?

Bien au chaud pourrait-on répondre ! Mais plus sérieusement en suivant l'instruction du 18 novembre « relative à la préparation du système de santé à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'hiver 2025-2026 » (21 pages avec les 3 annexes) adressée aux DG d'ARS.

Cette instruction est certainement la bien venue alors qu'en cette fin d'année nous connaissons un important pic épidémique de la grippe et de la bronchiolite, en même temps qu'un grand froid.

Déjà une instruction du 12 juin « relative à l'accès aux soins non programmés et de médecine d'urgence durant l'été 2025 » nous disait comment passer l'été (cf. lettre N° 83 de juillet § 4). La santé suit le rythme des saisons.

### **Les préconisations :**

Le ministre demande aux ARS :

- ✓ d'identifier les territoires à risque de rupture saisonnière d'accès aux soins (y compris en médecine de ville) avec une attention particulière sur la disponibilité des lits en soins critiques,
- ✓ de déployer des plans d'action territorialisés et d'œuvrer à créer une dynamique territoriale de mobilisation avec tous les relais institutionnels et professionnels de ville (en particulier les ordres professionnels, les URPS et les associations de permanence des soins),
- ✓ d'organiser des échanges avec les opérateurs de soins pour évaluer les potentielles difficultés et trouver des solutions en amont de la saison hivernale pour évaluer l'impact sur l'offre de soins,
- ✓ d'assurer la remontée d'informations quant à la situation des établissements de santé, en renseignant, chaque jeudi, l'enquête hebdomadaire de la DGOS via l'outil SOLEN la fréquence de recueil pourra être bi-hebdomadaire en fonction de la situation)

### **La mobilisation de la médecine de ville :**

- ✓ Garantir la continuité des soins  
Il est demandé aux ARS
  - de se rapprocher des CDOM afin qu'ils identifient et leur signalent les territoires sur lesquels des difficultés particulières de continuité des soins sont anticipées pendant la période de fin d'année et notamment les semaines du 22 et 29 décembre 2025 (par exemple à l'échelle des territoires de garde PDSA),
  - de mettre en place d'éventuelles actions de sensibilisation et de mobilisation, voire de réquisition (de façon proportionnée et en cas de risque sur la continuité des soins pour la population).
- ✓ S'assurer de la complétude des tableaux de garde de PDSA  
Il est demandé aux ARS
  - de s'assurer de la complétude des tableaux de garde de la PDSA,
  - de procéder, le cas échéant, en lien avec les préfets, aux réquisitions de médecins pour assurer la PDSA les soirs, weekends et jours fériés sur la période de fin d'année, et notamment entre le 20 décembre 2025 et le 5 janvier 2026.

- ✓ Utiliser la possibilité d'étendre les horaires de la permanence des soins  
Il est demandé aux ARS d'anticiper cette situation, et de prévoir cet aménagement pour les vendredis 26 décembre 2025 et 2 janvier 2026 ainsi que les samedis 27 décembre 2025 et 3 janvier 2026, suivant Noël et le Jour de l'An.  
Conformément au cadre réglementaire en vigueur, le vendredi 26 et samedi 27 décembre 2025 ainsi que les vendredi 2 et samedi 3 janvier 2026 peuvent ainsi être considérés comme des jours de PDSA, et, le cas échéant, être organisés comme tels en lien avec le CDOM.
- ✓ Accompagner la montée en charge des SAS  
Il est demandé aux ARS
  - de déployer le SAS dans les quelques territoires encore non couverts, et, plus largement, d'accompagner la montée en charge de l'ensemble des SAS avec une vigilance accrue sur les moyens disponibles en régulation et en « effecton » pendant la période hivernale,
  - de s'assurer de la complétude des lignes de régulation de la filière ambulatoire du SAS, notamment les semaines du 22 et 29 décembre, et de procéder, le cas échéant, en lien avec les préfets, aux réquisitions des médecins régulateurs libéraux.

### ***L'anticipation des tensions par les établissements de santé***

- ✓ Garantir la complétude des tableaux de présence  
Il est demandé aux ARS
  - de recueillir rapidement les fermetures prévisionnelles de lits, les plannings prévisionnels lorsque cela est possible pour les deux semaines de congés d'hiver ainsi que les difficultés éventuelles et les organisations prévues en conséquence. Vous vous assurerez de la continuité des soins pour chaque bassin de population, tant pour les points d'accès à la médecine d'urgence que pour les capacités d'aval avec une attention particulière portée sur les soins critiques,
  - de veiller à ce qu'une organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques soit assurée, dans les structures des urgences ou dans des structures spécifiques lorsqu'elles existent.
- ✓ S'assurer du respect par tous les établissements de santé, publics comme privés, des conditions d'exercice prévues pour les structures de médecine d'urgence.  
L'ensemble des obligations concernant l'implantation et le fonctionnement des structures de médecine d'urgence doit être respecté en continu par tous les établissements de santé sièges de structure de médecine d'urgence, publics comme privés
- ✓ Anticiper les éventuelles mesures relatives à l'accès aux structures des urgences  
Il est demandé aux ARS :
  - de mettre en place toutes les mesures permettant d'éviter des fermetures de structures des urgences en recourant notamment à la régulation à l'entrée des urgences, en communiquant auprès de la population locale sur la nécessité de l'appel préalable au 15 et en s'assurant en amont de la capacité des centres de régulation à absorber le surplus d'appels dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité,
  - de veiller à ce qu'une organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques soit assurée.
- ✓ Anticiper les mesures de préservation des capacités d'hospitalisation pendant les périodes de grand froid  
En tant que de besoin, les dispositions prévues dans le volet EPI-CLIM du plan ORSAN régional ont vocation à être activées en anticipation d'une vague de froid et déclinées par les opérateurs de soins, sous pilotage ARS.

- les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles (PGTHSSE) des établissements de santé,
- les plans bleus des établissements médico-sociaux.

### **La fluidification de l'aval des urgences :**

Il est demandé aux ARS de s'assurer que l'ensemble des établissements de santé ont mis en place un dispositif de gestion des lits ainsi qu'une réunion locale d'anticipation des tensions sur l'aval des urgences regroupant l'ensemble de la communauté hospitalière.

Plus que l'instruction elle-même ses annexes présentées sous forme de tableaux synthétiques présentent un réel intérêt :

Annexe 1 : mesures organisationnelles

Annexe 2 : leviers RH

Annexe 3 : gestion des tensions hospitalières.

*Les membres des instances de démocratie en santé apprécieront certainement, le moment venu, un retour d'information sur ces tensions hivernales.*

## **3. Veille législative et réglementaire :**

### **Textes législatifs :**

**1-** Loi n°2025-1249 du 22 décembre 2025 « portant création d'un statut de l' élu local » (JO du 23/12).

Cette loi comporte 3 titres essentiels :

- ✓ améliorer le régime indemnitaire des élus pour reconnaître leur engagement à sa juste valeur.
- ✓ faciliter l'engagement des élus locaux et améliorer les conditions d'exercice du mandat
- ✓ sécuriser la fin de mandat des élus locaux.

**2-** Loi n°2025-1316 du 26 décembre 2025 « spéciale prévue par l'article 45 de la loi organique n°2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances » (JO du 27/12).

C'est cette loi, qui, à défaut d'un accord des parlementaires sur une loi de finances de l'Etat pour 2026, permettra à celui-ci de continuer à fonctionner à partir du 1° janvier. Elle est très courte (3 articles sur 2 pages) et suffit à autoriser l'état à percevoir l'impôt et faire des dépenses sur les bases de 2025.

**3-** Loi n° 2025-1374 du 29 décembre 2025 visant à reconnaître le préjudice subi par les personnes condamnées sur le fondement de la législation pénalisant l'avortement et par toutes les femmes avant la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse » (JO du 30/12).

« La Nation reconnaît que l'application par l'Etat des dispositions législatives et réglementaires pénalisant le recours et l'accès à l'avortement, sa pratique et l'information sur l'avortement, aujourd'hui caduques ou abrogées, a constitué une atteinte à la protection de la santé des femmes, à l'autonomie sexuelle et reproductive, à l'égalité entre les femmes et les hommes, aux droits des femmes et au droit au respect de la vie privée ».

**4-** Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 (LFSS) JO du 31/12 – 54 pages.

Au JO du même jour est publiée la « décision n° 2025-899 DC du 30 décembre 2025 » du conseil constitutionnel sur cette même loi. (cf. infra 6-4)

## **Textes réglementaires :**

### **1- Intérim des professions médicales : exercice préalable**

Pour mémoire, pris en application de la loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, le décret du 24 juin 2024 relatif à la durée minimale d'exercice préalable de certains professionnels avant leur mise à disposition d'un établissement de santé, d'un laboratoire de biologie médicale ou d'un ESMS par une entreprise de travail temporaire, a fixé à 2 ans la durée minimale d'exercice préalable pour les personnels non-médicaux et de maïeutique à compter du 1er juillet 2024.

Un décret du 28 novembre (JO du 30) vient étendre cette durée minimale d'exercice préalable de 2 ans aux médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens à compter du 1er décembre 2025. Il prévoit un dispositif de sanctions de nature administrative et financière à l'encontre des établissements de santé et ESMS en cas de manquements.

Le DG de l'ARS peut prononcer une sanction administrative, dont le montant est proportionné à la gravité des faits constatés et ne peut excéder 5% des recettes d'assurance maladie ou du chiffre d'affaire lors du dernier exercice clos, dans la limite de 100 000 euros.

Le 2 décembre, la DGOS a publié une note d'information (7 pages) précisant les modalités d'appréciation et de contrôle du respect de la durée minimale d'exercice préalable à l'intérim, ainsi que les sanctions encourues en cas de non-respect.

### **2- ERP : défibrillateurs automatiques externes (DAE) :**

Un décret du 5 décembre (JO du 6) modifie la liste des établissements recevant du public(ERP) soumis à l'obligation de s'équiper d'un défibrillateur automatisé externe. Il met notamment en place une condition de durée d'implantation et des seuils de capacité selon la nature de l'établissement.

Sont concernés « les structures d'accueil pour personnes âgées ou pour personnes handicapées mentionnées à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles » (il en existe 17 catégories dont les EHPAD).

### **3- Télésurveillance : forfaits**

Un arrêté du 17 novembre (JO du 6/12) fixe le montant des forfaits techniques assurant la rémunération de l'exploitant ou du distributeur au détail mettant à disposition le dispositif médical numérique(DMN) de télésurveillance permettant de réaliser l'activité de télésurveillance médicale.

Exemples :

- ✓ forfait mensuel de télésurveillance du diabète : de 48,46 à 49,79€
- ✓ forfait mensuel insuffisance cardiaque chronique : de 39,94 à 73,87€
- ✓ forfait mensuel défibrillateur ou stimulateur cardiaque : 36,07€

### **4- Epuration extra-rénale : forfaits**

Un arrêté du 5 décembre (JO du 6) fixe la liste des forfaits alloués aux établissements de santé ayant une activité de MCO ou d'HAD pour la prise en charge de l'épuration extrarénale de patients souffrant d'insuffisance rénale chronique (IRC) par GHM (groupes homogènes de malades). Nous en avons dénombré environ 80.

### **5- Autorisation d'exercer la médecine en France :**

Heureusement qu'il existe des médecins d'origine étrangère qui souhaitent exercer en France : qu'ils soient européens ou hors UE (PADHUE : praticien à diplôme hors UE) . Sans eux de nombreux hôpitaux ne pourraient fonctionner. Le journal officiel donne très régulièrement connaissance de ces autorisations (nom et spécialités).Au préalable elles sont soumises à la

validation des capacités professionnelles et de la maîtrise de la langue française . Il existe plusieurs parcours possibles, et pas toujours simples.

Un arrêté du 5 décembre (JO du 7) fixe le nombre maximum d'autorisations d'exercice pouvant être délivrées à 295 pour la période du 15 décembre 2025 au 15 décembre 2026 dont :

- ✓ Anesthésie réanimation : 25,
- ✓ Médecine d'urgence : 30,
- ✓ Médecine générale : 40,
- ✓ Psychiatrie : 40

S'y ajoutent des pharmaciens (55) , des chirurgiens-dentistes (30) et des sage femmes (8).

#### **6- Haut conseil de santé publique (HCSP)**

De 570€ en 2019, « le montant de l'indemnité allouée au président du Haut Conseil de la santé publique est fixé à 684 euros (+ 20%) par séance effectivement présidée, dans la limite de 12 séances par an » (arrêté du 20 novembre JO du 9/12).

La présidente élue le 27 octobre est Véronique Gilleron , médecin de santé publique, cheffe du Pôle Santé Publique et responsable de l'unité de coordination et d'analyse de l'information médicale (UCAIM) au CHU de Bordeaux ainsi que du Département d'Information Médicale (DIM) du GHT.

#### **7- Assistants de régulation médicale (ARM):**

Un décret du 10 décembre (JO du 11) permet aux assistants de régulation médicale de bénéficier de la reconnaissance des qualifications professionnelles en application du droit européen relatif à la mobilité des professionnels de santé diplômés de l'Union européenne.

#### **8- Handicap : traitement de données personnelles**

Un décret du 10 décembre (JO du 12) crée un traitement de données à caractère personnel dénommé « système d'information commun pour l'évaluation des besoins des personnes en situation de handicap ».

En fait il existait déjà, mais il s'appelait « traitement automatisé de données à caractère personnel de la maison départementale des personnes handicapées »

« Ce traitement, placé sous la responsabilité conjointe de la CNSA et des MDPH compétentes, est mis en œuvre pour l'exécution d'une mission d'intérêt public ».

Les données sont conservées pendant une durée maximale de cinq ans à compter de la date d'expiration de la validité de la dernière décision.

#### **9- FIR 2025 :**

« La dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional est fixée à 5 389 163 394 euros pour l'année 2025 ».(arrêté du 9 décembre JO du 12).

Un autre arrêté du 12 décembre (JO du 14) fixe la répartition du FIR entre les régions. (cf. infra)

#### **10- Hôpitaux des armées : continuité des soins**

Leur nombre a diminué au fil des années, mais il existe encore des hôpitaux des armées . Comme les établissements civils , ils doivent assurer la continuité des soins et sont confrontés des problèmes d'attractivité.

Depuis 2022 « une indemnité spéciale de continuité du soutien médical hospitalier des armées peut être allouée aux militaires infirmiers et techniciens des hôpitaux des armées, [...] assurant un service de permanence médico-technique dans les services cliniques, les services techniques communs ou les blocs opératoires d'un hôpital des armées ».

Un décret du 11 décembre (JO du 13) étend le versement de cette indemnité aux volontaires du service de santé des armées.

Par exemple, pour une période de 12 heures, elle est de 60€ pour un officier, de 48€ pour un sous-officier et de 36€ pour un militaire du rang .

### **11- Soumission chimique : expérimentation**

La LFSS pour 2025 a prévu que « l'Etat peut autoriser, à titre expérimental et pour une durée de 3 ans, le remboursement par l'assurance maladie des recherches, incluant les tests et analyses, permettant de détecter un état de soumission chimique [...] même en l'absence de plainte préalable, pour améliorer la prise en charge, y compris psychologique, des victimes potentielles ».

Un décret du 11 décembre (JO du 13) fixe les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.

Il prévoit, pendant 3 ans, la prise en charge, sur prescription médicale, des examens de biologie médicale permettant de détecter les substances impliquées dans la soumission chimique. En complément, il définit un parcours patient permettant, le cas échéant, l'utilisation des résultats d'examens à la constitution du dossier de plainte.

Un arrêté du même jour fixe la liste des territoires concernés : les Hauts-de-France, l'Île-de-France, le Pays de la Loire et des laboratoires habilités.

### **12- Intervenant éducatif petite enfance**

Un arrêté du 12 décembre (JO du 14) a créé le titre professionnel d'intervenant éducatif petite enfance. Il est accompagné d'un référentiel d'emploi.

« L'intervenant éducatif petite enfance exerce son activité professionnelle quotidienne en établissement d'accueil du jeune enfant jusqu'à 6 ans, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et en cohérence avec le projet d'établissement ».

### **13- Soins de néonatalogie à domicile**

Un arrêté du 12 décembre (JO du 14) prolonge de 2 ans l'autorisation donnée à titre expérimental aux structures autorisées à la néonatalogie de réaliser des soins de néonatalogie au domicile des nouveau-nés.

### **14- Pharmacie hospitalière : 3<sup>e</sup> cycle**

Les postes offerts au titre de l'année universitaire 2026-2027 au concours national d'internat donnant accès au 3<sup>e</sup> cycle d'études pharmaceutiques sont les suivants :

	Pharmacie hospitalière	Biologie
Besançon	9	5
Dijon	9	5
France	488	266

### **15- SMIC revalorisation**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier, le SMIC est porté à 12,02€ de l'heure (soit + 1,18%). Soit encore 1 823,03 euros mensuels sur la base de la durée légale du travail de 35 heures hebdomadaires (JO du 18/12).

### **16- Etablissement publics de santé et ESMS: dispositions comptables et financières :**

Au JO du 18/12 ont été publiés de nouveaux modèles de présentation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) et du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés des établissements de santé publics et privés non lucratifs applicables à partir de l'exercice 2026.

Au JO du 19 est publié le nouveau modèle de compte financier.

Enfin, au JO du 24 un arrêté du 17 décembre valide les nouveaux tome I, II et III de l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé, bien connue des hospitaliers. De même l'instruction M 22 applicable aux ESMS a été modifiée (Arrêté du 22 décembre (JO du 26)).

### **17- Contrats d'engagement de service public (CESP) :**

Dans la lettre du mois d'août (n°84), nous avons indiqué le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés, au titre de l'année universitaire 2024-2025, par les étudiants de 2° et de 3° cycle des études de médecine et d'odontologie et aux praticiens à diplôme étranger hors union européenne (PADEHUE).

Un nouvel arrêté du 17/12 (JO du 18) fixe la répartition des CESP restant à attribuer

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

### **18- Diplôme de masseur kinésithérapeute (MK) :**

Trois textes datés du 11 décembre relatifs au diplôme d'état de MK ont été publiés au JO du 19. Un décret met en conformité la valeur du diplôme d'Etat de MK évaluée en crédits européens (ECTS) avec le grade de master qui est conféré de plein droit aux titulaires de ce diplôme et fait apparaître la durée totale de formation en prenant en compte la première année universitaire. Un arrêté indique que :

« Le diplôme d'Etat de MK confère le grade de master , la 1° année du premier cycle correspond à une première année universitaire, les quatre années suivantes sont réalisées en institut de formation en masso-kinésithérapie. » (IFMK)

Un second arrêté précise les conditions d'accès aux IFMK.

### **19- Santé publique France (SPF) : dotation 2025**

« Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale de santé publique est fixé à 346,75 millions d'euros pour l'année 2025, dépenses pour la gestion des crises comprises » (JO du 19/12).

### **20- Expérimentation « dentistadom » :**

« L'expérimentation « DENTISTADOM » est autorisée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, dans les conditions précisées par le cahier des charges », pour se terminer au plus tard le 30 juin 2029 » (JO du 21/12).

Elle est portée par l'AFCDAD (association Française des chirurgiens-dentistes à domicile) et vise à améliorer l'accessibilité aux soins dentaires des personnes âgées en situation de dépendance, que ce soit en EHPAD ou à domicile.

Voir le cahier des charge :

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dentistadom\\_cahier\\_des\\_charges\\_decembre\\_2025.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dentistadom_cahier_des_charges_decembre_2025.pdf)

### **21- Protection de l'enfance : parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention**

L'article L 2134-1 du CSP prévoit que « les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, les professionnels de soins de ville, les services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de l'éducation nationale assurent le repérage des enfants jusqu'à 6 ans révolus susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neuro-développement ».

« Le parcours est organisé, selon la nature des troubles, par des structures désignées par arrêté du DG de l'ARS ».

Un arrêté du 19 décembre (JO du 24) fixe le cahier des charges des structures chargées de coordonner les parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention dans le cadre du service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce (16 pages)

### **22- Qualité de l'eau :**

Le JO du 24 décembre publie 4 textes relatifs à la qualité de l'eau.

#### ✓ *Eaux de consommation humaine :*

Un décret du 22 décembre (JO du 24) fixe la liste des substances perfluoroalkylées et polyfluoroalkylées (PFAS) qui doivent être recherchées dans le cadre du contrôle sanitaire des eaux destinées à la consommation humaine. Ces substances sont au nombre de 22.

Ce décret entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

#### ✓ *Eaux de piscine :*

Un décret du 19 décembre met en conformité certaines dispositions réglementaires à la sécurité sanitaire des eaux des piscines, notamment aux produits et procédés de traitement, avec la procédure d'approbation des substances actives biocides réalisée au niveau communautaire.

Un autre arrêté de la même date fixe de nouvelles conditions techniques (7 pages) applicables aux piscines, et un autre encore concerne la qualité des eau de baignades artificielles.

### **23- Carnet de maternité :**

Le carnet de grossesse, change de nom, il s'appelle « carnet de maternité ».

Il est « établi conformément au modèle homologué par le CERFA sous le numéro 17595\*01 ». (JO du 24/12).

### **24- Etude nationale des couts (ENC)**

Au JO du 24/12 est publiée la liste des établissements retenus pour constituer l'échantillon de l'étude nationale des cout pour 2026.

Pour notre région nous trouvons :

- ✓ MCO : CHU de Dijon et Besançon, l'HNFC,
- ✓ HAD : HAD Sud de l'Yonne et Haut Nivernais,
- ✓ SMR : clinique du pays de Montbéliard, CMPR Bretegnier (Héricourt)

### **25- Handicap : dépenses déductibles**

Un décret du 24 décembre (JO du 26) prolonge, pour une durée de 5 années, la déductibilité des dépenses de partenariats, de la contribution annuelle due au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Ces partenariats se matérialisent à travers une adhésion ou une convention avec des associations ou organismes œuvrant pour la formation, l'insertion sociale et professionnelle de personnes handicapées que l'employeur accueille ou embauche.

### **26- Profession d'infirmier : activités et compétences**

Pris en application de la loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, un décret du 24 décembre (JO du 26) précise les domaines d'activité et de compétence de l'infirmier diplômé d'Etat. Il définit notamment l'exercice infirmier ainsi que les modalités de la consultation infirmière.

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

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

Ce décret attendu depuis longtemps a été unanimement salué, y compris par les organisations professionnelles médicales : nous y reviendrons.

### **27- Conférence nationale de santé (CNS)**

Un décret du 24 décembre (JO du 26 – 10 pages) modifie la composition, de l'organisation des travaux et le fonctionnement de la CNS afin d'améliorer sa représentativité collective et par siège, et d'élargir ses missions à la lutte contre les maltraitances.

Ce décret était attendu depuis longtemps : nous y reviendrons.

### **28- Etudiants de 3° cycle des études médicales : aménagement de stage**

Un décret du 24 décembre (JO du 26) aménage les conditions de stage des étudiants de troisième cycle en études de médecine, d'odontologie et de pharmacie lorsqu'ils se trouvent dans une situation particulière liée à la parentalité.

### **29- Professionnels de santé : obligation de certification périodique**

Deux décrets du 26 décembre (JO du 27) traitent de l'obligation de certification périodique des professionnels de santé.

#### **✓ Modalités de contrôle et système d'information**

Le décret définit les modalités de contrôle et de suivi de l'obligation de certification périodique des professionnels de santé par les ordres professionnels et le service de santé des armées. Il précise également les procédures applicables en cas de manquement à cette obligation. Il crée un traitement de données à caractère personnel dans le cadre du téléservice dénommé « Ma Certif'Pro Santé », ayant pour finalité de mettre à disposition des professionnels de santé des comptes individuels retraçant les actions qu'ils ont réalisées au titre de leur obligation de certification périodique. Enfin, il détermine les modalités de saisine de la HAS afin de garantir le respect des référentiels de certification à la méthodologie d'élaboration définie par arrêté ministériel.

#### **✓ Référentiels de certification : saisine de la HAS**

Le décret définit les conditions de la saisine pour avis de la HAS sur les projets de référentiels de certification périodique par le ministre. Il s'agit notamment de garantir la solidité scientifique et la qualité des référentiels de certification élaborés pour chacune des professions de santé à ordre par les conseils nationaux professionnels (CNP).

### **30- Etablissements pour personnes âgées : prix des prestations d'hébergement**

« Le prix du socle de prestations et des autres prestations d'hébergement délivrés par les établissements mentionnés à l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles ne peut augmenter de plus de 0,86 % au cours de l'année 2026 par rapport à l'année précédente » (arrêté du 24 décembre- JO du 28).

### **31- Registre national du cancer :**

Un décret du 26 décembre (JO du 28- 5 pages) fixe les modalités de mise en œuvre du registre national des cancer qui centralise les données populationnelles relatives à l'épidémiologie et aux soins dans le domaine de la cancérologie.

Il précise les finalités de ce registre, les catégories de données et informations qui y sont rassemblées et les sources de données qui l'alimenteront, les conditions de pseudonymisation et d'appariement de ces données, ainsi que les conditions de leur mise à disposition et de leur utilisation.

Il précise enfin l'articulation entre le registre national des cancers et les registres locaux.

### **32- Budget annexe des ARS :**

Un décret du 26 décembre (JO du 28) précise la nature des actions que les ARS peuvent financer au titre de leur budget annexe, en ajoutant une enveloppe consacrée à des dépenses de personnel réalisant des missions d'expertise ainsi qu'une enveloppe d'investissement. Il est applicable à partir de l'exercice 2025.

### **33- Sécu : nouvelle organisation du contrôle médical**

Un décret du 28 décembre (JO du 30) prévoit diverses dispositions relatives à la nouvelle organisation du service du contrôle médical.

Dans ce cadre, les échelons régionaux et locaux du service du contrôle médical ont été transférés aux caisses locales.

Les personnels du service du contrôle médical ont à ce titre été placés sous la responsabilité d'un médecin-conseil directeur médical.

### **34- Groupements territoriaux sociaux et médico-sociaux (GTSMS) :**

Depuis la loi du 8 avril 2024, « pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie », les établissements publics [sociaux et médico-sociaux], à l'exception de ceux gérés par un CCAS ou une collectivité territoriale, ont l'obligation d'adhérer un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou à un groupement territorial social et médico-social (GTSMS).

Un décret du 29 décembre (JO du 30) précise les dispositions budgétaires et comptables, ainsi que celles relatives à la gouvernance, applicables aux GTSMS.

Il apporte également quelques modifications aux dispositions applicables aux autres formes de groupements ( GCSMS , GIP et GIE).

### **35- ESMS – Contrôle de l'espace privatif:**

Deux décrets du 29 décembre (JO du 30) mettent en œuvre les modalités du recueil de l'accord ou du refus de l'usager ou de son représentant légal au contrôle dans son espace privatif ainsi que pour la collecte, la conservation et le traitement des données personnelles recueillies, à partir d'un système d'information.

### **36- Code de déontologie des sages femmes**

Un décret du 30 décembre (JO du 31 – 9 pages) modifie le code de déontologie des sages-femmes.

Il renforce le droit des patientes ainsi que la responsabilité de la sage-femme.

Il simplifie les règles d'exercice et, notamment, l'exercice libéral de la profession.

On peut retrouver ce code sous les articles R 4127-301 à 372 du code de la santé.

### **37- Haltes soins addiction : expérimentation**

Un arrêté du 30 décembre (JO du 31) relatif à l'expérimentation nationale des « haltes soins addictions » désigne les régions Ile-de-France et Grand Est pour la poursuite de l'expérimentation.

Il proroge jusqu'en 2027 les « centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues pour la mise en place d'un espace de réduction des risques par usage supervisé » à Paris et Strasbourg.

## **4. Veille parlementaire :**

### **Assemblée nationale :**

- proposition de loi visant à créer un conseil consultatif de victimes et survivantes de violences subies durant l'enfance,

- proposition de loi tendant à créer une instance territoriale unique de coordination sanitaire et médico-sociale,
- proposition de loi visant à instaurer un congé de 7 jours consécutifs pour le décès du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur, d'un époux ou d'une épouse, d'un conjoint, du partenaire lié par un pacte civil de solidarité et du concubin,
- proposition de loi visant à interdire le voilement des mineures dans l'espace public,
- proposition de loi visant à lutter de manière intégrale contre les violences sexistes et sexuelles commises à l'encontre des femmes et des enfants,
- proposition de loi visant à mettre fin aux dérives financières et sociales des EHPAD,
- proposition de loi visant à réformer les ordonnances de protection pour renforcer la protection des femmes victimes de violences conjugales et leurs enfants,
- proposition de loi visant à créer un crime spécifique d'inceste et à renforcer la protection des victimes de violences sexuelles incestueuses,
- proposition de loi visant à mettre fin au devoir conjugal,
- proposition de loi visant à adapter les prestations sociales aux enfants en résidence alternée,
- proposition de loi visant à garantir un accès équitable aux soins pour les personnes atteintes de la drépanocytose sur l'ensemble du territoire,
- proposition de loi visant à simplifier le modèle de formation continue des professionnels de santé,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à mettre en place un programme de soutien à l'innovation thérapeutique contre les cancers, les maladies rares et les maladies orphelines de l'enfant,
- proposition de résolution visant à suspendre toute nouvelle création d'instances administratives pour lutter contre le phénomène d'agencification de l'Etat et rendre plus lisible le fonctionnement de l'administration française ?
- proposition de loi visant à renforcer la lutte contre le trafic de tabac illicite et ses réseaux organisés,
- proposition de loi visant à reconnaître l'inceste entre cousins germains,
- proposition de loi visant à aligner sur le régime général la majoration de durée d'assurance des fonctionnaires élevant un enfant en situation de handicap,
- proposition de loi visant à sécuriser et améliorer l'emploi des assistants d'éducation,
- proposition de loi visant à limiter à deux ans le versement du revenu de solidarité active pour les personnes aptes à travailler,
- rapport e la commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société,
- proposition de loi, adoptée par le Sénat, visant à reconnaître le rôle des acteurs assurant des soins de troisième recours en psychiatrie,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les modalités de recrutement, de formation et d'organisation des activités périscolaires et extrascolaires et sur les mécanismes de prévention et de traitement des violences commises dans ce cadre,
- proposition de résolution invitant le Gouvernement à agir pour garantir l'accès à l'autoconservation d'ovocytes,
- proposition de résolution invitant le Gouvernement à agir pour garantir l'accès à la procréation médicalement assistée,
- proposition de loi visant à améliorer la transparence sur les risques associés aux produits cosmétiques,
- proposition de loi visant à instituer un contrôleur général des lieux de placement,

- proposition de loi pour une accessibilité totale des réseaux de transports collectifs,
- proposition de loi visant à encadrer la production et la vente de sachets de nicotine,
- proposition de loi visant à protéger l'alimentation des Français et des Françaises des contaminations au cadmium,
- proposition de loi visant à interdire la neige artificielle décorative sous forme de microplastiques,
- proposition de loi pour une génération sans sucre,
- proposition de loi pour protéger l'eau potable,
- proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur (déposée par Yannick Neuder),
- proposition de loi visant à garantir le droit d'accès aux origines personnelles,

#### **Sénat :**

- proposition de loi visant à reconnaître le rôle du département dans la coordination des projets alimentaires territoriaux,
- proposition de loi visant à favoriser le développement de solutions de mobilité dans les espaces peu denses,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à intégrer les centres experts en santé mentale dans le code de la santé publique,
- proposition de loi visant à favoriser les livraisons écoresponsables,
- proposition de loi visant à protéger les mineurs isolés et à lutter contre le sans-abrisme,
- Proposition de loi visant à étendre à toutes les communes la compensation financière prévue pour les communes de plus de 3 500 habitants pour l'exercice de l'ensemble des compétences du service public de la petite enfance,
- proposition de loi visant à réserver la vente de protoxyde d'azote aux seuls professionnels,
- proposition de loi présentée visant à pérenniser les haltes « soins addictions »,
- proposition de loi visant à favoriser le développement de solutions de mobilité dans les espaces peu denses,
- proposition de loi définissant les transports publics collectifs de voyageurs comme un bien de première nécessité,

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

### **5-1 Décisions de l'ARS BFC :**

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

#### **1- Fusion CHU Besançon -CLS d'Avanne, de Bellevaux et CTS des Tilleroyes :**

Nous avons déjà mentionné (cf. Lettre n° 87) le décret du 28 octobre dernier (JO du 29) officialisant la fusion absorption du centre de soins et d'hébergement de longue durée Jacques Weinman d'Avanne-Aveney, du centre de long séjour Bellevaux à Besançon et du centre de soins et de réadaptation les Tilleroyes de Besançon par le CHU de Besançon.

La DG de l'ARS a pris un arrêté (le 13 novembre) sur le même sujet (5 pages). Il précise quelques une des conséquences de cette opération en particulier du devenir des : éléments de l'actif et du passif, conventions de coopération et contrats en cours, droits et obligations, emplois titulaires et contractuels, autorisations d'activités, agréments de transports sanitaires. Tous sont transférés au CHU.

Il nous apprend en outre que le CHU de Besançon change de nom : il s'appelle désormais CHU de Besançon Franche Comté, ( il y a bien un CHU de Dijon -Bourgogne !) avec 5 sites hospitaliers

et 3 sites non hospitaliers : CRA (centre régional autisme), IFPS (institut de formation des personnels de santé), et UCSA (unité carcérale de soins ambulatoires).

## **2- Autorisations d'activité : rejets implicites**

La formule « qui ne dit mot consent » n'est pas toujours vraie en droit . En ce qui concerne les demandes d'autorisation d'activités de soins, le silence de l'ARS pendant un certain délai vaut rejet. Cela ne dispense pas pour autant l'ARS de publier ces décisions ; c'est le cas pour les demandes suivantes :

- ✓ Clinique St Martin de Vesoul : autorisation d'activité de médecine (avis CSOS du 13/11),
- ✓ Clinique de la Miotte à Belfort : autorisation de médecine (avis CSOS du 13/11)

Bien sûr ces décisions implicites peuvent faire l'objet des mêmes recours que les décisions explicites (hiérarchique ou contentieux).

Rappel de la réglementation(article L 6122-9 du CSP) :

« La décision de l'ARS est notifiée au demandeur dans un délai maximum de 6 mois suivant la date d'expiration de la période de réception des demandes. Cette décision est motivée. Toutefois, l'absence de notification d'une réponse dans ce délai vaut rejet de la demande d'autorisation. Dans cette hypothèse, et si le demandeur le sollicite dans un délai de 2 mois, les motifs justifiant ce rejet lui sont notifiés dans le délai d'un mois. Le délai du recours contentieux contre la décision de rejet court alors de cette notification ».

## **3- Autorisations d'activité implicites :**

Il n'y a pas que les rejets qui puissent être implicites : les autorisations aussi. Il en est ainsi pour toutes les autorisations de médecine d'urgence (structures d'urgence, SMUR, SAMU) anciennement accordées et renouvelées tacitement pour une période de 7 ans à compter du 5 décembre.

Les autorisations implicites doivent néanmoins être publiées !

## **4- CPP Est I :**

La liste des membres du CPP Est I ( Dijon) a fait l'objet d'une mise à jour en ce <Qui concerne le collège des personnes qualifiées en raison de leurs compétences en sciences humaines et sociales.

## **5- Composition de la CRSA**

La composition de la CRSA a été mise à jour le 2 décembre mais il subsiste encore de nombreux sièges « en cours de désignation ».

## **6- GCS « Groupement du Grand Est » (GGEst)**

La DG de l'ARS a approuvé l'avenant n° 4 à la convention constitutive du GGEst.

Ce GCS créé en 2007 regroupe les CHU de Strasbourg, Nancy, Reims, Dijon, Besançon et le CHR de Metz-Thionville.

## **7- EHPAD de Coulanges sur Yonne - EPNAK**

Par décision conjointe du 25 mai l'ARS et le conseil départemental de l'Yonne ont suspendu en urgence l'activité de l'EHPAD Ste Clothilde de Coulanges sur Yonne, établissement public autonome (en cessation de paiement).

L'autorisation délivrée à cet établissement pour la gestion d'un SSIAD (60 places) a été transférée à l'EPNAK à compter du 1° novembre.

A compter du même jour, l'EPNAK a été autorisé à ouvrir un accueil de jour de 15 places à Coulanges sur Yonne.

## **8- GHT 21 – 52 :**

La DG de l'ARS a approuvé la nouvelle convention constitutive du GHT 21-52, ainsi que sa nouvelle composition à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Aux membres « historiques » : CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is sur Tille, La Chartreuse, Haute Côte d'Or, Semur en Auxois, Bourbonne les Bains, Chaumont, Langres, viennent s'ajouter les 3 EHPAD de Laignes, Mirebeau sur Bèze et Moutier St Jean.

Plusieurs de ces établissements sont en directions commune avec le CHU de Dijon (Chaumont, Langres, Bourbonne les Bains, Auxonne, Is sur Tille, Mirebeau sur Bèze et avec le CH de Semur en Auxois : CH de haute Côte d'Or, EHPAD de Laignes et Moutier St Jean.

Le GHT compte aussi des membres associés dont le Centre Leclerc, le CRF Divio...

## **9- Vesoul : transfert d'autorisation**

L'ARS a confirmé l'autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes (IRM) utilisés à des fins de radiologie diagnostique, faisant suite à la cession de cette autorisation, initialement détenue par le Groupement d'Intérêt Economique (GIE) de Haute-Saône « IRM 70 », au profit de la SELARL CIMVES.

## **9- Gray : transfert d'autorisation**

L'ARS a confirmé l'autorisation d'exploitation d'équipements d'imagerie en coupes (IRM) utilisés à des fins de radiologie diagnostique cédée par le GH 70 sur son site de Gray au bénéfice du GCS 'imagerie médicale de Gray ».

Préalablement a CSOS a été consultée par écrit.

## **10- PDSA : une maison médicale de garde à Besançon**

Le cahier des charges de la PDSA a fait l'objet d'une nouvelle modification, prévoyant qu'« une maison médicale de garde est créée à Besançon à compter du 26 décembre. Elle vient renforcer la PDSA dans le secteur 25-20, en soutien à SOS médecin déjà présent sur le secteur de garde. Les horaires d'ouverture sont les suivants : chaque soir de 20h à minuit, le samedi de 12h à minuit et les dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à minuit ».

*Voici une excellente nouvelle dont ni les instances de démocratie en santé (CTS, CSOS...) ni la population n'ont été informées. Cette dernière ignore son existence et son lieu d'implantation.. Besançon peut s'enorgueillir de disposer de 2 maisons médicales de garde.*

## **5-2 Du côté des instances de démocratie en santé**

### **1- Le renouvellement des instances : CRSA - CTS**

Les instances dites « de démocratie en santé » arrivent au terme de leurs mandats, et leur renouvellement sera d'actualité dès 2026.

#### **✓ La CRSA :**

« Les membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont nommés pour une durée de cinq ans renouvelable. Nul ne peut assurer plus de dix ans consécutivement au sein d'une même région des fonctions de président ou vice-président, quelle que soit la formation de la conférence régionale de santé prise en compte pour le calcul de cette durée » (article D1432- 44 du code de la santé publique).

« La CRSA BFC a été constituée par arrêté du DG ARS le 6 septembre 2021 pour un début de mandature au 1er octobre 2021. Le mandat des membres prendra fin le 30 septembre 2026 » (règlement intérieur de la CRSA du 11 octobre 2021).

Pour mémoire « la CRSA est composée de 109 membres au plus ayant voix délibérative, auxquels s'ajoutent les membres du collège des conseils territoriaux de santé ayant également voix délibérative ».

« Deux membres suppléants au plus pour chaque titulaire, à l'exception des personnes qualifiées (2 membres) , sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires ».

Ils sont répartis en 8 collèges (+ celui des présidents de CTS).

« La liste des membres titulaires et suppléants de la CRSA est fixée par arrêté du directeur général de l'ARS ».

Au total la CRSA de BFC devrait compter 331 membres (dont les 8 présidents de CTS).

Sa composition est régulièrement mise à jour, en dernier lieu le 2 décembre, mais encore avec des trous.

La nouvelle CRSA devrait être installée le 6 octobre 2026 sans connaître le calendrier des opérations de renouvellement.

#### ✓ **Les CTS :**

« Le mandat des membres des conseils territoriaux de santé est de cinq ans, renouvelable une fois. » (article R 1434-34 du CSP)

Les différents CTS de la région ont été constitués par le DG l'ARS en juin 2022. Ils seront donc renouvelés dans le courant du 1<sup>o</sup> semestre 2027.

#### **2- Des nouvelles du CTS 25**

Le CTS 25 s'est réuni en séance plénière le 2 décembre. « Plénière » est un bien grand mot, puisqu'abstraction faite de la présence des représentants de la DT ARS 25, et des personnes invitées pour présenter un dossier (CPTS, CLS ), le nombre des participants était de 8 sur un effectif total de 50 membres titulaires et autant de suppléants, auxquels s'ajoutent 2 personnes qualifiées et les députés du ressort du CTS (arrêté du 24 janvier 2025).

#### ✓ **A l'ordre du jour :**

L'ordre du jour ne manquait pourtant pas d'intérêt :

- Vote sur les propositions d'objectifs nationaux pluriannuels (ONP) des filières de formation médicales (médecine, pharmacie, odontologie, maïeutique). Nous ne reviendront pas sur ce sujet déjà évoqué dans la précédente lettre sinon pour regretter une nouvelle fois cette occasion manquée pour la démocratie en santé
- Présentation de l'offre d'hébergement pour les personnes âgées dans le Doubs, qui a confirmé que le Doubs est le département le moins bien doté de BFC en regard de sa population,
- Présentation du CLS et de la CPTS « Doubs Central », qui couvrent les 3 communautés de communes 3 communautés de communes : des 2 Vallées Vertes, du Doubs Baumoisi et du Pays de Sancey-Belleherbe.
- Présentation du projet territorial de santé mentale (PTSM) du Doubs (hors Montbéliard) ; Le CTS a adopté l'avis proposé par sa commission santé mentale.

#### ✓ **Deux départs :**

Cette réunion plénière était la dernière présidée par Patrick Genre le maire de Pontarlier qui a choisi de ne pas solliciter un 3<sup>o</sup> mandat lors des prochaines élections municipales de mars 2026. Il est le seul des 5 membres désignés (pour 7 sièges) du collège des collectivités territoriales ou de leurs groupements à siéger régulièrement.

Il termine ainsi son 2<sup>o</sup> mandat de président du CTS sachant qu'il était déjà impliqué dans les précédentes instances (conférences territoriales de santé).

Outre sa présence régulière , les membres du CTS ont apprécié sa grande connaissance des problèmes de santé acquise tout au long de ses mandats d'élu et à ce titre de président du

conseil de surveillance du CHI de Haute Comté, mais aussi en sa qualité de vice-président de la FHF BFC ainsi qu'au niveau national, doublée de qualités humaines reconnues.

Comme le hasard ne fait pas toujours bien les choses, le Dr Edgard Tissot, président de la CME de l'EPSM de Novillars, donne une autre orientation à sa vie professionnelle, et abandonne de ce fait son mandat de président de la commission psychiatrie santé mentale du CTS . Il peut lui aussi partir avec le sentiment du devoir accompli : professionnel de la psychiatrie, il a su mener à son terme le 2° projet territorial de santé mentale (PTSM).

Le CTS 25 se trouve donc doublement étêté et devra en 2026, non seulement retrouver un nouveau président, un nouveau président de la commission spécialisée santé mentale, mais encore reconstituer entièrement sa commission d'expression des usagers morte née, pour la période restant à courir d'ici le fin de la mandature (juin 2027) : ce ne sera pas chose facile !

### **3- Le périmètre des CTS**

Parmi les questions diverses, abordées lors de la réunion plénière du CTS 25 a été évoqué le projet de redécoupage du périmètre géographique de la DT ARS 25 qui recouvre le Doubs hors Montbéliard.

Les DT ARS de la région coïncident avec les départements à l'exception de la DT Nord FC qui recouvre non seulement le 90, mais aussi les secteurs de Montbéliard (25) et d'Héricourt (70) correspondant à l'aire urbaine nord FC).

Par décision de la DG de l'ARS, une DT 90 couvrira ce seul département en 2026 et les DT 25 et 70 l'intégralité de ces 2 territoires.

Quid de l'actuel CTS Nord FC? Va-t-il rétrécir pour se limiter au seul 90 ou garder le même périmètre et être à cheval sur 3 DT ARS ? Pour l'instant, rien n'est décidé.

On peut regretter qu'une logique purement administrative l'emporte sur la logique territoriale de l'aire urbaine Belfort Montbéliard Héricourt.

### **4- CTS Nord FC : les RU dans les établissements du territoire**

La stratégie nationale de santé 2018 - 2022, portée par la HAS, vise à améliorer le parcours de santé des patients, notamment en facilitant les transitions entre la ville et l'hôpital et en rapprochant les dispositifs de coordination territoriale. Dans ce cadre, les Commissions des Usagers (CDU) et les Conseils de la Vie Sociale (CVS) doivent travailler ensemble et partager leurs expériences.

Avec le soutien de la DT nord FC de l'ARS et la collaboration de l'une des chargées de mission CTS, le Conseil Territorial de Santé Nord Franche-Comté s'est engagé dans cette démarche en favorisant la cohérence entre ces deux instances pour mieux impliquer les usagers et défendre les droits des usagers dans les divers établissements présents sur son territoire.

La synthèse de ce travail (41pages) est accessible par le lien :

<https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/product/files/2025-12/CTS%20NFC%20-%20Synth%C3%A8se%20d%C3%A9cembre%202025.pdf>

### **5- Le copil intelligence artificielle :**

Il existe un copil télésanté, un costra e-santé, un costra innovation , voici un copil IA.

Il s'est réuni le 26 septembre dernier.

#### **✓ Ses finalités**

- créer et animer une instance régionale dédiée à la promotion et au développement coordonné de l'IA dans tous les domaines de la santé afin de généraliser les bénéfices de l'IA pour les patients et les professionnels de tous les territoires et notamment ceux qui en ont le plus besoin,

- rendre le système de santé plus performant et plus sécurisé avec les nouvelles technologies actuelles et en faire profiter tous les territoires,
- élaborer ensemble sur cette base la feuille de route régionale.

#### ✓ *Le contexte*

L'appel à projet national IA : 10 établissements de BFC se sont portés candidats pour expérimenter des solutions IA pour la gestion des ressources humaines dans établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux , et 2 autres pour expérimenter l' IA dans les SAMU et urgences.

#### ✓ *La feuille de route (FDR) :*

Ses enjeux :

- permettre un accès aux soins, amélioré et pour tous,
- améliorer la performance de notre système de soins,
- développer la médecine préventive,
- réduire les inégalités d'accès aux soins.

#### ✓ *Les pistes actions :*

Elles portent sur 7 axes :

- renforcer la connaissance et l'appropriation de l'IA par les professionnels de santé,
- favoriser les synergies et mutualiser les ressources entre acteurs,
- se coordonner avec les initiatives / événements déjà en place pour une action régionale,
- assurer et diffuser une veille sur les innovations en IA et les AAP,
- développer et soutenir des projets concrets et innovants en IA,
- promouvoir une IA en santé de qualité (fiable et robuste), éthique, souveraine et équitable,
- fluidifier l'offre régionale (école, recherche, startup) et le besoin des métiers.

Une enquête devrait être lancée auprès des participants pour :

- proposer des thématiques de GT,
- proposer des objectifs complémentaires si besoin,
- proposer des actions concrètes.

#### **6- Les prochains rendez-vous :**

- ✓ Commission permanente : 14 janvier 15h30 (visio)
- ✓ CRSA plénière : 29 janvier 14h Dijon CCI
- ✓ Commission prévention (toujours à 14h) : 5 février, 19 mars, 30 avril, 18 juin
- ✓ CSOS : toujours aucun calendrier (ce ne sont pourtant pas les sujets pouvant intéresser ses membres qui manquent)
- ✓ Costra e-santé : lundi 26 janvier de 16h à 18h en présentiel de préférence ou en visio. Son ordre du jour sera essentiellement consacré au numérique dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

### **5-3 Représentants des usagers (RU) dans les établissements de santé**

#### **Renouvellement des RU en conseil de surveillance :**

Comme nous l'indiquions dans la précédente lettre (n°88 § 6-11) , l'ARS a lancé un appel à candidatures (AAC) pour le renouvellement des RU en conseil de surveillance des établissements publics.

Dans un message du 9 décembre adressé aux « représentants des usagers siégeant dans les conseils de surveillance des établissements publics de santé dont les mandats arrivent à

échéance en 2026 » l'ARS renouvelle cet AAC et l'accompagne d'une liste des établissements concernés mise à jour.

42 sièges sont à pourvoir dans les 24 établissements suivants :

- ✓ Côte-d'Or : CH de Beaune(2), CH de Haute Cote d'Or (Chatillon/Seine, Montbard, Saulieu, Vitteaux , Alise Ste Reine), (1)
- ✓ Doubs : CH de Morteau (1), CHU de Besançon (2)
- ✓ Jura : CH de Morez (2), Dole (2), EPSM de Dole St Ylie (2)
- ✓ Haute Saône : GH 70 (1)
- ✓ Saône et Loire : CH d'Autun (2), Bourbon Lancy (2), Chagny (2), Louhans (2), Montceau les Mines (2), Tournus (2), Chalon sur Saône (2), Macon (2), du Clunisois (Cluny et Tramayes) (1), La Guiche (2), EPSM de Sevrey (2),
- ✓ Nièvre : CH de La Charité / Loire (2), EPSM Pierre Loo à La Charité/Loire(1), CH de Château Chinon (2), Lorme (2), Nevers (1)

Pour mémoire les candidatures doivent être proposées par des associations agréées avant la 31décembre.

Pour en savoir plus :

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

ou s'adresser à : [patricia.carnet@ars.sante.fr](mailto:patricia.carnet@ars.sante.fr)

### **Indemnisation des RU :**

Comme nous l'indiquions dans la précédente lettre (N° 88 de décembre §6-10), les RU exercent bénévolement leur mission mais ils « sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission (art R 1112-90 CSP).

Dans une « note de position » du 9 décembre adressée aux RU nouvellement désignés, aux établissements de santé et à leurs fédérations, ainsi qu'aux associations agréées « France Assos Santé BFC et l'ARS BFC se mobilisent pour demander le remboursement par les établissements de santé, des frais engagés dans le cadre des mandats de RU au sein des commissions des usagers ».

« S'agissant d'un engagement bénévole, le représentant des usagers ne doit pas être pénalisé financièrement dans l'exercice de son mandat lorsqu'il participe aux différentes réunions, commissions, comités ».

Considérant que la commission est composée de deux représentants des usagers et leurs suppléants, « les établissements de santé sont encouragés, à inviter les suppléants à participer aux réunions, comme la plupart le font déjà, et dès lors qu'ils y participent, à les indemniser de leurs frais de déplacement également ».

*La « note de position » n'indique pas si la même disposition est applicable aux 2 RU qui siègent dans les conseils de surveillance des établissements publics dans le collège des personnes qualifiées. On peut imaginer que la réponse est positive pour les mêmes motifs.*

## **5-4 FIR 2025**

Un arrêté du 12 décembre (JO du 14) fixe pour l'année 2025, le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR.

Pour notre région ce montant est de :

(en milliers d'euros)

		Dotation fongible(1)	Crédits sanctuarisés (2)	Dotation totale
BFC	2023	206 822	20 380	227 202
BFC	2024	230 722,9	12 783,-6	243 506,6
BFC	23/06/2025	244 242,0	5 774,6	250 016,6
BFC	12/12/2025	245 038,9	7 933,1	252 972,0
France	2023	4 792 900	403 431	5 196 331
France	2024	5 299 660,3	274 841,4	5 574 501,7
France	23/06/2025	5 500 615,6	114 999,2	5 615 614,8
France	12/12/2025	5 529 172,7	151 632,1	5 680 804,8

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

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

Détail des crédits sanctuarisés :

		23/06/25	12/12/25
Enveloppe protégée prévention	addictions	1 599,0	1 599,0
Enveloppe protégée médico-social	Emplois accompagnés ESAT	1 456,4	2 165,9
Autres crédits non protégés	Séjour numérique : renforts régionaux	583,0	728,8
	Séjour numérique Cybersécurité	2 136,2	2 136,2
	Transports sanitaires	0	0
	autres	0	1 303,2
Total crédits sanctuarisés		5774,6	7 933,1

Montant total des contributions de la CNSA versés à l'ARS BFC au titre du FIR pour 2025 (JO du 18/12).

GEM-CEISP(1)	MAIA-DAC (2)	CREAI (3)	SI SDO (4)	TOTAL
4 872 600	4 372 900	77 100	76 400	9 399 000

1- GEM groupe d'entraide mutuelle ; CEISP : collectif d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle,

2- MAIA : Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

3- CREAI : centre régional d'études, d'actions et d'information

4- SI SDO: système d'information de suivi des orientations (via trajectoire)

## 5-5 Les états généraux de la bioéthique (EGB) en santé en BFC

Le « modèle français » de l'éthique en santé est fondé sur un triptyque solide, reposant sur le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE), les lois de bioéthique, et les États généraux de la bioéthique qui sont organisés par le CCNE avec l'appui des espaces de réflexion éthique régionaux (ERER).

Les derniers états généraux se sont tenus en 2018. Leur rapport de synthèse publié en juin 2018 (224 pages) est accessible par le lien :

<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/184000352.pdf>

### **Que sont les états généraux de la bioéthique ?**

Les EGB constituent une grande démarche de consultation publique pilotée par le CCNE.

Ils ont pour objectif d'associer l'ensemble de la société aux réflexions dans le domaine de la bioéthique, dont l'impact touche des domaines aussi variés que la santé, la recherche scientifique, les technologies médicales ou encore les valeurs sociétales.

Leur rôle est double :

- ✓ identifier les questions éthiques émergentes liées aux avancées scientifiques et sociétales,
- ✓ éclairer le législateur, en amont de la révision des lois de bioéthique lorsqu'elle aura lieu, grâce à une analyse argumentée et à une vision pluraliste des enjeux.

En application de la loi de bioéthique de 2021, le CCNE va organiser les États généraux de la bioéthique en 2026 selon le calendrier suivant :

- ✓ les États généraux de la bioéthique et leur synthèse en juin,
- ✓ l'avis du CCNE à l'automne,
- ✓ une future loi de bioéthique probablement au-delà de l'élection présidentielle.

### **Les spécificités de l'édition 2026 :**

L'édition 2026 intervient dans un contexte de transformations rapides qui touchent à la fois la science, la technologie, l'environnement et l'organisation de notre société.

Les innovations se multiplient à un rythme inédit, soulevant de nouvelles interrogations.

Aussi les EGB 2026 ne se limiteront pas à revisiter les thématiques traditionnelles : ils ouvriront également la voie à de nouveaux champs de réflexion, en cohérence avec les mutations actuelles.

En parallèle des thématiques classiques des lois de bioéthique (examens génétiques et médecine génomique ; neurosciences ; cellules souches et organoïdes ; transplantations d'organes et xénogreffes ; numérique, IA et santé ; santé, environnement et climat), les États généraux de 2026 ouvriront trois nouvelles pistes de réflexion :

- ✓ la sobriété en médecine,
- ✓ la prévention en santé,
- ✓ la santé en outre-mer.

### **Comment participer ?**

Les EGB ont pour objectif d'associer l'ensemble de la société aux réflexions dans le domaine de la bioéthique. Toute personne ou organisation peut participer, qu'il s'agisse de citoyens, professionnels de santé, chercheurs, associations, institutions ou collectifs. Comment donc participer ?

- ✓ formuler une demande d'audition (réservé aux associations, fondations, sociétés savantes, institutions...) via le formulaire dédié (cf. le lien infra),
- ✓ déposer une contribution écrite,
- ✓ participer à des débats en ligne,
- ✓ assister à des conférences ou tables rondes,
- ✓ rejoindre des ateliers thématiques.

### **Les EGB en BFC :**

Le Professeur Régis Aubry , ancien vice-président du CCNE, président de l'IPVS a été mandaté par le président du CCNE pour organiser des débats en BFC.

Ils devraient se dérouler fin avril – début mai 2026 sur 2 journées (probablement l'une à Besançon, l'autre à Dijon).

Sont partenaires de cette organisation : le CESER , l'Espace de réflexion éthique (ERE) de BFC, France Assos Santé BFC, le PGI, la CRSA , et la CRSA.

Le rectorat et les 2 UFR santé ont donné leur accord pour favoriser la participation de lycéens et d'étudiants à ces débats.

Un comité de pilotage est mis en place sous l'égide du CESER. Il se réunira le 27 janvier.

Nous reviendrons sur le sujet au fil des annonces.

<https://www.ccne-ethique.fr/fr/etats-generaux-de-la-bioethique-2026/comprendre-les-etats-generaux>

### **5-6 Inspection des EHPAD (suite)**

Dans la précédente lettre nous avons relayé l'information de l'ARS relative aux inspections des 413 EHPAD de la région, accompagnée de la publication des mesures administratives (suspension d'activité, mise sous administration provisoire...) prises à l'encontre des EHPAD de :

- ✓ St Agnan géré par la SARL « EHPAD Flore » : suspension en urgence, mise sous administration provisoire, cessation totale et définitive d'activité,
- ✓ Luzy (géré par le centre de long séjour de la même ville) : mise sous administration provisoire puis prolongée.

En marge d'un communiqué du 23 décembre , l'ARS donne accès aux lettres de décisions prises à l'issue des contrôles et inspections réalisés dans les EHPAD, classés par département.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/plan-contrôle-ehpad-en-bfc-publication-decisions-mesures-definitives>

Enfin le bilan qualitatif du plan de contrôle devrait être prochainement publié sur le site internet de l'ARS.

### **5-7 Plus de 100 structures labellisées « France Santé »**

Lancée dans la précipitation et l'imprécision , la campagne de labellisation a connu un vif succès.

« Sous la conduite des préfets de chaque département et de l'ARS, en lien avec les Conseils départementaux et les acteurs des territoires, plus de 100 structures de santé sont labellisées cette fin d'année ». A noter l'absence des représentants des usagers.

	MSP	CS	ESP	CG	HP	CSNP	MB	Total
21	8	4	1					13
25	13	1		1				15
39	8	1			1			10
58	8	4			1			13
70	9	2		1	3		1	16
71	11		1	1				13
89	11	3	1					15
90	4	2				1		7
Tot	72	17	3	3	5	1	1	102

CS : centre de santé, ESP équipe de soins primaires, CG cabinets de groupe, HP :hôpitaux de proximité, CSNP : centre de soins non programmés MB : médico bus.

La liste détaillée est accessible sur le site de l'ARS par le lien :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/plus-de-100-structures-labellisees-france-sante-en-bourgogne-franche-comte>

Chacune devrait donc recevoir 50 000€ (soit 5,1M€), bien sûr cumulables avec tous les autres avantages financiers dont elles bénéficient déjà.

D'autres structures seront labellisées en 2026 .

Pour rappel elles ont pour obligations :

- ✓ la présence garantie dans la structure **d'un médecin et d'une infirmière**,
- ✓ **des consultations sans dépassement d'honoraires** (secteur 1),
- ✓ une ouverture **au moins 5 jours par semaine**,
- ✓ la participation à la permanence des soins (PDSA) ou au service d'accès aux soins (SAS), c'est-à-dire proposer un rendez-vous dans les 48 heures lorsque l'état de santé du patient le nécessite.

A noter l'absence de toute charte officielle, ou d'acte d'engagement et de modalités de contrôle.

## 5-8 France Assos Santé BFC : formations 2026

Le catalogue des formations 2026 proposées par France Assos Santé BFC est accessible en ligne sur son site :

<https://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/2025/12/19/agenda-des-formations-2026/>

Nous rappelons seulement les dates et lieux de la formation « RU en avant » obligatoire pour les nouveaux RU qui viennent d'être nommés :

- ✓ 2-3 février (séance virtuelle le 1<sup>er</sup> avril 10h à 12h), à Dijon
- ✓ 18-19 juin (séance virtuelle le 16 septembre 14h à 16h) à Besançon
- ✓ 8-9 octobre (séance virtuelle le 9 décembre 14h à 16h) à Dijon
- ✓ 3-4 décembre (séance virtuelle le 3 février 2027 10h à 12h) à Auxerre /Appoigny

Contact: Elodie HONG-VAN, 03-80-49-19-37 / 06-76-55-08-15 – ehongvan@france-assos-sante.org

## 5-9 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

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

- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze, CH de Chaumont, Langres, de Bourbonne-les-Bains : emploi de chargé de la direction des ressources humaines du CH de Chaumont,
- CH Jura Sud, de Saint-Claude et de Morez : un emploi de chargé des affaires générales, des affaires juridiques, des relations avec les usagers et des coopérations,
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, de Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint Pierre-le-Moûtier et CHS Pierre-Lôo à La-Charité-sur-Loire : un emploi de directeur délégué du CH de Decize,
- CH Nord Franche-Comté (HNFC) et centre hospitalier de soins longue durée (CHSLD) à Bavilliers : un emploi d'adjoint au directeur chargé des affaires financières et de l'analyse de gestion,

- CH d'Auxerre, Avallon, du Tonnerrois et de Clamecy : un emploi de directeur délégué du site du CH de Clamecy

## **2- Hôpitaux : nominations des directeurs**

Comme chaque année en décembre sont publiées les listes des élèves directeurs titularisés et affectés au terme de leur formation. Seule la liste des élèves directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux (D3S)

### ✓ *Elèves directeur d'hôpital promotion 2024-2025 (sur un effectif de 100) :*

- 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 Romanay : Guillaume BERTRON, DA chargé des affaires financières et de la stratégie du centre hospitalier de Mâcon,
- CH de la Chartreuse à Dijon : Marie DESHAYES, DA chargée des relations humaines (ressources humaines et affaires médicales),
- CHU de Besançon, CLS de Bellevaux et centre de soins des Tilleroyes à Besançon et CSHLD à Avanne-Avenney : Virginie FEIST, DA adjointe au directeur des services hôteliers et des achats,
- CH de Sens et Joigny : Eudes MAILLY, DA chargé de la politique des ressources humaines et de leur gestion, médicale et non médicale

### ✓ *Elèves directeur des soins promotion 2024-2025 (sur un effectif de 40):*

- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains, et EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze : Corinne VIARD, directrice des soins adjointe au CHU de Dijon, déléguée aux hôpitaux du Centre-Sud-Haute-Marne.

Nous souhaitons à ces directeurs et directrices, la bienvenue en BFC et la réussite dans leur nouveau métier.

### ✓ *Autre nomination :*

- CH Jura Sud, Saint-Claude et Morez : Géraldine DUCROCQ,, DA chargée des affaires médicales, venant du CHS de St Ylie.

## **3- Hôpitaux : nomination d'attachés d'administration hospitalière**

- HNFC : Cécile CUPERLIER, directrice adjointe des RH,
- CH de Sens : Clémence LEQUEUX-LE HENANFF, responsable achats et logistique,
- CH du Tonnerrois : Fabienne MALBERT ressources humaines, du personnel médical et personnel non médical

## **4- DG ARS : Jean Jacques Coiplet**

Brutalement « écarté » (pour employer un terme académique) de son poste le 31 juillet, nous avons retrouvé sa trace à la lecture d'un décret du 2 décembre (JO du 3) qui nous apprend que: « M. Jean-Jacques COIPILET, administrateur de l'Etat, est nommé directeur général de l'ARS de La Réunion, à compter du 15 décembre 2025 ».

Nous sommes heureux de l'avoir retrouvé et lui souhaitons pleine réussite dans ses nouvelles fonctions sous des cieux plus hospitaliers.

## **5- Egalite homme-femme :**

« Mme Barbara MEFTE est nommée directrice régionale déléguée aux droits des femmes et à l'égalité de Bourgogne-Franche-Comté, à compter du 1<sup>er</sup> mars 2026, pour une période de trois ans ». (JO du 23/12)

#### **6- EPNAK : renouvellement d'Emmanuel RONOT , directeur**

« M. Emmanuel RONOT est reconduit dans ses fonctions de directeur général de l'établissement public national Antoine-Koenigswarter, pour une durée de trois ans, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 » (JO du 17/12).

Nous lui adressons nos félicitations.

#### **7- CHU de Dijon : le nouvel institut universitaire de soins dentaires**

Le 1<sup>er</sup> décembre, le CHU Dijon Bourgogne a inauguré son nouvel Institut universitaire de soins dentaires (IUSD) ouvert depuis le 8 septembre.

Ce bâtiment moderne de plus de 3 000 m<sup>2</sup> constitue un lieu unique où se conjuguent soins dentaires, formation des futurs dentistes et recherche.

##### *Un lieu de formation :*

L'IUSD est le lieu central de formation des étudiants en odontologie de l'Université Bourgogne: 36 étudiants de 4<sup>e</sup> année et 28 de 5<sup>e</sup> année y pratiquent déjà chaque semaine, encadrés par une équipe de professionnels.

Dès 2026, les étudiants de 6<sup>e</sup> année rejoindront également la structure.

##### *Un lieu de soins :*

Il accueille aussi des patients dans des espaces spacieux comprenant :

- ✓ urgences dentaires,
- ✓ salles de consultation et de prothèses,
- ✓ bloc de chirurgie orale et d'implantologie,
- ✓ imagerie de pointe (scanner 3D, microscope),
- ✓ orthodontie et odontopédiatrie.

Avec 39 fauteuils, contre 9 auparavant, le CHU renforce considérablement son offre de soins dentaires pour les habitants de la région.

##### *Le soutien de l'ARS aux formations dentaires :*

A l'occasion de cette inauguration, la DG de l'ARS a annoncé un soutien de 3,8M€ pour les formations dentaires : 1M€ pour chacun des CHU fin 2025 et 600 000€ pour chacun des établissements recevant des étudiants en stage clinique pour leur sixième année d'étude, dès 2026 : le CH de Semur-en-Auxois, l'hôpital Nord-Franche-Comté, le CH de l'agglomération de Nevers.

Le cursus de la formation, qui a reçu ses premiers étudiants en septembre 2022, s'appuie non seulement sur les 2 CHU,, mais aussi sur les centres hospitaliers dans les territoires, dont la participation est centrale pour faciliter une répartition homogène de l'installation des jeunes dentistes dans toute la région.

Cette stratégie de territorialisation suppose, à terme, de doter en nouveaux fauteuils dentaires tous les établissements de la région, pour accueillir les étudiants, enrichir l'offre et ainsi faciliter l'accès aux soins dentaires.

#### **8- CHU de Dijon : l'institut du rachis**

Le CHU Dijon a créé l'Institut Universitaire du Rachis Dijon Bourgogne. Il a pour objectif d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire des pathologies de la colonne vertébrale, répondant ainsi à un enjeu de santé publique crucial : les affections rachidiennes, principales causes d'incapacité de travail en France.

Il regroupe des expertises variées, allant de la neurochirurgie à la rhumatologie, la radiologie, et la rééducation.

Il contribuera à améliorer la qualité des soins et l'accès aux traitements pour la population de la Bourgogne-Haute-Marne, notamment en ce qui concerne les traumatismes, les déformations rachidiennes, les pathologies dégénératives et les affections tumorales.

Les consultations seront élargies sur l'ensemble du territoire, et des programmes de télésoin seront mis en place. L'objectif est de proposer une offre de soins globale et accessible à tous, avec des parcours de soins gradués.

Parallèlement, l'institut soutiendra les activités de recherche fondamentale, et de formation des étudiants et des professionnels tout en consolidant l'expertise dans la prise en charge des pathologies rachidiennes.

Enfin, des innovations techniques, telles que l'implantation d'un imageur 3D et l'extension des équipements chirurgicaux, viendront renforcer l'excellence de ce centre.

### **9- CH d'Autun : bientôt de nouvelles urgences**

Début décembre, le préfet de Saône et Loire est venu visiter le chantier de restructuration et d'extension (300 m<sup>2</sup>) des urgences.

Ce vaste chantier qui se déroule sans l'arrêt du service, vise à renforcer sa capacité et à améliorer la qualité et la fluidité de la prise en charge des malades.

Il comporte un circuit court pour la traumatologie et les consultations, de nouveaux box, une salle d'attente pour les urgences pédiatriques, un local d'accueil et d'orientation, 4 chambres de garde, une partie administrative, et encore un garage pour les 2 véhicules du SMUR.

Commencé en mars 2025 le chantier compte 6 phases dont la dernière se terminera en juin 2026.

Le coût total de cette opération y compris les équipements nécessaires s'élèvera à 1 898 444€, dont 1 525 000€ de subvention au titre du Ségur et 373 444€ sur fonds propres.

### **10- Dans la Nièvre : téléconsultation « augmentée »**

*(source Fr 3 BFC 15/12 de plus en plus de cabines de téléconsultation augmentée : sont-elles vraiment la solution contre les déserts médicaux ? »*

Quatorze dispositifs de téléconsultation augmentée (Tessan) ont été installés dans la Nièvre depuis 2023.

Il s'agit de cabines, installées dans les pharmacies, mairies, cabinets d'infirmiers, voire même chez les opticiens, équipées d'outils connectés tels que: tensiomètre, stéthoscope ou encore dermato -scope pour examiner les lésions cutanées.

Elles permettent de « télé consulter » rapidement un médecin généraliste ou spécialiste, sans avoir besoin de prendre rendez-vous.

L'entreprise est accompagnée par 350 médecins français, tous inscrits au conseil de l'Ordre des médecins. En BFC, ils sont une vingtaine. La réglementation leur impose de ne pas faire plus de 20 % de leur temps annuel en téléconsultation.

5 100 téléconsultations ont été réalisées dans la Nièvre en 2025.

Nous avons eu la curiosité de visiter le site de cette société et en particulier la façon dont elle s'adresse aux pharmaciens :

« développer votre activité en proposant un service devenu essentiel pour vos patients »,

« lutez contre les déserts médicaux »,

« diversifiez vos missions de santé »,

« développez votre chiffre d'affaire : ventes additionnelles générées par les ordonnances, arrivée d'une nouvelle clientèle et agrandissement de votre zone de chalandise, nouvelles opportunités de vente : parapharmacie »

« donnez une image moderne de votre pharmacie »

« jusqu'à 1975€ d'aide de l'état la 1<sup>ère</sup> année puis 750€ par an pour 146 consultations » (en fait l'aide vient de l'assurance maladie)

« dès 99€HT par mois » selon l'offre retenue (cabine borne, console, mallette)

La société revendique 79 dispositifs en BFC (voir carte interactive)

Bien sûr Tessan n'est pas la seule société de téléconsultation il en existe bien d'autres (Medadom, ...) offrant les mêmes dispositifs et avec les mêmes arguments commerciaux.

### **11- La démographie de la BFC**

L'INSEE a rendu public, le 18 décembre, les chiffres de la population en BFC au 1er janvier 2023. Si, au 1er janvier 2023, la population globale a augmenté de 0,4% en France, elle a, au contraire, baissé en BFC ; notre région compte 2 802 670 habitants, soit presque 9 000 personnes de moins qu'en 2017.

Seuls les départements de la Côte-d'Or et du Doubs ont gagné des habitants (+0,2 et +0,3%), en particulier dans les agglomérations de Dijon et de Besançon. Une hausse également constatée très localement autour de Sens, en raison de la proximité avec la région parisienne et autour de Mâcon, proche de la région lyonnaise.

La baisse démographique affecte en particulier la moitié ouest de la région, où se situent les plus fortes pertes d'habitants (-0,1% en Saône-et-Loire et -0,3% dans l'Yonne). La cause ? La population vieillit : 24% des Bourguignons ont 65 ans ou plus, contre 21% au niveau national. Cette perte s'explique aussi par un déficit naturel. *"Il y a plus de décès que de naissances"*.

Ce cas s'illustre en particulier dans la Nièvre, qui a perdu le plus d'habitants dans la région (-0,5%, soit 5700 personnes), dû au vieillissement de sa population, malgré un solde migratoire positif. Seule l'agglomération de Nevers se stabilise.

## **6 Brèves :**

### **1- PLFSS : suite**

- ✓ 2 décembre : après l'échec de la commission mixte paritaire, le PLFSS, dans sa version votée par le Sénat est revenu en débat devant l'assemblée nationale.
- ✓ 5 décembre : l'assemblée nationale adopte le volet recettes (166 pour, 140 contre, 32 abstentions soit 338 députés ayant pris part au vote sur 577) sans lequel le débat ne pouvait se poursuivre.  
Les députés ont adopté une version « light » de la hausse de la CSG visant spécifiquement les revenus du capital, supprimée au Sénat après avoir été approuvée en 1<sup>o</sup> lecture à l'Assemblée. La nouvelle mouture, issue d'un compromis, exclut plusieurs catégories (les PEL, assurances vie et revenus fonciers), faisant passer le rendement initialement attendu de 2,8 milliards à environ 1,5 milliard.
- ✓ 5 décembre : les députés rétablissent la suspension de la réforme des retraites (162 pour).
- ✓ 9 décembre 19h45 : après de nombreux compromis, compromissions et trahisons, et au terme d'un intense suspens, les députés ont voté le PLFSS avec 13 voix de majorité 234 contre, 247 pour, 93 abstentions soit 574 participants au vote
- ✓ 12 décembre : le sénat rejette d'emblée l'ensemble du texte adopté par l'assemblée nationale,
- ✓ 16 décembre : l'assemblée a adopté(en 3<sup>o</sup> lecture) le PLFSS 2026 (sans recours au 49,3) par 247 voix contre 232 et 90 abstentions (soit 569 députés ayant pris part au vote)

### **2- Que contient donc le PLFSS adopté le 16 décembre ?**

Entre les différents votes des 2 assemblées on s'y perd . Nous avons donc essayé de faire le point avec le secours du « Monde » :

- ✓ réforme des retraites :

Le PLFSS gèle jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2028 le relèvement de l'âge légal de la retraite et l'accélération de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir le taux plein .

La génération 1964 et les personnes nées au premier trimestre 1965 pourront donc prendre leur retraite à 62 ans et 9 mois (au lieu de respectivement 63 ans et 63 ans et 3 mois)  
Il gèle également, jusqu'à la même date, le relèvement de l'âge minimal spécifique qui s'applique aux fonctionnaires de catégorie active et super active ainsi qu'aux militaires.

- ✓ amélioration de la retraite des mères :  
Deux mesures sont prises en faveur des retraites des femmes ayant eu des enfants :
  - deux trimestres de majoration de durée d'assurance pour enfants pourront être pris en compte dans le dispositif du départ anticipé pour carrière longue,
  - un trimestre de bonification sera accordé aux femmes fonctionnaires ou militaires pour chacun de leurs enfants nés depuis 2004, si elles ont accouché après leur recrutement.
- ✓ Réforme du cumul emploi retraite :  
Le PLFSS réduit les incitations à un départ précoce à la retraite, en rendant le dispositif moins intéressant pour les personnes plus jeunes. En dessous de l'âge légal de départ à la retraite (62 ans et 9 mois actuellement), chaque euro gagné dans le cadre de l'emploi sera ensuite retranché de la retraite, rendant nul l'intérêt du recours à ce dispositif. Le cumul emploi-retraite ne sera librement accessible qu'au-delà de 67 ans.
- ✓ Congé de naissance :  
Le PLFSS instaure un « congé supplémentaire de naissance » allant jusqu'à 2 mois pour chacun des parents, qui viendra s'ajouter aux dispositifs rémunérés existants (congés maternité, paternité et d'adoption). Il sera fractionnable en deux périodes d'un mois et pourra être pris soit simultanément, soit à des moments différents par les deux parents.
- ✓ majoration des allocations familiales :  
Le PLFSS reporte la majoration des allocations familiales de 14 à 18 ans.
- ✓ Garde d'enfants : crédit d'impôt immédiat  
Les activités de garde des moins de 6 ans exclues du bénéfice de l'avance immédiate de leur crédit d'impôt, dès le versement du salaire, devaient être intégrées le 1<sup>er</sup> juillet 2026, mais le PLFSS reporte cette date au 1<sup>er</sup> septembre 2027.
- ✓ Recouvrement des pensions alimentaires :  
Le PLFSS étend de 2 à 5 ans le délai de récupération par les CAF, d'arriéré de pension alimentaire par la méthode du « paiement direct » qui permet de récupérer la pension alimentaire auprès d'un débiteur du mauvais payeur (son employeur ou sa banque, le plus souvent).
- ✓ Hausse de la CSG sur les revenus du patrimoine :  
Le PLFSS relève de 9,2 % à 10,6 % le taux de la CSG sur certains revenus du capital : dividendes et plus-values à la revente, revenus obligataires...). Plusieurs autres revenus échappent à cette augmentation, et restent taxés à 9,2 % : revenus fonciers, plus-values immobilières, PEL, PEP,
- ✓ L'ONDAM :  
Il est fixé à +3 % pour l'année 2026, portant ainsi l'enveloppe globale dévolue aux soins de ville et d'hospitalisation à 274,3 milliards d'euros (contre 265,4 milliards en 2025). Cette augmentation sera fléchée en priorité vers les hôpitaux, pour 3,5 milliards d'euros et vers les EHPAD pour 125 millions pour améliorer la qualité de prise en charge des résidents.  
Les soins de ville bénéficieront de 150 millions d'euros supplémentaires afin de permettre le déploiement du réseau « France Santé ».

- ✓ Lutte contre les déserts médicaux :  
Deux mesures sont prévues par le PLFSS :
  - la création du réseau « France Santé », permettant à chaque Français d'avoir accès à des soins à 30 minutes de chez lui et sous 48 heures. Concrètement, il s'agit de subventionner des maisons de santé (nouvelles ou existantes) à hauteur de 50 000 euros, à condition de respecter certaines conditions,
  - l'incitation des jeunes médecins à s'installer dans des déserts médicaux, en ressuscitant le statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), qui existait entre 2016 et 2020. Les médecins spécialisés en médecine générale qui ne sont pas encore installés en cabinet libéral ou le sont depuis moins d'un an et souhaitent en bénéficier pourront ainsi disposer d'un coup de pouce allant jusqu'à 10 % sur leur rémunération.
  
- ✓ consultation ménopause :  
Les femmes de 45 ans à 65 ans auront droit à une consultation « longue » sans dépassement d'honoraires, visant à les informer sur la ménopause.
  
- ✓ Non remboursement des prescriptions des médecins non conventionnés :  
Les produits de santé, actes et prestations (médicaments, imagerie, biologie) prescrits par les médecins non conventionnés (secteur 3) ne seront désormais plus remboursés par l'Assurance-maladie (le non remboursement des consultations était déjà effectif).
  
- ✓ Participation minimale pour les non européens :  
Pour bénéficier de la protection universelle maladie (PUMa), toute personne non-Européenne n'exerçant pas d'activité professionnelle et résidant de manière stable et régulière en France devra désormais s'acquitter d'une participation financière.
  
- ✓ Utilisation du dossier médical partagé (DMP) :  
Les professionnels de santé pourront être sanctionnés financièrement s'ils ne remplissent pas le DMP ( Mon espace santé) ou s'ils ne le consultent pas lorsqu'ils prescrivent. L'amende serait, dans les deux cas, de 2 500 euros (dans la limite de 10 000 euros par an).
  
- ✓ Taxe exceptionnelle sur les complémentaires santé :  
Le PLFSS instaure une taxe exceptionnelle sur les complémentaires santé de 2,05 % (uniquement pour 2026). Elle doit rapporter 1 milliard d'euros. Pour éviter qu'elle se répercute sur les assurés, le montant des cotisations pour les complémentaires sera bloqué pendant un an. Ce gel pourrait toutefois être remis en question par le Conseil constitutionnel.
  
- ✓ Report d'un an de la complémentaire santé des agents hospitaliers :  
Après les salariés (en 2016), les fonctionnaires d'Etat et territoriaux (en 2025 et 2026), les agents hospitaliers devaient, eux aussi, bénéficier, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, d'une complémentaire santé collective obligatoire (dite PSC), financée à 50 % par l'employeur. Le PLFSS reporte cette échéance d'un an.
  
- ✓ Obligations vaccinales :  
La vaccination contre la grippe saisonnière, qui n'était jusqu'ici que recommandée, sera désormais obligatoire pour les résidents d'Ehpad (sauf contre-indication médicale reconnue). Elle sera également étendue au personnel des cabinets de santé libéraux (cabinets de ville, maisons de santé pluriprofessionnelles). Cela devrait concerner aussi bien les professionnels de santé que les autres collaborateurs (secrétaires, assistants...), eux aussi en contact avec les patients.

- ✓ Plafonnement des arrêts de travail :  
Qu'ils soient prescrits à l'hôpital ou par un médecin de ville, Les arrêts de travail, seront désormais plafonnés. Si la durée maximale doit encore être fixée par le gouvernement par décret, il est déjà acté que celle-ci ne sera pas inférieure à 1 mois pour la première prescription et 2 en cas de renouvellement.  
Les médecins pourront toutefois continuer de déroger à ces plafonds « au regard de la situation du patient », en justifiant de la nécessité d'un arrêt plus long sur la prescription.
- ✓ Déduction des cotisations patronales sur les heures supplémentaires :  
Le PLFSS élargit aux entreprises d'au moins 250 salariés la déduction forfaitaire de cotisations patronales de 0,50 euro par heure supplémentaire. Elle n'était jusqu'alors accessible qu'aux entreprises de 20 à 249 salariés (sous les 20 salariés, la déduction atteint 1,50 euro par heure).
- ✓ Rupture conventionnelle :  
Le taux de la contribution patronale en cas de rupture conventionnelle ou de mise à la retraite par l'employeur passera de 30 % à 40 % de l'indemnité reçue par le salarié.
- ✓ Taxes sur les boissons énergisantes fortement alcoolisées (les « vodys ») :  
Le PLFSS instaure une nouvelle taxe sur les boissons énergisantes mélangeant des molécules excitantes (caféine, la taurine ...), avec des concentrations importantes d'alcool (jusqu'à 20 %).  
La taxe appliquée sera de 11 euros par décilitre d'alcool pur et son produit sera fléché vers le financement de l'Assurance-maladie.

### **3- Ce qui ne figure plus dans le PLFSS :**

Ont été finalement écartés par les députés :

- ✓ Le gel des prestations sociales
- ✓ l'allongement de la durée annuelle de temps de travail de douze heures,
- ✓ l'abrogation de la visite obligatoire de retour post-congé maternité,
- ✓ la taxe sur l'hexane,
- ✓ la systématisation du Nutri-Score,
- ✓ la hausse des restes à charge pour les patients,
- ✓ l'interdiction de renouvellement d'arrêts maladie par téléconsultation,
- ✓ le gel du barème de la CSG sur les pensions et les allocations chômage.

### **4- Ce qui en reste après la décision du conseil constitutionnel (CC) du 30/12 :**

Le conseil constitutionnel avait été saisi par un soixantaine de députés LFI sur certaines dispositions de cette LFSS.

Les 9 sages ont jugé ces dispositions conformes à la constitution. En revanche, ils ont censuré une mesure visant à clarifier la définition de l'incapacité de travail.

Ils ont aussi censuré 9 dispositions n'ayant à leurs yeux, pas leur place dans ce budget de la Sécurité sociale (ce que l'on appelle des « cavaliers »), parmi lesquels figure notamment un article instaurant une sanction financière pour les professionnels de santé ne respectant pas leur obligation d'alimenter le dossier médical partagé des patients.

### **5- PLFSS : la FHF réagit**

Par un communiqué de presse du 10 décembre, la FHF voit dans l'adoption du PLFSS « un soulagement... et une occasion manquée de réformes structurelles pourtant accessibles ».

Elle y voit :

- ✓ Un renforcement budgétaire vital pour les hôpitaux et les ESMS :

Elle salue l'augmentation :

- de 950M€ du budget des hôpitaux : « une bouffée d'oxygène minimale indispensable ».

La campagne tarifaire, qui s'annonce fortement contrainte, devra impérativement fléchir ces moyens vers les établissements publics qui assurent très majoritairement les activités sous-financées et les priorités de santé publique (greffes, réanimation adulte, pédiatrie et de néonatalogie, pédiatrie, médecine complexe, chirurgies lourdes, soins palliatifs et psychiatrie).

- de 150 millions d'euros de l'ONDAM Autonomie, essentielle pour les EHPAD publics, même si elle demeure très en deçà des besoins réels des établissements, évalués autour de 500M€. Malgré cette augmentation, il faut s'attendre à des difficultés accrues pour les ESMS en 2026, en raison notamment de la nouvelle hausse prévue de cotisation CNRACL (+ 3 points).

✓ Un PLFSS qui ne saisit pas les leviers de transformation pourtant disponibles

Elle regrette :

- le refus des parlementaires concernant la possibilité de mieux agir sur la pertinence des soins. La rentabilité excessive de certaines activités médicales, établie par plusieurs rapports d'expertise, et sa régulation est un sujet prioritaire pour dégager des ressources supplémentaires pouvant servir, par exemple à développer plus amplement la prévention.
- que les propositions du HCAM pour le champ médico-social n'aient pas été reprises alors qu'elles permettent des gains d'efficacité importants et pérennes,
- le retrait de l'obligation d'afficher le nutri-score

Plus largement, « la FHF rappelle avec force que la programmation en santé doit devenir une réalité dès 2027 ».

### **6- Fin de vie : le calendrier**

Après plusieurs reports les 2 propositions de loi sur la fin de vie (soins palliatifs et aide à mourir) viendront en discussion au sénat le 20 janvier pour un vote solennel prévu le 28 janvier, dans leur version votée fin mai par l'assemblée nationale.

La chute du gouvernement Bayrou avait entraîné le report de l'examen par le Sénat.

Le gouvernement compte soumettre ces textes à l'Assemblée nationale dès le mois de février. Deux lectures par chaque chambre seront nécessaires avant d'envisager une adoption définitive.

Les débats risquent d'être moins consensuels au sénat qu'à l'assemblée nationale du moins sur le projet de loi sur l'aide à mourir.

### **7- Audioprothésistes : un ordre professionnel ?**

À l'occasion de l'enseignement post-universitaire 2025, le Collège National d'Audioprothèse (CNA) a rendu public, le 18 novembre, les résultats d'un sondage Odoxa portant sur les attentes des audioprothésistes en matière de régulation de leur profession, dont il ressort que « 73 % des professionnels sont favorables à la création d'un ordre professionnel, et que 60 % sont prêts à verser une cotisation de 300 € par an.

### **8- Plus de décès que de naissances : du jamais vu !**

Dans son rapport annuel publié le 16 décembre l'institut national des études démographiques (INED) nous apprend que pour la 1<sup>o</sup> fois depuis 1945 le solde naturel de la population française (68,5 millions d'habitants) est négatif

En 2024, il y a eu 629 000 naissances pour 633 000 décès .

## **9- Tarifs hospitaliers : des inquiétudes**

Le soulagement a été de courte durée : les hôpitaux, dont l'enveloppe budgétaire a été adoptée, le 16 décembre, ont largement salué le coup de pouce de 850 millions d'euros, mais

aujourd'hui ils déchantent à l'annonce par le gouvernement des tarifs « T2A » qui resteront identiques à ceux de 2025.

Dans un communiqué du 23 décembre les 4 fédérations d'établissements publics et privés ont vivement protesté et demandé une augmentation d'au moins 1%.

Le ministère a néanmoins fait savoir qu'il apporterait certains soutiens ciblés : les soins critiques (40M€), la pédopsychiatrie (35M€), les urgences psychiatriques (10M€).

## **7 Publications et bibliographie :**

### **1- « Demain notre santé »**

Sous-titre : « hôpital, désert médicaux, crises sanitaires, sécurité sociale, pénuries...les solutions concrètes »

Agnès Buzyn, édition Plon, novembre 2025, 216 pages, 20€

Médecin, hématologue à l'hôpital Necker, Professeur de médecine à Paris Descartes, ex présidente de l'INCA, ex ministre et de beaucoup d'autres fonctions, présidente du collège de la HAS et aujourd'hui conseillère maître à la cour des comptes, Agnès Buzyn sait de quoi elle parle.

Rien n'échappe à son analyse : l'hôpital, la médecine libérale, les dépenses de santé, la prévention, les médicaments...

Celle-ci est pertinente, sans parti pris dogmatique, étayée de chiffres officiels (DREES, IGAS, INSEE, OCDE, HCAM...), claire et compréhensible. Les renvois à des notes en fin d'ouvrage apportent de nombreuses précisions.

Pour elle, notre système n'est pas en crise mais en profonde transformation pour s'adapter au vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques.

Retenons sa dernière phrase : « une telle transformation [de notre système de santé] nécessite désormais une direction clairement énoncée, une stratégie assumée, et, in fine, des politiques courageux ».

Lecture recommandée à ceux qui parlent trop sans savoir.

### **2- Maisons sport santé (MSS) : rapport IGAS-IGESR**

L'IGAS et l'inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche ont déposé en octobre leur rapport conjoint sur

L'évaluation du modèle économique des MSS (110 pages)

<file:///C:/Users/33770/Downloads/Maisons%20sport%20sant%C3%A9%20rapport%20lgas.pdf>

La mission a identifié trois enjeux majeurs de développement des MSS autour desquels s'articulent ses principales propositions :

- ✓ la formation des professionnels de l'activité physique adaptée (APA) et la reconnaissance de leur qualification par le monde de la santé impose la recherche d'une meilleure convergence si ce n'est d'un consensus entre les services ministériels du sport et de la santé,
- ✓ la consolidation du modèle économique des MSS passera par la pluri-annualisation de leur financement selon deux schémas proposés
- ✓ la création d'au moins deux catégories de MSS, renvoyant à deux niveaux de prestations : celles remplissant toutes les missions du cahier des charges et capables de coordination et de conseil vis-à-vis d'autres MSS, et les autres, centrées sur l'accueil et l'accompagnement des personnes.

## **Recommandations**

Les inspections formulent 13 recommandations autour de 3 thèmes parmi lesquelles nous avons noté

- ✓ Formation et statut des effecteurs d'APA
  - Pour répondre aux besoins croissants d'APA, poursuivre le développement au sein des formations STAPS des formations universitaires d'EAPA.
- ✓ Pilotage et modèle économique des MSS
  - Prévoir l'usage de systèmes d'information sécurisés communs obligatoires à l'échelle régionale et permettre de ce fait aux effecteurs d'APA, bien formés à cet usage, un accès confidentiel aux données de santé.
- ✓ Organisation de la prestation de service et communication
  - Promouvoir avec les acteurs locaux et régionaux des projets spécifiques permettant d'augmenter sensiblement la part des publics des territoires prioritaires, des publics précaires et les plus éloignés de l'activité physique.

### **3- « la sobriété dans le soins : principe civique de solidarité » : (académie de médecine)**

A l'heure où l'on appelle les patients à être « responsables » dans leur consommation de soins et les professionnels à une plus grande pertinence des soins, l'académie nationale de médecine a publié le 9 décembre un rapport (15 pages) invitant à « la sobriété dans le soins » <https://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2025/12/RAPPORT-La-sobriete-dans-le-soin-principe-civique-de-solidarite-APRES-VOTE.pdf>

Pour l'Académie « la sobriété est une conduite civique et une vertu éthique en ce qu'elle privilégie la responsabilité et l'autonomie éclairée des patients/usagers, la pertinence des prescriptions et de la bonne adéquation des moyens mobilisés, la prévention de nuisances potentielles individuelles et collectives d'un consumérisme en soins et in fine l'équité solidaire face à l'individualisme d'un « j'ai droit » intempérant, inflationniste et contre-productif ».

Elle fait aussi des recommandations destinées :

- ✓ aux citoyens et usagers du système de santé :
  - promouvoir le civisme d'un comportement en faveur de la santé dès le plus jeune âge avec des actions de prévention,
  - renforcer le rôle des usagers, patients, associations dans la promotion de la santé, le dépistage et l'apprentissage d'une sobriété citoyenne responsable, privilégiant le « bon soin » et non la consommation de soins
- ✓ aux professionnels
  - intégrer dans la formation des étudiants et des professionnels de santé, la priorité éthique et civique d'un apprentissage d'une pratique soucieuse d'une sobriété, par la pertinence,
  - prendre des mesures fortes valorisant les bonnes pratiques sur la base des indicateurs de la pertinence et de la qualité,
  - sortir du réflexe de prescription en apprenant « à ne pas faire » par la valorisation du rôle pédagogique du médecin pour faire comprendre au patient « le bon soin »
- ✓ aux institutions sur l'organisation, la gestion et le financement des soins
  - renforcer et valoriser une stratégie globale en santé de réduction de la production de gaz à effet de serre,
  - privilégier la stratégie de responsabilisation par contractualisation,
  - évaluer la pertinence, la réactivité et l'efficacité de la gestion administrative du système de santé dans le cadre de l'objectif de simplification,
  - limiter l'accès au financement des établissements et professionnels de santé aux seuls fonds garantissant un investissement à long terme,

- mettre en place une carte vitale biométrique ou un système numérique automatique, lisible et simple, permettant à toute personne consommatrice de soins de savoir ce que coûtent réellement chaque acte, chaque prescription d'examens et de médicaments, chaque séjour hospitalier,
- ✓ à l'industrie des produits de santé :
  - réviser le prix des molécules onéreuses en prenant mieux en compte l'insoutenable de l'explosion des coûts,
  - mener des négociations concertées au niveau européen visant leur juste prix

#### **4- « Situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » :**

La DREES a publié en décembre son rapport 2025 « sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » (90 pages).

[https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-12/Rapport\\_OC\\_2025.pdf](https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-12/Rapport_OC_2025.pdf)

##### *Des cotisations en hausse constante et un fort « rendement »*

Alors que, pour la 4<sup>e</sup> année consécutive, les cotisations aux mutuelles augmenteront en 2026 à un rythme supérieur à celui de l'inflation soit en moyenne +4,3%,5 (+6% en 2023, +8% en 2024), ce rapport nous apprend qu'en 2024, les complémentaires ont collecté 46,5 milliards d'euros (+3,5 de plus qu'en 2023), pour des remboursements à hauteur de 36,8 milliards soit 79% des cotisations encaissées.

En intégrant l'ensemble de leurs actifs (y compris les produits financiers) leur résultat net s'est élevé en moyenne à 3,4% du montant total des cotisations des adhérents. Ces sommes sont placées en réserve, sans que les adhérents constatent une amélioration des remboursements. Enfin, les coûts de gestion des mutuelles avoisinent 20% du montant des cotisations alors que ceux des organismes de sécurité sociale sont compris entre 1 et 5% selon les branches.

##### *La taxe en question :*

Pour expliquer la hausse des cotisations, la Mutualité invoque des dépenses de santé qui « resteront dynamiques », tout en rappelant la nécessité, pour ces organismes, d'être à l'équilibre, « conformément à leurs obligations prudentielles » – autrement dit, de ne pas s'endetter.

Elle dénonce un projet de budget de la Sécurité sociale « irresponsable » et une enveloppe pour la santé « insincère ».

Pour mémoire la LFSS adoptée le 16 décembre a finalement retenu la taxe de 1 milliard sur les complémentaires, d'abord rejetée par l'Assemblée nationale en première lecture, rétablie par le Sénat et enfin validée par l'Assemblée nationale en 2<sup>e</sup> lecture.

Le gouvernement justifie cette taxe par l'abandon de l'augmentation des franchises et des restes à charges qu'il avait prévus dans son PLFSS, mais en faisant payer les mutuelles il fait payer les assurés par le biais des cotisations (un vrai jeu de bonneteau !)

##### *Le bras de fer entre les gouvernements successifs et les complémentaires :*

Ce débat est un nouvel épisode de l'habituel « bras de fer » entre les gouvernements successifs et les mutuelles au moment de l'examen de chaque PLFSS.

Les complémentaires défendent des augmentations imputées à la hausse des dépenses de santé ou encore aux « transferts de charges » de l'Assurance-maladie à leurs dépens.

Pour sa part l'Etat souligne, une contribution toujours plus importante de l'Assurance-maladie obligatoire, avec plusieurs centaines de milliers de patients en ALD supplémentaires chaque année (donc pris en charge à 100 % par la « Sécu ») ou encore les frais de gestion des complémentaires bien plus élevés.

Auditionnée par des sénateurs, le 29 octobre, la ministre de la santé, a annoncé une mission sur la répartition entre l'Assurance-maladie obligatoire et les complémentaires.

*Alors que ces cotisations aujourd'hui quasi obligatoires, deviennent insupportables pour bon nombre de Français, personne ne se pose la question de la légitimité de l'existence de ces complémentaires, à moins que leur lobby ne soit assez puissant pour faire taire ces interrogations.*

## 8 Agenda de janvier :

- **14 janvier** : 15h30 -17h commission permanente
- **21 janvier** : 14h CTS 89 commission expression des usagers
- **26 janvier** : 16h-18h Costra e-santé
- **29 janvier** : 14-17h CRSA plénière à Dijon
- **30 janvier** : 9h-17h ARUCAH journée d'intégration des nouveaux RU (Besançon -Hôpital J Minjoz- – Maison des Familles), renseignements : 06 84 97 34 04

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

- **16 octobre** : journée de l'ARUCAH BFC sur l'expérience patient
- **5 novembre** : Journée régionale des représentants des usagers de Bourgogne Franche-Comté organisée par France Assos Santé.



***L'ARUCAH vous présente ses meilleurs vœux pour 2026***

*Si vous ne souhaitez plus recevoir cette lettre, nous vous invitons à exercer votre droit de désinscription en envoyant un message à [arucah.bfc@gmail.com](mailto:arucah.bfc@gmail.com)*