



# La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 90 Février 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

## Soin, sobriété et innovation :

Les récents débats sur la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026 l'ont encore démontré : notre système de protection sociale est au bord de l'asphyxie financière.

### **Un écart dépenses -recettes qui s'aggrave**

La demande (les besoins) de soins ne cesse d'augmenter sous l'effet conjugué du vieillissement de la population, et du développement des maladies chroniques, Leur cout est également en progression du fait des progrès techniques qui nécessitent de lourds investissements ou encore de la flambée des prix des molécules onéreuses et de certains traitements.

Parallèlement les ressources, liées à l'activité économique ne progressent pas assez vite et l'écart avec les dépenses se creuse.

La question de la soutenabilité financière ne peut donc plus être occultée.

### **Quelles solutions ?**

Comme pour un budget domestique, la dépense ne devrait pas excéder les ressources du foyer ; dès lors la réponse est binaire.

Soit on augmente les recettes : mais dans le contexte actuel cela semble difficile. Faut-il taxer davantage le travail, alors que la population active diminue, au risque de diminuer encore le taux de croissance économique ou faut-il augmenter la fiscalité (CSG et/ou TVA sociale) alors que les français déboursent de plus en plus pour se soigner (restes à charge, cotisations aux mutuelles...).

Soit on diminue les dépenses, mais cela semble tout aussi difficile dans un contexte d'accroissement de la demande de soins.

La LFSS n'a retenu ni l'une ni l'autre de ces éventualités.

### **Une sobriété responsable et citoyenne**

L'académie nationale de médecine a récemment publié un rapport intitulé « la sobriété dans le soin - principe civique de solidarité » (cf. lettre 89 de janvier), fruit de la réflexion d'un groupe de travail issu de son comité d'éthique (JF Delfraissy, J Leonetti, P. Le Coz, JF Mattei...).

Elle appelle à « une sobriété citoyenne responsable, privilégiant le bon soin, et non la consommation de soins »

Cet appel s'adresse :

✓ *Aux professionnels :*

Ils sont les prescripteurs : à eux de se garder de surmédicaliser le patient , de prescrire le bon soin aux bon moment bon ( la pertinence), de respecter les bonnes pratiques professionnelles,

de contribuer à la formation des jeunes médecins, de se poser des questions éthiques, autrement dit de respecter leurs obligations déontologiques.

✓ *Aux patients :*

Ils sont les « consommateurs » : à eux d'être acteurs de leur santé , de ne pas céder au consumérisme médical et surtout, d'éviter tout comportement à risque, de privilégier la prévention (primaire et secondaire)

***Une organisation innovante et plus efficiente:***

Il faut aussi regarder du côté de l'organisation de notre système de santé. Depuis l'instauration de la tarification à l'activité (T2A) le ministère de la santé a érigé l'efficience en vertu cardinale pour les gestionnaires hospitaliers.

Mais ne faut-il pas aussi regarder ailleurs et amplifier des organisations nouvelles qui se mettent en place parmi lesquelles on peut citer :

✓ *L'exercice commun et pluriprofessionnel :*

L'exercice solitaire de la médecine a vécu que ce soit par goût pour une vie personnelle plus confortable ou plutôt par la prise de conscience qu'à plusieurs on soigne mieux. Le nombre des centres de santé , des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), des équipes de soins primaires coordonnés ou en encore des équipes de soins spécialisés (encore rares) en témoignent.

Les politiques publiques (collectivités territoriales, assurance maladie et ARS) encouragent ces pratiques.

✓ *Le partage et la délégation de tâches :*

Malgré quelques foyers de résistance, le corporatisme des professionnels de santé semble céder du terrain. La crise covid a démontré qu'il n'est pas nécessaire d'avoir bac +10 ou plus pour certains soins qui peuvent être effectués par un pharmacien, une sage-femme ou un infirmière.

Ces partages résultent d'un accord entre professionnels ou de la réglementation.

Les professionnels peuvent adhérer à un protocole de coopération national ou élaborer eux-mêmes un protocole local de coopération.

La réglementation récente a élargi le champs de compétences des pharmaciens, des sages femmes et d'autres professionnels paramédicaux (infirmières, kiné, orthophonistes) tant pour la prescription que pour la réalisation des actes.

✓ *Les expérimentations article 51 :*

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 a reconnu que notre système de santé était englué dans des prises en charge « en tuyau d'orgue » et dans des parcours de soins complexes et dispendieux pour l'assurance maladie .

Son article 51 prévoit que « des expérimentations dérogatoires à [certaines dispositions, en particulier les règles de facturation] peuvent être mises en œuvre, pour une durée qui ne peut excéder cinq ans ». Elles sont plus connues sous le nom d'expérimentations article 51.

Quelles soient d'initiative ministérielle ou professionnelle, nationales ou régionales, ces expérimentations montrent que, lorsque les professionnels s'organisent différemment, coopèrent mieux et placent le patient au cœur du dispositif, l'accès aux soins progresse, la prévention devient plus concrète, et les parcours plus fluide, pour un moindre cout global.

Le rapport au parlement 2025 sur ces expérimentations recensait 1 264 projets déposés pour 158 expérimentations autorisées.

Comme toute expérimentation, elles ont vocation à être évaluées ; soit pour être abandonnées, soit pour être généralisées et passer dans le droit commun.

En dépit de résultats très positifs pour certaines, il ne semble pas que la 2<sup>e</sup> hypothèse ait déjà été retenue.

On pourrait citer 2 expérimentations qui ont fait leur preuve en BFC :

- l'expérimentation EMNO (espace médical nutrition obésité, lancée par une équipe de Dijon propose un modèle de prise en charge pluriprofessionnelle de l'obésité de l'adulte et des troubles alimentaires.
- la responsabilité populationnelle initiée par la FHF dans plusieurs régions dont la Haute Saône (autour du GH 70) pour la prise en charge du diabète et le nord Franche Comté (autour de l'HNFC) pour l'insuffisance cardiaque et très prochainement dans le Doubs pour la même pathologie.

On pourrait y ajouter l'expérimentation Osys (orientation dans le système de soins) portée par des URPS de pharmaciens, déployée dans 4 régions, qui propose que des situations cliniques simples, telles que la douleur pharyngée, la conjonctivite, la piqûre de tique, la plaie simple et la brûlure du premier degré puissent être prises en charge par le pharmacien.

Pour reprendre le titre d'un récent article de l'hebdomadaire Marianne « soigner sans ruiner la sécu c'est possible » pour autant que chacun : professionnels, patients pouvoirs publics, y mettent du sien en adoptant un comportement citoyen. Mais ça ne saurait permettre l'économie d'une réforme profonde et d'une volonté politique.

## 1. Le dossier du mois : le registre national des cancers :

Il existe actuellement 33 registres du cancer, généraux ou spécialisés, nationaux comme régionaux :

- ✓ 19 registres généraux couvrent 24 départements, pour notre région :
  - « le registre des tumeurs du Doubs » créé en 1976,
- ✓ 12 registres sont spécialisés sur des organes spécifiques, pour notre région :
  - « le registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte d'Or » créé en 1982 et le seul de ce type,
  - « le registre des hémopathies malignes de Côte d'Or »,
  - « le registre bourguignon des cancers digestifs »
- ✓ 2 registres pédiatriques sont nationaux :
  - le registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHME)
  - le registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE)

Cette situation est insatisfaisante à plus d'un titre. Non seulement ces registres ne couvrent que 24% de la population mais aussi, les conséquences environnementales sur les cancers sont peu étudiées, et l'absence de coordination entre les registres et le manque de visibilité et de lisibilité des comités et procédures d'évaluation aboutissent à un isolement de ces structures.

La loi du 30 juin 2025 (JO du 1/7, un article unique) a créé un registre national du cancer et en a tout naturellement confié la gestion à l'institut national du cancer (INCa) . Elle est codifiée sous l'article L 1415-2-1 du CSP.

Elle a fait l'objet d'un décret d'application du 26 décembre 2025 (JO du 28) « portant création du traitement dénommé registre national du cancer » codifié sous les articles R. 1415-2-1 à R 1415-2-6 du CSP.

### **L'objet du registre national :**

« L'INCa, met en œuvre un traitement de données à caractère personnel dénommé "registre national des cancers" ayant pour objet de centraliser les données populationnelles relatives à

l'épidémiologie et aux soins dans le domaine de la cancérologie et qui concernent les personnes entrant dans un dispositif de prévention ou de dépistage d'un cancer, suspectées d'être atteintes d'un cancer, bénéficiant de soins relatifs au cancer ou étant ou ayant été atteintes d'un cancer ».

Le registre a pour finalités de :

- 1° recueillir au moins annuellement et systématiquement les données populationnelles
- 2° rassembler, apparier et pseudonymiser les données ainsi recueillies dans une base de données,
- 3° permettre à l'INCa de conduire des études dans le cadre de ses missions d'observation et d'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer,
- 4° mettre à disposition les données ainsi rassemblées, appariées et pseudonymisées aux personnes [autorisées] pour contribuer à :
  - la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans le domaine de la cancérologie,
  - la surveillance de l'état de santé des populations,
  - la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques publiques relatives à la lutte contre le cancer.

### ***Les données recueillies :***

L'INCA peut recueillir et traiter :

1. Les données d'identification, y compris des informations relatives au décès (date, lieu, causes et circonstances de décès)...
2. Les informations ou résultats recueillis à l'occasion d'activités, d'actes ou d'exams de prévention, de dépistage et de diagnostic d'un cancer,
3. Les informations relatives à la consommation et à la nature des soins, des prestations et des séjours en établissement de santé et en établissement ou service médico-social, y compris les soins externes et l'accueil aux urgences et les diagnostics médicaux, ainsi que des soins de ville,
4. Les informations ou résultats relatifs aux examens de soins et aux analyses médicales, notamment d'imagerie, de biologie médicale, d'anatomocytopathologie et de génétique moléculaire constitutionnelle et somatique
5. Les données concernant les caractéristiques et la classification des tumeurs et la date de diagnostic du cancer,
6. Les informations relatives aux caractéristiques sanitaires, médico-sociales et financières de la prise en charge des soins et prestations servies par les organismes d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, les organismes d'assurance maladie complémentaire, ainsi que l'identification et les caractéristiques de ces organismes,
7. Les informations liées aux affections de longue durée figurant sur la liste mentionnée à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale,
8. Les informations liées aux expositions et aux maladies professionnelles,
9. Les informations médico-sociales relatives aux personnes concernées lorsqu'elles sont en situation de handicap ou de perte d'autonomie et aux prestations et services dont elles bénéficient,
10. Les informations relatives aux arrêts de travail, ainsi qu'aux prestations en espèces versées au titre de la maladie, de la maternité, de la paternité, des accidents du travail et maladies professionnelles et au versement de pensions d'invalidité, de rentes consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ou de capitaux décès,
11. Les données relatives aux déterminants de santé, notamment relatives aux déterminants sociaux et environnementaux.

Sont également susceptibles d'être traitées dans le registre les données d'identification relatives aux professionnels de santé participant aux activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi médical ou médico-social ou d'enquête dans le domaine de la santé .

« Les données directement identifiantes sont traitées exclusivement à des fins de recueil exhaustif des cas de cancers et d'appariement en l'absence du numéro d'inscription au répertoire d'identification des personnes physiques. Elles sont pseudonymisées préalablement à leur intégration dans la base de données en vue de leur mise à disposition ».

#### **L'origine des données :**

Le texte cite 9 sources différentes :

- ✓ Le système national des données de santé (SNDS),
- ✓ les registres locaux des cancers ainsi que leur base de données commune dont l'INCa assure l'hébergement et la responsabilité de traitement,
- ✓ les systèmes d'information des établissements de santé ou de leurs groupements et des laboratoires d'analyses, publics ou privés, impliqués,
- ✓ Les systèmes d'information des dispositifs spécifiques régionaux réalisant des actions dans le domaine de la cancérologie (ex réseaux de cancérologie),
- ✓ les systèmes d'information des acteurs impliqués dans les programmes de dépistages organisés des cancers (les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers – CRCDC),
- ✓ La base de données sur les causes médicales de décès issues des certificats de décès,
- ✓ La base de données des urgences mise en œuvre par l'Agence nationale de santé publique,
- ✓ Les bases de données médico-sociales relatives aux personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie de la CNSA,
- ✓ Les résultats et les jeux de données dans le cadre des études menées par les personnes autorisées.

Les responsables des sources de données transmettent gratuitement au moins une fois par an à l'INCa les données dont ils disposent.

Peuvent également approvisionner le registre sur la base de conventions :

- ✓ les entrepôts de données de santé (EDS) à des fins de recherche, de cohortes ou de registres mis en œuvre par un ou plusieurs établissements de santé publics ou privés,
- ✓ les bases de données constituées dans le cadre de projets de recherche, d'essais cliniques, d'études, d'évaluations, ou de toute autre source de données intéressant le domaine de la cancérologie, gérées par tout organisme public ou privé.

#### **La protection des données :**

L'Institut est le responsable du traitement du registre national des cancers. La protection des données personnelles est une priorité.

##### ✓ *Utilisation des données identifiantes :*

Les données séparées entre données cliniques et données identifiantes et elles sont pseudonymisées préalablement à leur intégration dans la base,

##### ✓ *Confidentialité :*

seuls les collaborateurs habilités par l'INCa peuvent accéder aux données. Les habilitations sont strictement gérées et revues régulièrement. Les collaborateurs habilités à accéder aux données sont soumis au secret professionnel.

##### ✓ *Hébergement :*

les données sont hébergées en France, par un hébergeur de données de santé certifié, sous la responsabilité de l'INCa. L'ensemble des sous-traitants qui interviennent dans la mise en œuvre du registre sont français et a minima européens,

✓ *Homologation :*

le registre est composé de différents sous systèmes d'information, qui sont homologués par l'autorité dédiée de l'Institut,

✓ *Traçabilité :*

l'ensemble des actions conduites sur le registre est tracé : il est possible d'identifier quelle personne a fait quelle manipulation et à quel moment

✓ *Durée de conservation :*

Les données personnelles et directement identifiantes sont conservées par l'INCA exclusivement à des fins de recueil exhaustif des cas de cancer et d'appariement des données entre elles, pour une durée maximale de 24 mois.

Les données individuelles pseudonymisées sont conservées 20 ans à compter de la dernière inclusion des données concernant une même personne.

***Le droit des personnes sur les données :***

✓ *Devoir d'information :*

L'INCa est tenu de réaliser une information sur l'utilisation des données individuelles par le registre national des cancers.

✓ *Les droits de la personnes :*

Les personnes dont les données sont traitées peuvent exercer leurs droits d'accès et de rectification des données, ainsi que leur droit à la limitation du traitement ( qui consiste à geler temporairement l'utilisation de certaines données), ou encore leur droit de définir des directives relatives au sort des données après leur décès.

***Qui peut accéder aux données?***

Peuvent accéder au traitement à raison de leurs attributions respectives et dans la limite du besoin d'en connaître :

✓ Les personnels de l'INCa spécialement habilités,

✓ Le cas échéant, les sous-traitants auxquels l'Institut national du cancer a recours

Peuvent être destinataires de jeux de données après que ces données ont fait l'objet de mesures adéquates de pseudonymisation permettant d'assurer la confidentialité de l'identité des personnes, à raison de leurs attributions respectives et dans la limite du besoin d'en connaître :

✓ les ARS , pour la seule finalité mentionnée au b du 4° du II du même article,

✓ les directions du ministère : DGS, DGOS, DREES, DSS etc..

✓ des agences : ANSP, l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail et l'Autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection,

✓ Les organismes d'assurance maladie, dans le cadre de leurs missions de mise en œuvre des invitations et des relances à participer aux programmes de dépistages organisés des cancers

***La place des registres locaux :***

Il semble que la création du registre national ne remette pas en cause l'existence des registres locaux.

« L'INCa assure le pilotage national des registres locaux des cancers. A cette fin, il désigne, après avis consultatif de l'Agence nationale de santé publique, et évalue [...] les organismes mettant en œuvre des registres locaux des cancers et chargés d'assurer un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique ».

Il « fournit, à ses frais, un système d'information incluant une solution logicielle de saisie et un environnement d'hébergement conforme au référentiel de certification pour les hébergeurs de données de santé que les organismes désignés utilisent pour mettre en œuvre les registres locaux des cancers ».

Les données collectées dans le cadre des registres locaux, ainsi que les algorithmes associés, sont transmis annuellement à l'INCA qui s'assure de la consolidation de ces données. Enfin il «alloue un financement aux organismes de rattachement des registres locaux dans le cadre d'une convention. »

### **Le comité éthique et scientifique :**

Un comité scientifique et éthique est mis en place, qui a pour missions de :

- ✓ veiller à la cohérence de la stratégie scientifique portée dans le cadre du registre national des cancers,
- ✓ rendre un avis sur un rapport scientifique annuel du registre national des cancers, avant sa présentation au conseil d'administration de l'Institut national du cancer,
- ✓ évaluer et rendre des avis sur les protocoles qui lui sont soumis préalablement à l'accès aux données du registre national des cancers pour mettre en œuvre une recherche, étude ou évaluation dans le domaine de la cancérologie.

## **2. En matière de santé que peut faire un maire ?**

Dans l'éditorial de la dernière lettre nous tentions, à la veille des élections municipales de mars, d'analyser ce que les citoyens attendent de leur maire dans le domaine de la santé qui n'est pourtant pas de leur compétence.

Comme nous l'annoncions dans cette même lettre, France Assos santé a publié le 21 janvier un « manifeste » sous l'intitulé « la santé : une priorité pour les habitants, un levier d'action pour les maires » ;

Ce manifeste se décline en 16 propositions dont les candidats, et même les électeurs peuvent se saisir.

Il propose de :

### ✓ **Améliorer l'accès aux soins**

- évaluer les besoins de la population du territoire,
- encourager la venue d'étudiants stagiaires sur leur territoire,
- créer des centres de santé et/ou favoriser l'implantation de maisons de santé pluriprofessionnelles,
- améliorer l'organisation de la permanence des soins ambulatoires et des soins non programmés,
- améliorer l'accès aux soins pour les publics fragiles,
- développer « l'aller vers » via des téléconsultations coordonnées avec les acteurs du territoire,
- mener des actions de médiation numérique de proximité pour garantir l'accès aux droits et aux soins,
- informer le public de l'organisation du système de santé et des dispositifs existants d'accès aux soins,

### ✓ **Promouvoir la prévention et des environnements favorables à la santé :**

- interdire la publicité pour l'alcool à proximité des établissements scolaires, des lieux fréquentés par des enfants et des lieux de soins,
- devenir partenaire du « Défi de janvier »,
- mettre en place des contrôles et des sanctions pour les établissements et enseignes de distribution qui ne respectent pas l'interdiction de vente d'alcool aux mineurs,
- limiter la publicité pour la malbouffe dans l'espace public, l'interdire dans les lieux fréquentés par les enfants,
- freiner l'implantation des fast-foods près des établissements scolaires,

- proposer une alimentation plus saine et durable en restauration collective,
- protéger les enfants dès les 1 000 premiers jours,
- axer l'aménagement du territoire et l'urbanisme sur de la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être des populations,

Pour accéder à ce « manifeste » ainsi qu'aux 16 fiches action qui l'accompagnent :

[https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9\\_presse/municipales-2026-les-français-plebiscitent-la-sant%C3%A9-france-assos-sante-pr%C3%A9sente-ses-propositions/](https://www.france-assos-sante.org/communiqu%C3%A9_presse/municipales-2026-les-français-plebiscitent-la-sant%C3%A9-france-assos-sante-pr%C3%A9sente-ses-propositions/)

Mais en matière de lobbying électoral il existe beaucoup d'autres initiatives. Nous en avons déjà cité et on peut encore citer celle de la Fondation Jean Jaurès : « soigner l'expérience sensible : trente propositions pour les élections municipales de 2026 »

[https://www.jean-jaures.org/publication/soigner-l%C3%A9xp%C3%A9rience-sensible-trente-propositions-pour-les-%C3%A9lections-municipales-de-2026/?post\\_id=72410&export\\_pdf=1](https://www.jean-jaures.org/publication/soigner-l%C3%A9xp%C3%A9rience-sensible-trente-propositions-pour-les-%C3%A9lections-municipales-de-2026/?post_id=72410&export_pdf=1)

et même celle de la commission spécialisée prévention de la CRSA que nous avons déjà évoquée.

### 3. Etablissements de santé : efficacité et performance

Nos établissements de santé souffrent d'un déficit financier chronique qui s'aggrave au fil des ans, et à l'heure du rétablissement des comptes sociaux, les injonctions à les ramener à l'équilibre financier se multiplient.

Par une circulaire du 23 avril « relative à l'efficacité et à la performance des établissements de santé » (4 pages),

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45602>

le 1<sup>er</sup> ministre (Mr Bayrou à cette époque) a donné aux DG des ARS ses directives pour améliorer la gestion des établissements publics de santé et enrayer leur dégradation financière.

Ce n'était sans doute pas suffisant, puisque par une instruction du 9 octobre dernier, soit plus de 5 mois après, (13 pages), « relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficacité et à la performance des établissements de santé », la DGOS (Marie Daudé) et le directeur de la sécurité sociale (Pierre Pribille), par délégation de la ministre du travail, de la santé, des solidarités, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées (Mme Vautrin à l'époque), donnent aux mêmes DG des ARS leurs instructions.

<https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/instruction-ndeg-dgosfip3dsssd1a2025145-du-9-octobre-2025-relative-la-mise-en-oeuvre-de-la-circulaire-du-premier-ministre-du-23-avril-2025-relative-lefficiency-et-la-performance-des-etablissements-de-sante>

« Les dispositions de cette instruction contribuent à l'objectif de retour à l'équilibre des établissements de santé à horizon de 5 ans. Elles ne préemptent pas les conclusions des rapports des missions d'inspection en cours sur le financement et l'efficacité des établissements de santé qui permettront de compléter et d'enrichir la démarche proposée ».

Sans descendre dans le détail nous retiendrons seulement les 4 orientations de cette instruction :

*1- Mettre en place un suivi gradué des établissements sur la base d'un diagnostic régional*

Il est demandé à chaque ARS de définir un plan d'action régional fondé sur un diagnostic de la situation financière des établissements de santé de la région. Cet état des lieux devra permettre de classer les établissements en difficulté selon la criticité de leur situation.

#### *2- Contractualiser en 2025 avec les ES présentant les difficultés les plus significatives et/ou les leviers d'amélioration les plus matures :*

Il revient aux DG d'ARS de définir les établissements devant bénéficier d'un soutien financier ad hoc, qu'il soit issu de crédits régionaux (FIR notamment) ou nationaux (enveloppe « redressement financier et performance »).

La contractualisation est rendue obligatoire pour toute structure recevant une aide au titre de l'enveloppe « redressement financier et performance ».

Le montant de cette enveloppe est de 235 M€, dont 200 M€ destinés aux établissements publics de santé et 35 M€ aux établissements privés à but non lucratif.

Conclus pour une durée minimale de 3 ans pouvant aller jusqu'à 5 ans, ces contrats doivent inscrire les établissements dans une trajectoire de redressement structurel de leur situation financière.

Ils comportent deux types d'objectifs :

- ✓ Des objectifs financiers permettant de décliner les cibles caractérisant le redressement structurel de l'établissement.
- ✓ Des objectifs correspondant aux leviers mobilisés par l'établissement, à court et moyen terme, pour redresser sa situation financière.

La contractualisation pourra également être étendue aux enjeux d'organisation inter-établissements, en identifiant des leviers d'efficience sous le prisme de l'équilibre entre offre et demande sur un territoire, sans exclure d'éventuelles restructurations, notamment à la maille des groupements hospitaliers de territoire (GHT)

#### *3- Apporter un appui à la démarche de performance et de redressement des établissements de santé :*

Les ARS sont en charge de l'animation globale de la démarche de performance et de redressement des établissements de santé au sein de leur région. À ce titre, elles contribuent à la diffusion des bonnes pratiques identifiées sur les territoires et appuient les établissements en mobilisant, notamment, les outils développés par l'ANAP.

#### *4- Conditions relatives au « pilotage resserré » de l'exécution budgétaire :*

L'instruction demande aux ARS de veiller au respect de la remontée des comptes financiers au plus tard le 8 juillet de l'année suivant la clôture.

Cette instruction est complétée de 2 annexes :

- ✓ L'une donnant des exemples d'indicateurs mobilisables pour apprécier la criticité de la situation financière des établissements et établir les cibles relatives aux objectifs financiers déclinés dans les contrats.
- ✓ L'autre donnant des exemples de leviers et indicateurs pouvant être intégrés aux contrats d'amélioration de la performance et de redressement des établissements.

Ils sont classés par thématiques : activités, circuit du médicament, coopération territoriale, gestion des lits, achats, ressources humaines, chaîne facturation recouvrement, trésorerie, numérique, qualité. Chacune est découpée en sous-thématiques faisant l'objet d'un descriptif et d'indicateurs .

*Cette instruction va remplir d'aise ceux qui ne jurent que par l'efficience et la performance, au contraire de ceux qui déplorent la gestion purement comptable des établissements au détriment de la qualité de la prise en charge du patient et des conditions de travail des professionnels.*

*Enfin elle confirme que l'histoire est un perpétuel recommencement puisqu'elle ne fait que réécrire les contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) qui existaient déjà il y a 20 ans sinon davantage, et plus proche d'aujourd'hui le dispositif COPERMO.  
Pour autant on ne peut ignorer la criticité de la situation financière de nos établissements et la laisser s'aggraver.*

#### 4. Assistants de régulation médicale (ARM) : certification

L'arrêté du 19 juillet 2019 (JO du 21) a mis en place une formation diplômante d'assistant de régulation médicale (ARM).

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038793144>

*L'obligation de certification au 1/01/2026 :*

La Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 « portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé » a prévu une obligation d'être titulaire du diplôme d'assistant de régulation médicale (ARM) pour exercer la profession, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Depuis cette date, il n'est donc plus possible d'employer sur des fonctions d'ARM, un agent non certifié.

*Que deviennent les ARM non certifiés ?*

Une instruction du 29 décembre rappelle la conduite à tenir face aux situations d'agents non certifiés en fonction au sein d'un SAMU-Centre 15 qui pourraient subsister.

Ils ne doivent normalement ne plus être mis en situation de « primo-décroché ». Dans l'attente de leur certification, ils peuvent exclusivement assurer des activités complémentaires au primo-décroché, en dehors des fonctions d'opérateurs de soins non programmés (gestion de moyens, sous couvert du superviseur ou de l'ARM coordonnateur, et gestion de bilan, avec validation systématique par le médecin régulateur, le superviseur ou l'ARM coordonnateur, selon ce qui est prévu par le protocole de service).

Les ARM ayant signé un contrat d'apprentissage alternent des périodes de formation et des périodes où ils sont en activité au sein du SAMU-Centre 15. Dans ce cadre, ils exercent leurs missions sous la responsabilité et la supervision du maître de stage, également ARM expérimenté,

*La responsabilité des établissements :*

Les établissements sont appelés :

- ✓ à respecter cette organisation au regard de leur responsabilité relative à la réception et à la régulation des appels à destination du SAMU-SAS,
- ✓ à s'assurer que les agents concernés soient engagés dans un processus afin d'obtenir la certification dans les meilleurs délais.

*La formation d'ARM :*

Elle est ouverte aux personnes âgées de 18 ans, titulaires du baccalauréat ou d'un titre ou diplôme de niveau 4, ou justifier de 3 années d'expérience professionnelle à temps plein ; 19 centres (CFARM) sont agréés pour dispenser cette formation, dont ceux rattachés aux CHU de Dijon et Besançon.

Pour mémoire il existait jusqu'à présent 3 voies d'accès au diplôme d'ARM :

- ✓ La formation initiale complète,  
Basée sur un référentiel de certification, la formation d'une année comprend 1470 heures, réparties à parts égales entre l'enseignement théorique et l'enseignement pratique via des stages découverte (5 semaines) et des stages métier (16 semaines).

- ✓ la formation initiale avec des dispenses possibles pour certaines personnes mentionnées à l'article 13 de l'arrêté du 19 juillet 2019
- ✓ l'apprentissage : depuis le 1<sup>er</sup> janvier il n'est plus possible d'engager de nouveaux agents dans ce processus.

Voir la fiche métier d'ARM :

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_metier\\_d\\_assistant\\_de\\_regulation\\_medicale\\_arm.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_metier_d_assistant_de_regulation_medicale_arm.pdf)

## 5. Veille législative et réglementaire :

### **Textes législatifs :**

Aucune loi n'a été publiée en janvier

### **Textes réglementaires :**

#### **1- Intervention des SDIS à la demande des SAMU (carences ambulancières)**

Le montant de l'indemnisation des interventions effectuées par les SDIS à la demande de la régulation médicale du SAMU en cas de défaut de disponibilité des transporteurs sanitaires privés (que l'on appelle carences ambulancières) peut être déterminé :

- ✓ soit par un forfait annuel englobant l'ensemble des interventions déterminé sur la base du nombre d'interventions constatées précédemment,
- soit par application, à chaque intervention, d'un tarif national

Un arrêté du 31 décembre (JO du 1<sup>er</sup> janvier) fixe ce tarif national à :

- ✓ 209€ pour les interventions effectuées en 2024,
- ✓ 215€ pour celles effectuées en 2025,
- ✓ 217€ pour celles qui seront effectuées en 2026.

Le coût est facturé par le SDIS de chaque département à l'établissement siège du CRRA 15 (régulation) ; il est parfois source de désaccords.

#### **2- Adoption : autorisations d'absence du salarié**

« Le nombre maximal d'autorisations d'absence [pour adoption] est de cinq par procédure d'agrément » (décret du 31 /12 JO du 1/1/2026).

#### **3- Lutte contre la prostitution, le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle :**

Un décret du 30 décembre (JO du 1<sup>er</sup> janvier) modifie la composition et les missions des commissions départementales de lutte contre la prostitution, le proxénétisme et la traite des êtres humains aux fins d'exploitation sexuelle.

Il leur donne pour mission de coordonner des parcours individuels d'accompagnement de mineurs victimes de prostitution, de proxénétisme ou de traite des êtres humains à des fins d'exploitation sexuelle.

#### **4- Contrat d'engagement de service public (CESP) : extension des bénéficiaires**

Nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer les CESP (une rémunération allouée aux étudiants en médecine en contrepartie de s'installer pendant une certaine durée dans les zones « sous dotées », ne serait-ce que pour indiquer chaque année le nombre de contrats alloués à notre région (cf. lettre n°84 et 89).

Jusqu'à présent les CESP étaient réservés aux étudiants en médecine et odontologie de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycle et aux PADEHUE (praticiens à diplôme étranger hors UE)

Pris en application de la loi du 27 décembre 2023 « visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels », un décret du 5 janvier (JO du 6) modifiant le code de l'éducation, élargit le périmètre des candidats bénéficiaires d'un CESP, en intégrant tous les

étudiants admis à poursuivre des études de santé à l'issue de la 1<sup>o</sup> année du 1<sup>o</sup> cycle des études de médecine, d'odontologie, de maïeutique et de pharmacie (à l'exception de la filière industrie) ou ultérieurement au cours de ces études.

Il renvoie à un arrêté la fixation des modalités organisationnelles du CESP.

Il prévoit que « le CESP ne peut être cumulé avec aucun autre contrat de même nature conclu, notamment, avec un établissement de santé, un établissement médico-social ou une collectivité territoriale ».

Il institue au sein de chaque UFR, de chaque composante universitaire ou de ce chaque structure concernée assurant ces formations, une commission de sélection des candidatures.

Ces nouvelles dispositions « s'appliquent aux candidatures à la signature d'un contrat d'engagement de service public présentées à compter du 16 janvier 2026 ».

Pour mémoire (cf. lettre 84) le nombre de contrats alloués à notre région, au titre de l'année universitaire 2024-2025 est le suivant :

	Médecine		Odontologie		PADEHUE
	2 <sup>o</sup> cycle	3 <sup>o</sup> cycle	2 <sup>o</sup> cycle	3 <sup>o</sup> cycle	
Besançon	12	5	3	0	1
Dijon	15	6	3	0	4
France	387	235	167	2	16

On peut donc attendre un nouvel arrêté fixant le nombre de contrats pour chacune des filières concernées.

#### **5- Ministères des affaires sociales : référent déontologue**

Depuis 2017 « la fonction de référent déontologue des ministères [sociaux] et des ARS est assurée par le comité de déontologie des ministères chargés des affaires sociales ».

Un arrêté du 5 janvier (JO du 7) apporte quelques modifications à la fonction de référent déontologue au sein des ministères chargés des affaires sociales.

#### **6- Etudes pharmaceutiques : la place du patient**

Un arrêté du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche du 31 décembre (JO du 11 janvier 31 pages) apporte de nombreuses modifications au cursus de la formation pharmaceutique, parmi lesquelles nous avons relevé que « la formation pratique et théorique peut faire appel à la participation de patients, en binôme avec un personnel enseignant. »

#### **7- Les ONDAM 2026**

L'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 pour les dépenses des établissements se subdivise par statut d'établissement de par type d'activité.

Quatre arrêtés du 9 janvier (JO du 13) fixent sa répartition :

- ✓ unités de soins de longue durée (USLD) : 1 439,4 millions
- ✓ activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) : 10 774,6 millions d'euros
- ✓ soins médicaux de réadaptation (SMR) : 11 987,03 millions d'euros,
- ✓ psychiatrie : 13 537,01 millions d'euros.

#### **8- HAD-Traitement du cancer- expérimentation- nouvel AMI**

La LFSS pour 2024 avait prévu qu' « à titre expérimental et afin d'accompagner le développement de la prise en charge en hospitalisation à domicile des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer, certains établissements de santé peuvent être

autorisés à percevoir [...] une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'une expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une HAD.

Un arrêté du 30 juillet 2025 a fixé la liste de ces établissements dont 8 pour notre région.

Un nouvel arrêté du 8 janvier (JO du 14) prévoit que « dans les régions pour lesquelles moins de 10 établissements ont été retenus [...] un second appel à manifestation d'intérêt (AMI) national est organisé ».

Date limite : 31 mars 2026.

### **9- Soins de néonatalogie à domicile : rapport d'activité**

Un arrêté du 12 janvier (JO du 15) fixe la nouvelle trame du rapport annuel d'activité que les établissements qui participent à cette expérimentation (nous n'en connaissons pas en BFC) doivent produire « tous les 1<sup>er</sup> mars de l'année N pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre de l'année N – 1 ».

### **10- SSIAD : traitement de données personnelles**

Un décret du 14 janvier (JO du 16) modifie les dispositions relatives au traitement de données à caractère personnel dénommé « système d'information national services de soins infirmiers à domicile ».

Il précise et complète la liste des données et informations susceptibles d'être collectées et enregistrées dans le traitement, notamment en y ajoutant les nom, prénom, et, le cas échéant, l'absence de la personne accompagnée par le service de soins à domicile. Il précise que la direction générale de la cohésion sociale, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ne peuvent accéder qu'à des données et informations pseudonymisées. Enfin, il ajoute la direction de la sécurité sociale à la liste des destinataires des données et informations pseudonymisées du traitement.

### **11- Etablissements d'accueil du jeune enfant : autorisation**

Un décret du 14 janvier (JO du 16) fixe les modalités d'autorisation et de renouvellement de l'autorisation des établissements d'accueil du jeune enfant, existants avant l'application de la loi du 18 décembre 2023 pour le plein emploi.

### **12- Etablissements de santé : forfait MRC**

Le forfait maladie rénale chronique (FMRC) est une rémunération forfaitaire annuelle des établissements de santé qui mettent en place un parcours de prise en charge pluridisciplinaire annuel des patients atteints de maladie rénale chronique, aux stades 4 et 5, dans l'objectif d'améliorer le suivi de ces patients, de lutter contre la progression de la maladie et la survenue de complications.

Un arrêté du 13 janvier (JO du 18) fixe la liste des établissements éligibles pour 2026. Pour notre région sont éligibles : les 2 CHU, le GH 70, les CH de Macon, Chalon, Auxerre, Sens, Nevers, l'HNFC, et Santély BFC pour son site de Dijon Breuchillière.

Le FMRC est alloué pour des patients aux stades 4 et 5 de la MRC.

La valeur annuelle du FMRC 4 est fixée à 452,72 euros, celle du FMRC 5 à 694,18 euros.

Pour en savoir plus sur ce forfait voir le « livret pédagogique » publié par l'ATIH

<https://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2024/05/Livret-pedagogique-forfait-MRC-version-mai-2024.pdf>

### **13- Forfait MRC (bis)**

Les conditions de calcul et de versement du FMRC sont d'une grande complexité, ce qui n'empêche pas un arrêté du 21 janvier (JO du 24) de leur donner encore un « tours de vis ».

#### **14- Etablissements de santé : dotation IFAQ**

« Les établissements de santé exerçant les activités [de MCO, odontologie et psychiatrie] peuvent être incités financièrement à la qualité et la sécurité des soins ». Ils reçoivent une dotation complémentaire calculée sur la base des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins qu'ils recueillent.

Un arrêté du 15 janvier (JO du 18) précise la liste des indicateurs et les modalités de calcul de la dotation

« Le montant qu'un établissement de santé peut percevoir au titre de la dotation « d'incitation financière à la qualité » (IFAQ), est égal à la somme des montants dus au regard des résultats qu'il obtient sur chaque indicateur qui relève du périmètre de son champ d'activité etc...

En raison de la complexité du système de calcul nous préférons renoncer.

#### **15- Financement des associations familiales :**

Le montant de la part 2 du fonds spécial destiné au financement des unions d'associations familiales pour l'exercice 2025 est fixé à 6 395 446,97 € dont 6 215 734,91 € à la charge de la caisse nationale d'allocations familiales (JO du 21/01).

#### **16- CPP : indemnités**

Le montant des indemnités dues aux rapporteurs des CPP est revu à la hausse avec effet du 1<sup>er</sup> janvier (« sans effet rétroactif »). (arrêté du 20 janvier JO du 26)

La mission de rapporteur passe de 90 € à 135€ (+50%) par dossier, lorsqu'il s'agit d'une demande initiale.

Le plafond annuel par membre du comité et expert extérieur passe de 6 480 € à 9 720€ (+50%). Il semble qu'en cas de réexamen d'un dossier ayant fait l'objet d'une modification substantielle, le taux de l'indemnité reste fixé à 45 € par dossier.

Pour mémoire, « pour l'exercice de leurs missions, le montant annuel de l'indemnité forfaitaire est fixé à 9 240 € pour le président et à 6 470 € pour son vice-président ».

#### **17- SAS : participation des chirurgiens-dentistes**

Un décret du 20 janvier (JO du 23) permet la participation d'autres professionnels de santé retraités que les seuls médecins, à la régulation du service d'accès aux soins (SAS). Il inscrit les chirurgiens-dentistes assurant la permanence des soins dentaires (PDSD) dans la liste des collaborateurs occasionnels du service public.

#### **18- CNS : participation des représentants des usagers**

L'annexe à l'arrêté du 19 janvier (JO du 23 – 4 pages) fixe les conditions du déroulement de l'appel à candidatures pour la désignation des représentants d'associations de consommateurs, et des associations agréées d'usagers du système de santé.

Aucune date n'est annoncée pour le lancement de cet appel à candidature.

Pour mémoire (cf. lettre de janvier) la composition de la CNS a été modifiée par le décret du 24 décembre 2025 (JO du 26). Elle comprend désormais 142 membres (ex de complexification).

#### **19- Orthophonistes : droit de prescription**

Un arrêté du 20 janvier (JO du 24) modifie la liste des dispositifs médicaux que les orthophonistes peuvent prescrire, renouveler, et adapter dans le cadre d'un renouvellement, sauf indication contraire du médecin.

« Lorsqu'il adapte la prescription, l'orthophoniste en informe le prescripteur et, le cas échéant, avec l'accord du patient un autre médecin désigné par le patient ».

## **20- Internes : astreinte**

A compter du 1<sup>er</sup> février la rémunération d'une période d'astreinte, (avec ou sans déplacement), passe de 21,26€ à 31,89€ (+ 50%)

« Le service d'astreintes est organisé, en dehors du service normal de jour, de 18 h 30 à 8 h 30, le dimanche ou jour férié ».

## **21- Formation des élèves directeurs :**

Le JO du 27 janvier publie les arrêtés d'ouverture des concours pour l'accès aux cycles de formations 2026 des :

- ✓ Elèves directeurs d'hôpital : 97 places pour les 4 types de concours,
- ✓ Elèves directeurs d'établissement sanitaire, social et médico-social (DESS) : 117 places pour les 4 types de concours,
- ✓ Elèves directeurs des soins : 85 places pour les 2 types de concours

Parallèlement sont ouverts 3 concours pour l'accès au cycle de formation des attachés d'administration hospitalière pour 100 places.

## **22- Médicaments de thérapie génique : usage réservé**

« L'administration sous-rétinienne de médicaments de thérapie génique indiqués dans le traitement d'une dystrophie rétinienne héréditaire ne peut être réalisée que dans les établissements de santé respectant l'ensemble des critères » fixés par l'arrêté du 23 janvier (JO du 27).

La liste des établissements de santé répondant à ces critères est fixée par l'ARS.

## **23- Cybersécurité - « Hospiconnect » :**

Un arrêté du 27 janvier (JO du 29) crée un programme de financement (Hospiconnect) destiné à renforcer la sécurité numérique des établissements de santé, et à soutenir l'acquisition de moyens d'identification électroniques conformes à la réglementation, dans le cadre d'un appel à financement. Il définit les critères d'éligibilité et de candidatures.

## **Textes réglementaires en préparation :**

La DGOS prépare actuellement les textes suivants :

### **1- Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale :**

Dans le cadre de la poursuite de la réforme des autorisations d'activités, la DGOS a soumis à l'avis du CNOSS, 2 projets de décrets concernant les conditions d'implantation et les conditions de fonctionnement de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale (dialyse).

### **2- Greffes d'organes et de cellules :**

Un projet de décret est en préparation pour modifier les conditions d'implantation des activités de greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques (soins intensifs d'hématologie et réanimation).

### **3- Indicateurs qualité :**

La DGOS prépare un arrêté relatif à la diffusion publique et obligatoire des indicateurs qualité des établissements de santé. Une concertation est en cours avec les fédérations et France assos Santé afin de sélectionner les indicateurs qui seront publiés.

### **4- Accompagnement des patients aux urgences :**

Non seulement il est difficile d'entrer aux urgences dont l'accès est de plus en plus régulé par appel téléphonique préalable ou par une possibilité de « réorientation » à l'entrée, mais beaucoup n'acceptent pas la présence d'accompagnants.

S'il existe de vrais motifs (sécurité des soignants, encombrement des services), on mesure l'impact de ce refus sur les personnes âgées qui séjournent de plus en plus nombreuses et de plus en plus longtemps (sur un brancard) aux urgences .

Conscient de cette situation le ministère travaille avec des urgentistes, des ARS et France assos Santé à l'élaboration d'un document , de type charte.

France Assos Santé milite pour le reconnaissance d'un véritable droit à l'accompagnement.

Nous reviendrons sur ces différents textes lorsqu'ils seront finalisés et publiés.

## 6. Veille parlementaire :

### **Assemblée nationale :**

- proposition de loi visant à lutter contre le séparatisme social dans nos territoires,
- proposition de loi visant à protéger la santé publique en luttant contre les denrées alimentaires ultra-transformées et en renforçant la transparence alimentaire,
- proposition de loi portant nationalisation de LDR Médical,
- proposition de loi visant à garantir la mise à l'abri de la population face aux événements climatiques extrêmes,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, facilitant l'exercice en France des médecins diplômés au Royaume-Uni avant le Brexit,
- proposition de loi visant à protéger la santé publique en luttant contre les denrées alimentaires ultra-transformées et en renforçant la transparence alimentaire,
- rapport fait au nom de la commission des lois [...] sur la proposition de loi, après engagement de la procédure accélérée, visant à mettre fin au devoir conjugal,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail,
- proposition de loi constitutionnelle inscrivant la préservation des ressources naturelles en eau dans la constitution, afin d'assurer une eau potable en quantité et en qualité suffisantes pour les générations futures,
- proposition de loi visant à permettre la prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux remis en bon état d'usage,
- proposition de loi visant à structurer durablement la lutte contre l'endométriose autour de la prévention et de la reconnaissance sociale,
- proposition de loi visant à reconnaître et à sécuriser l'exercice de la fonction de médiateur de santé-pair en santé mentale,
- 

### **Sénat :**

- avis présenté au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, relative au droit à l'aide à mourir
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs (n° 662, 2024-2025),
- texte de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs,
- proposition de loi visant à encadrer l'utilisation des téléphones portables et produits associés pendant le temps périscolaire et dans les accueils collectifs de mineurs,
- rapport fait au nom de la commission de la culture, de l'éducation, de la communication et du sport sur la proposition de loi visant à intégrer les accompagnants des élèves en

- situation de handicap (AESH) dans la fonction publique et à garantir une meilleure inclusion des élèves en situation de handicap et à besoins éducatifs particuliers,
- proposition de loi visant à renforcer l'accessibilité, l'efficacité et la gouvernance locale des défibrillateurs automatisés externes (DAE),
- proposition de loi visant à abroger la loi du 11 août 2025, dite loi Duplomb, à rendre définitive l'interdiction des néonicotinoïdes en France, à tenir compte du dernier état des connaissances scientifiques et à lutter contre la concurrence déloyale en matière de pesticides,
- proposition de loi visant à reconnaître le rôle du département dans la coordination des projets alimentaires territoriaux,
- proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à réparer les préjudices causés par la transplantation de mineurs de La Réunion en France hexagonale de 1962 à 1984,

## 7. En Bourgogne Franche comté :

### 7-1 Décisions de l'ARS BFC :

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

#### **1- PDSA : modifications du cahier des charges régional**

Le cahier des charges régional de la PDSA vient de connaître plusieurs modifications ; elles concernent :

##### ✓ *En Saône et Loire :*

- l'extension en journée de la mission de régulation de l'AMRL 71 jusqu'ici limitée au SAS,
- la revalorisation de la rémunération des médecins de l'AMRL 71 (+10 et +5 € de l'heure selon le cas soit 100 et 105€) avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2025 ( ?) afin de répondre à « l'objectif de motiver les effectifs et de répondre à l'extension des missions du SAS.

##### ✓ *Territoire de Belfort :*

La modification concerne les heures (20h-22H) de garde sur les 2 secteurs de Giromagny, et Montreux-Rougemont. L'horaire reste de 20h à minuit sur les 2 autres secteurs.

#### **2- Permanence des soins dentaires(PDSD) : modification des cahier des charges**

Il existe aussi une permanence de soins dentaires ce que peu d'usagers connaissent

##### ✓ *Cahier de charges de Bourgogne*

En Côte d'Or : « à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026, un chirurgien-dentiste (CD) régulateur sera à son poste positionné au sein du CRRA 15 du CHU de Dijon et assure la permanence téléphonique de 7h à 12h les dimanches et jours fériés. Sa rémunération s'élève à 90 € de l'heure soit un forfait de 450€ pour 5h ».

« La CPAM assure le versement des indemnités aux dentistes d'astreinte et de régulation ».

##### ✓ *Cahier des charge de Franche Comté :*

Dans le Jura : à partir du 1<sup>er</sup> janvier l'organisation de la garde des CD est la suivante

- secteur de Champagnole : 1 ligne de garde,
- secteur de Dole : 2 lignes de garde
- secteur de Lons : 2 lignes de garde
- secteur de St Claude : 1 ligne de garde

### **3- Territoire de Belfort -Delle - regroupement**

Par décision commune de l'ARS et du conseil départemental 90, le CHSLD « Le Chênois » (Bavillers) a été autorisé à céder son autorisation de SSIAD de Delle à l'association « VIA'DOM SAAS Delle ».

Par la même décision est autorisé le regroupement du SSIAD et du service d'aide et d'accompagnement (SAA) de Delle en vue de constituer un service autonomie aide et soins (SAAS de 26 places).

### **4- Polyclinique Ste Marguerite - autorisation de traitement du cancer- contentieux**

Par décision du 22 août 2025, l'ARS a refusé à la Polyclinique Ste Marguerite d'Auxerre l'autorisation d'exercer l'activité de soins de traitement du cancer sous les modalités

- ✓ Chirurgie oncologique B1- chirurgie viscérale et digestive complexe – mission de recours et chirurgie complexe
- ✓ Chirurgie oncologique B1- chirurgie viscérale et digestive complexe – chirurgie oncologique du rectum

Par une ordonnance du 6 novembre le juge des référés du tribunal administratif de Dijon a suspendu l'exécution de cette décision et a enjoint l'ARS d'autoriser, à titre provisoire, la polyclinique à exercer ces activités.

Par conséquent et ne pouvant se soustraire à une décision de justice, l'ARS, par une nouvelle décision du 24 décembre, a autorisé la polyclinique à exercer ces 2 activités « à titre provisoire jusqu'à ce qu'il soit statué au fond sur le recours en annulation ».

### **5- Création d'un CRT rattaché à l'EHPAD de Bellevaux (Besançon)**

Par décision conjointe du 1<sup>er</sup> décembre 2025, l'ARS et de conseil départemental 25 ont autorisé l'EHPAD de Bellevaux à « assurer la mission de centre de ressources territorial (CRT) pour personnes âgées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2025 » (*il n'y a pas d'erreur de dates et l'établissement a bien reçu les fonds*)

La capacité de l'établissement reste inchangée (159 places).

### **6- Fusion absorption CHU de Besançon, EHPAD de Bellevaux et d'Avanne (suite) :**

Bien qu'effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2026, cette fusion n'en finit pas avec les formalités administratives.

Par décisions conjointes des 10 et 8 décembre 2025, l'ARS et le conseil départemental 25 ont autorisé, avec effet du 1<sup>er</sup> janvier 2026 le transfert au CHU :

- ✓ de l'autorisation délivrée au CLS de Bellevaux (renommé « centre gérontologique de Bellevaux ») pour le fonctionnement de l'EHPAD de Bellevaux, sans modification de capacité (214 places),
- ✓ de l'autorisation délivrée au CHSLD Jacques Weinman pour le fonctionnement de l'EHPAD Jacques Weinman (renommé « centre de gérontologie Jacques Weinman ») sans modification de capacité (199 places),
- ✓ de l'autorisation délivrée au CLS de Bellevaux pour le fonctionnement du SSIAD de Bellevaux, sans modification de capacité ( 78 places).

Il n'est pas certain que cela soit fini puisque ces autorisations de cession ne concernent pas les lits de soins de longue durée de ces 2 établissements

### **7- Composition de la CSOS**

La composition de la CSOS a été mise à jour à la date du 5 janvier.

### **8- Chirurgie esthétique : renouvellement tacite d'autorisation**

L'autorisation d'activité de chirurgie esthétique des cliniques St Martin (Vesoul), St Vincent (Besançon), Bénigne Joly (Talent), des polycliniques de Franche Comté (Besançon), du Parc

(Dole), du Val de Loire (Nevers), du Val de Saône (Macon) et de l'hôpital privé de Dijon Bourgogne, a été tacitement renouvelée pour une nouvelle durée de 5 ans.

*On notera l'absence d'établissements publics sur ce créneau.*

### **9- Composition du comité de coordination régionale de la santé sexuelle (CoReSS)**

Par arrêté du 23 décembre la DG de l'ARS a modifié celui du 10 juin fixant la composition du CoReSS.

Pour mémoire le CoReSS compte 26 membres titulaires et 21 suppléants (pas de suppléants dans le collège 4) répartis entre 4 collèges :

- ✓ Collège 1 : représentants des personnels de santé et de l'action sociale, de la prévention et de la promotion de la santé (7 membres),
- ✓ Collège 2 : représentants des institutions et des organisations notamment des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux intervenant dans le champ de la santé : (8 membres),
- ✓ Collège 3 : représentants des malades et des usagers du système de santé (6 membres),
- ✓ Collège 4 : personnes qualifiées en santé sexuelle (5 membres).

Leur mandat prendra fin le 13 mai 2029.

### **10- SMR : établissements éligibles aux différents forfaits**

Par un arrêté du 6 janvier, la DG de l'ARS a fixé la liste des établissements éligibles aux différents forfaits et pour chacun la date d'entrée dans le forfait.

- ✓ balnéothérapie : 19 établissements (dans tous les départements sauf le 90)
- ✓ isocinétisme : 7 établissements (sauf 25, 39, 89, 90)
- ✓ analyse quantifiée de la marche et du mouvement : 7 établissements (sauf 39, 89, 90)
- ✓ plateau de rééducation assistée du membre supérieur : 14 établissements (sauf 90)
- ✓ plateau de rééducation intensive des membres inférieurs : 14 établissements (sauf 90)
- ✓ plateau de rééducation du retour à la conduite automobile : 10 établissements (sauf 39, 89 et 90)

*On notera que le Territoire de Belfort, compte tenu de sa taille, bénéficie des établissements voisins du 70 et du 25.*

### **11- Incitations financières aux professionnels libéraux**

L'ARS a été amenée à corriger des « erreurs matérielles » concernant ses décisions antérieures

- ✓ Pour les kinés :
  - contrat type régional d'aide à la création de cabinet des masseurs kinésithérapeutes (CACCMK). L'erreur portait sur les modalités de versement de la « modulation régionale » de 9 800 € décidée par l'ARS ( qui s'ajoute au montant de l'aide de 49 000€ + 300€/mois pour l'accueil d'un stagiaire de 4 ou 5<sup>e</sup> année),
  - contrat type régional d'aide à l'installation (CAIMK) pour le même motif : modulation régionale de 6 800 € s'ajoutant à une aide de 34 000€.
- ✓ Pour les médecins :

L'erreur concernait la liste des quartiers prioritaires de la ville (QPV) classés en ZIP et en ZAC et hors zone.

### **12- GCS inter CHU :**

La DG de l'ARS a approuvé la convention constitutive du GCS inter-CHU Bourgogne Franche Comté.

« Il a pour objet principal de porter les dispositifs de coordination régionale justifiant une approche globale pour l'ensemble de la région et notamment les dispositifs spécifiques régionaux (DSR) ». Autrement dit les anciens réseaux de soins périnatalité et cancérologie.

Il y avait encore 2 réseaux de périnatalité mais les réseaux de cancérologie avaient déjà été réunis au sein d'une association créée en 2018 sous le nom de « Onco BFC ».

Il s'agit d'un GCS de droit public dont le siège est au CHU de Besançon.

*Pourquoi faire simple alors que l'on peut faire compliqué ?*

### **13- Renouveau des conseils de surveillance des hôpitaux :**

L'ARS a procédé au renouvellement (1<sup>er</sup> vague) des conseils de surveillance de 27 établissements publics de santé (dont les 2 CHU), répartis sur l'ensemble de la région.

*Ne faudra-t-il pas recommencer après les prochaines élections municipales ?*

## **7-2 Du côté des instances de démocratie en santé**

### **1- : CRSA : une nouvelle chargée de mission**

Comme nous l'avons rapporté, l'ARS a décidé de supprimer les 2 emplois de chargées de mission pour les CTS tout en conservant celui affecté à la CRSA, au moins jusqu'à la fin de sa mandature. Toutefois sa bénéficiaire a fait cause commune avec ses 2 collègues et a quitté son emploi en fin d'année 2025.

Il a donc fallu procéder à un recrutement au terme duquel Marie Myot a pris ses fonctions début janvier. Elle a été présente aux différentes instances.

Nous lui souhaitons la bienvenue.

### **2- CRSA : séance plénière du 29 janvier**

La CRSA s'est réunie en séance plénière le 29 janvier en présence de Mr Jacotot directeur de cabinet représentant la Directrice Générale et son adjointe excusées.

44 membres (au début) participaient en distanciel (nous ne connaissons pas le nombre de participants en présentiel) sur un effectif théorique de 109 membres (plus les 8 présidents de CTS), et de 218 suppléants.

Comme bien souvent la durée de 3 heures n'a pas suffi à examiner tous les points inscrits à l'ordre du jour.

Ont pu être examinés les points suivants :

#### **1- « Une seule santé » (40 mn)**

Présentation de 2 (sur 4) projets lauréats de l'appel à manifestation d'intérêt (AMI) d'avril 2025.

✓ Projet « les jardins thérapeutiques » par la MSP de Crêche sur Saône

✓ Projet « Ordonnance verte du Pays de Montbéliard »

Les 2 autres

✓ Projet « Frasné-Drugeon, la santé en action »

✓ Projet LEPTOPREV : prévenir la leptospirose porteur CPTS

n'ont pas été présentés mais on peut les retrouver dans le compte rendu de la commission prévention du 20 novembre sur le site.

#### **2- Elections municipales**

La CRSA a été informée du déploiement du plaidoyer « agir pour la santé à l'échelle locale », co-signé par 24 partenaires, et déployé à l'initiative de la commission prévention dans la perspective des prochaines élections municipales.

#### **3- Label droits des usagers 2025 : remise des prix honorifiques**

Outre les 3 projets sélectionnés (que nous avons déjà cités) pour recevoir un prix, la CSDU a sélectionné 4 projets « remarquables » et leur a décerné un diplôme d'honneur :

✓ Handy' up de la Mutualité française : Alliance pour la promotion de la santé et l'inclusion

✓ Foyer de vie Saint Andelain Adapei 58 : Bien vivre chez soi : et moi je choisis ?

- ✓ CPTS du Haut Doubs Forestier : Patients partenaires pour une santé de proximité : création d'un Comité de Patients Partenaires de la CPTS entre Doubs et Jura ?
- ✓ MEDIASO – INTERIM'R SANTE : Poser pour agir – inclusion de nos aînés – les cinés débats.

Il n'y aura pas de label en 2026 en raison du renouvellement de la CRSA.

#### 4- Etats généraux de la bioéthique (30 mn)

Les états généraux de la bioéthique feront l'objet de 2 démarches distinctes en BFC respectivement organisées par l'IPVS et le CESER d'un côté, et l'Espace de réflexion éthique (ERE) de l'autre (cf. infra § 8-4).

L'ERE a présenté à la CRSA les thèmes retenus et le programme des manifestations organisées (cf. infra) : l'occasion pour ses membres de s'instruire sur la génétique et d'apprendre ce qu'est le « Diagnostic Préimplantatoire des Aneuploïdies (DPIA) ».

#### 5- Labellisation France santé

La présentation faite par l'ARS à la CRSA n'a pas apporté d'éléments nouveaux par rapport à ceux que nous avons rapportés dans la précédente lettre (n° 9 de janvier).

Le sujet a cependant amené de nombreuses remarques et questions portant sur :

- ✓ Le résultat attendu et le réel impact sur l'amélioration de l'accès aux soins,
- ✓ L'emploi des financements accordés (50 000€) au titre de l'ACI (assurance maladie) ou du FIR (ARS) : simple opportunité financière supplémentaire pour des organisations déjà financées ou mobilisation de moyens nouveaux ?
- ✓ Les contrôles qui seront opérés,
- ✓ L'absence de concertation préalable au sein des copil départementaux : seuls les professionnels ont été consultés à l'exclusion de la CRSA, des CTS et des représentants des usagers. Cette labellisation n'est-elle pas dans l'intérêt de ces derniers ?

#### 6- Situation des hôpitaux : urgences et Service d'Accès aux Soins (SAS)

Ce sujet, dont on mesure tout l'intérêt dans le contexte actuel, a été inscrit à l'ordre du jour sur proposition de membres de la commission permanente.

La présentation de l'ARS a permis d'apporter de nombreux indicateurs sur le fonctionnement des urgences, fournis par le réseau des urgences (RU BFC), mais elle a malheureusement dû être interrompue faute de temps suffisant pour lui permettre d'aller à son terme et surtout d'avoir un débat.

Le sujet devrait être repris à la prochaine CRSA ou commission permanente.

#### 7- Renouvellement de la CRSA

L'ARS a rapidement présenté le calendrier prévisionnel des opérations : l'appel à candidatures auprès des différentes structures appelées à proposer des représentants sera lancé en mars, pour une désignation des membres fin juin et l'arrêté officiel de composition prévu le 20 août.

La séance d'installation aura lieu à Dijon le 6 octobre.

Ce calendrier peut apparaître optimiste au regard des dates de réunions des instances délibératives de ces différentes structures ainsi qu'au regard des prochaines élections municipales ( pour le collège des élus), mais faisons le pari qu'il sera tenu.

#### 8- Evolution des ARS :

Le président a rappelé le débat qui se tient autour du devenir des ARS et de la décision de la commission permanente du 6 mars 2025 de rédiger une lettre de soutien au DG de l'ARS.

Il informe la CRSA de la démarche commune des présidents de CRSA.

### *9- Questions diverses :*

Le président a informé la CRSA :

- ✓ du courrier qu'il a reçu d'un collectif de membres de la CRSA pour appeler son attention sur les signes d'une « érosion » de la démocratie en santé et proposer de mettre à profit la période préalable au renouvellement de la CRSA pour en mesurer la perception, en rechercher les causes et proposer des pistes d'amélioration. Ce courrier sera diffusé aux membres de la CRSA,
- ✓ des difficultés de de la CSMS (cf. infra 6°).

### *Prochaines réunions de la CRSA plénière :*

- ✓ 2 avril : 14h à la CCI de Dijon
- ✓ 1<sup>o</sup> juillet 14h à Besançon
- ✓ 6 octobre : journée d'installation de la nouvelle mandature

### **3- La CSOS :**

Après une période d'hibernation la CSOS reprendra ses activités les 27 février, 25 et 31 mars, 24 et 30 avril, à 9h et les 18 mai et 26 juin à 14h.

A ce jour (31 janvier) aucune information concernant les ordres du jour.

Pourtant les sujets entrant dans le champ des compétences de la CSOS, tel que défini par l'article D 1432-38, ne manquent pas.

### **4- La CSDU**

La CSDU s'est réunie le 22 janvier. L'ordre du jour prévoyait d'aborder les points suivants

- ✓ Le label droit des usagers 2025,
- ✓ Le rapport CSDU 2025 sur l'activité 2024,
- ✓ La point sur le flyer droits des usagers et devoirs des soignants.

### **5- La commission prévention**

La commission prévention se réunit très régulièrement chaque mois. Sa dernière réunion du 18 décembre était dédiée aux points d'actualité et d'échanges de ses membres (toujours instructifs et riches).

Les prochaines réunions sont prévues les 5 février, 19 mars (points d'actualité) , 30 avril et 18 juin (points d'actualité).

### **6- La CSMS :**

La CSMS s'est réunie le 20 janvier. Son ordre du jour prévoyait :

- ✓ La stratégie AGIR'AIDANTS en Bourgogne-Franche-Comté (l'aide aux aidants)
- ✓ Mon bilan prévention

En l'absence de candidatures le point concernant l'élection du président et du vice-président a été reporté (le président initialement élu était Robert Creel).

A noter que les dernières réunions mentionnées sur le site remontent aux 8 juin 2023 et 14 mars 2024 (sans possibilité d'accès) et que sa composition n'est pas indiquée sur le même site. Ces constats laissent supposer quelques difficultés.

### **7- La e-santé :**

#### ✓ **Costra régional e-santé :**

Le 10<sup>o</sup> costra e-santé s'est réuni le 26 janvier à 16h en présence de Mme Ligier DGA de l'ARS et de 30 participants de tous horizons : fédérations d'établissements, URPS, représentants des usagers.

En préambule a été fait un bref retour sur les journées régionales de la e-santé de novembre : 554 participants sur les 2 jours, 5 thématiques abordées avec un intérêt tout particulier pour l'IA et la responsabilité populationnelle, des formats variés (tables rondes, ateliers, retours d'expérience, stands).

Les prochaines journées régionales de la e-santé se dérouleront à Beaune les 30 septembre et 1<sup>er</sup> octobre.

Ce costra était consacré à « la transformation du secteur social et médico-social soutenue par le numérique ».

Secteur particulier par la diversité des populations accompagnées, des structures (taille, statut) et leur degré d'informatisation.

Parmi les thèmes abordés :

- ✓ Point d'étape du numérique en ESMS après le Ségur numérique, présenté par la représentante de la CNSA
- ✓ Les effets transformants des usages du dossier usager informatisé (DUI) du pour les établissements, les personnels et les personnes accompagnées, ainsi que les perspectives communes
- ✓ La présentation de l'expérience d'un SSIAD de la région,
- ✓ Le numérique dans les ESSMS,
- ✓ Le projet STRUCTUR'SI en BFC : principes du projet, financement, organismes gestionnaires, déploiement. Le seuil d'équilibre du projet est de 51 ESMS : 2 ont validé leur participation, 51 ont exprimé un accord de principe, 61 ont déjà été informés du dispositif et se déclarent intéressés. La cible à court terme est de 159 établissements.
- ✓ La poursuite des efforts numériques du social et médico-social : télémédecine et responsabilité populationnelle (quels axes prioritaires ?).

L'intérêt du sujet justifierait sa présentation en CRSA et en CSMS

Les prochaines réunions du costra e-santé sont fixées aux 21 avril (10h), 23 juin (10h) et 20 octobre (14h).

#### ✓ **Copil télé santé :**

Le premier copil télé-santé pour 2026 se réunira le 5 février de 15h30 à 17h30 en présentiel à l'ARS ou en visio.

Son ordre du jour sera consacré :

- au bilan de l'année 2025
- aux assises de la télésanté
- au retour sur les ateliers « ergonomie »

#### ✓ **Territorialisation du numérique**

L'ARS souhaite « faire de la territorialisation du volet numérique une priorité pour 2026 en lançant un groupe de travail associant les acteurs des secteurs sanitaires et médico-social et les représentants des usagers.

Il aura vocation à :

- partager les constats en région (forces comme faiblesses) ,
- identifier les leviers d'action concrets,
- définir des orientations communes au service des patients , des usagers et des professionnels qui exercent sur ce territoire.

Il se réunira le mardi 18 février à 10h.

✓ **Le GRADeS :**

Le GRADeS ( statut de GIP) souhaite créer un groupe de travail permettant de définir les modalités d'un futur bureau étendu (ou commission d'orientation).

Cette demande de réunion émane de débats réalisés lors des instances du GIP GRADeS BFC qui ont démontré un besoin de relais d'information et d'expertise sur certains sujets.

### 7-3 Dotations de financement 2025

L'arrêté du 6 janvier 2026 (JO du 11) fixe le montant des diverses dotations régionales de financement (DAF, dotations populationnelles, missions spécifiques...) pour 2025, pour les activités de MCO, SLD, SMR et psychiatrie.

En milliers d'euros

**Champs MCO – USLD**

Date arrêté	Objectifs santé publique	Missions spécifiques	DAF		urgences	
			Hors USLD	USLD/FGU	Dotation populationnelle	Dotation qualité
30/10/25	37 818	304 175	2 944	62 054	176 843	0
6/01/26	49 233	344 244	2 987	62 046	176 843	4 500

**Champs SMR:**

Date arrêté	Dotation MIGAC	Dotation populationnelle	Dotation pédiatrique	Dotation PTS
30/10/25	48 473	176 191	922	4 809
6/01/26	49 579	176 191	922	4 809

**Champs psychiatrie (historique):**

Date arrêté	Dotation populationnelle	Dotation activités nouvelles	Dotation activités spécifiques	Dotation recherche	Dotation transformation psy
28/04/2024	400 082	2 658	4 750	278	29 830
12/06/24	417 798	1 428	4 754	278	15 016
24/10/24	417 798	1 428	4 754	278	21 589
27/03/25*	417 798	2 020	4 754	278	21 801
30/10/25	421 864	1 928	5 326	287	31 872
6/01/26	421 864	1 928	5 344	324	32 228

\* Il s'agit de la dotation définitive 2024

### **Focus dotations populationnelles :**

<b>Date arrêté</b>	<b>Urgences</b>	<b>Psychiatrie</b>	<b>SMR</b>
27/03/25 Année 2024	177 550	417 798	176 296
30/10/25	176 843	421 864	176 191
6/01/26	176 843	421 864	176 1

### **7-4 Les états généraux de la bioéthique (EGB) en BFC**

Comme nous l'indiquions dans la précédente lettre (n° 89 § 5-5), les EGB 2026 devraient avoir une déclinaison régionale.

En BFC il y en aura 2 : l'une organisée par l'IPVS et le CESER, l'autre par l'Espace de réflexion éthique.

#### **La déclinaison IPVS -CESER**

Constitué d'une vingtaine de membres représentant les différents partenaires (Espace de réflexion éthique BFC, PGI, rectorat, CRSA, France assos Santé), le copil pour l'organisation de cet événement, s'est réuni le 27 janvier sous la « houlette » conjointe de la présidente du CESER BFC et du Pr Aubry.

Rappelons que le Pr Régis Aubry président de l'IPVS (institut de prévention des vulnérabilités liées à la santé) ancien vice-président du CCNE a été mandaté par son président pour organiser des débats en BFC.

Il n'est donc pas surprenant que le thème principal porte sur les vulnérabilités.

A partir d'un document d'orientation proposé par le Pr Aubry, le Copil a identifié 3 questions sur l'adaptation de notre système de santé aux nouvelles données démographiques, la prise en compte des vulnérabilités sous l'aspect de la soutenabilité et l'évolution de la solidarité et des rapports générationnels.

Elles doivent encore être affinées afin de permettre aux différents partenaires de se positionner. Deux journées de réflexion devraient être organisées les 5 mai à Dijon et 7 mai à Besançon, pouvant accueillir chacune 150 participants. Le travail fera l'objet de 5 ateliers et de séances plénières.

Le copil se réunira de nouveau les 23 février( 10h) et 31 mars (14h).

Nous aurons donc l'occasion de revenir sur le sujet.

#### **La déclinaison de l'ERE BFC**

Les ERE ont aussi été chargés d'organiser des débats en région

L'ERE BFC s'est engagé sur 3 thèmes:

- ✓ L'autorisation du Diagnostic Préimplantatoire des Aneuploïdies (DPIA) dans le cadre d'une Assistance Médicale à la Procréation (AMP)
- ✓ Les enjeux des parcours d'AMP des personnes transgenres
- ✓ L'autorisation de recherche de données secondaires lors d'un examen génétique

21 « événements » : web'éthique, déj'éthique, soirée débat, débat seront organisés du 13 février au 24 avril.

Les publics visés : tout public, membres d'instances éthiques, professionnels de santé, associations de patients, étudiants, lycéens, professionnels de cancérologie

Le calendrier de ces événements organisés peut être consulté sur le site de l'ERE :

<https://www.erebfc.fr/etats-generaux-bioethique-2026/evenements/>

la 1<sup>o</sup> soirée débat tout public aura lieu à Nevers le 18 février (18h-20h) sur le thème : « savoir ou ne pas savoir : faut-il chercher volontairement plus d'information dans nos gènes ? »

### **Au niveau national : un webinaire de France Assos Santé**

FAS organise le 11 février de 14h30 à 16h, un webinaire en présence notamment du Pr Jean-François Delfraissy, président du CCNE, d'Yvanie Caillé (Renaloo) et de Jean Wills (Alma Paris) représentants d'associations d'usagers au CCNE.

Au programme :

- ✓ présentation de la démarche et du calendrier,
- ✓ détail des thématiques et cartographie régionale
- ✓ échanges sur les modalités d'interventions possibles

S'inscrire :

<https://events.teams.microsoft.com/event/738a1f7c-7cf0-4227-a076-a0c255f1d493@41c84472-e43e-4e9b-a5d4-70f7a838615d/registration>

## 7-5 Le nombre de lits de soins critiques en BFC (2013-2024)

La Drees a publié le nombre de lits en soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue), par département et par année (au 31/12) de 2013 à 2024. Ces chiffres sont extraits de la SAE (statistique annuelle des établissements) produite par les établissements. Les chiffres pour notre région sont les suivants .

	Réa Adultes – enfants		Soins intensifs USIC, UNV, autres		Surv. continue Adultes enfants		Ensemble	
	2013	2 024	2013	2024	2013	2 024	2013	2024
21	59	69	85	108	98	89	242	266
25	53	41	136	122	64	85	253	248
39	14	8	15	5	10	10	39	23
58	12	9	12	14	24	13	48	36
70	10	12	8	12	19	6	37	30
71	28	26	28	26	54	53	110	105
89	18	18	14	14	31	29	63	61
90	12	20	8	20	18	14	38	54
BFC	206	203	306	321	318	299	830	823

Les départements 21 et 25 se détachent très nettement ce qui s'explique par l'importance de leur population mais aussi par l'vocation de recours de leurs CHU respectifs.

La DREES produit les mêmes chiffres par statut des établissements : publics, privés non lucratifs, privés lucratifs.

## 7-6 RU : se former

*France assos santé :*

Voici les formations proposées aux RU par France Assos Santé BFC en février et mars :

- ✓ 26 février : RU en commission des usagers à Dijon, toute la journée de 9h15 à 17h
- ✓ 05 mars : lutter contre les infections associées aux soins en visioconférence de 14h à 16h – accueil à 13h45,
- ✓ 16 mars : se faire connaître en tant RU en visioconférence de 14h à 16h – accueil à 13h45,
- ✓ 19 mars : améliorer la qualité en établissement de santé à Dijon, toute la journée de 9h15 à 17h.

Pré- inscription et inscription en ligne

Renseignements : Elodie Hong van [ehongvan26@frnce-assos-sante.org](mailto:ehongvan26@frnce-assos-sante.org)

03 80 49 19 37 ou 06 76 55 08 15

*L'ARUCAH*

Le 30 janvier, à Besançon, l'ARUCAH, a organisé une journée d'intégration des nouveaux RU récemment nommés sous son parrainage.

Ce fut l'occasion de les mieux connaître, d'échanger entre anciens et nouveaux, de les former avant même qu'ils ne suivent la formation « RU en avant » de France Assos Santé et de répondre à leurs multiples questions.

Ont été abordés les droits du patient, la place du RU dans les établissements, les différentes instances de démocratie en santé, la certification, les formations proposées par France Assos Santé ...

L'ARUCAH compte dans ses rangs 44 RU ( 24 femmes, 20 hommes) pour 67 sièges présents dans 42 établissements inégalement répartis sur la région (19 dans le Doubs, 0 dans la Nièvre, ce qui s'explique par l'origine Franc Comtoise de l'ARUCAH).

La prochaine formation se tiendra le 16 octobre à Besançon. Consacrée à l'expérience patient, elle sera ouverte à tous les RU.

## 7-7 RU : se faire connaître

Les RU dans les établissements de santé restent encore trop méconnus des usagers. Pour les aider à se faire connaître, France Assos Santé met à leur disposition et à celle des établissements des « présentoirs mini-silhouettes RU » qui peuvent être déposés en différents endroits avec des flyers personnalisables avec les coordonnées des RU.

Depuis le début de l'année, 21 établissements ont été équipés.

Pour se procurer ces présentoirs, les RU et les établissements peuvent s'adresser à l'une des 2 antennes (Besançon et Dijon) de France Assos Santé BFC.

## 7-8 Palmarès des établissements de santé de BFC

Comme chaque année depuis 1998, Le Point a publié ( n° du 4 décembre ) son palmarès des hôpitaux et cliniques

Pour cette année, il porte sur 1750 établissements et 83 spécialités. Voici un échantillon pour ce qui concerne les établissements de BFC.

Tableau d'honneur des 50 meilleurs établissements :

Hôpitaux	rang	Cliniques	rang
CHU Dijon	17°	HP Dijon Bourg	17°
CHU Besançon	25°		

Disciplines	Hôpitaux			Cliniques		
	hôpital	rang	sur	Clinique	Rang	sur
Cancer ORL	CHU Dijon	30	40	B . Joly Talent	16	20
	CHU Besan	39	40			
Chir max. faciale	CHU Besan	10	25	B. Joly Talent	28	40
	CHU Dijon	14	25			
Audition	CHU Dijon	13	20		0	30
	CHU Besan	14	20			
cataracte	CHU Dijon	4	50	Ste Marie Chalon	22	50
	HNFC	24	50	HP Dijon-B	25	50
Cancer poumon	CHU Besan	24	30		0	20
	CGFL Dijon	Q29	30			
Infarctus myocarde	CHU Dijon	10	50		0	40
	CHU Besan	16	50			
	HNFC	32	50			
Chir cardio	CHU Dijon	10	39		0	17
	CHU Besan	25	39			
AVC	CHU Dijon	17	40	Pas de classement		
	CHU Dijon	14	30	Pas de classement		

Sclérose en plaque	CHU Besan	19	30			
épilepsie enfant ado	CHU Besan	14	30	Pas de classement		
Tr bipolaires	La Chartreuse	38	45	Pas de classement		
dépression	La Chartreuse	6	45	Pas de classement		
	AHBFC	22	45			
	CHU Dijon	30	45			
	CH Novillars	41	45			
Cancer sein	CGFL Dijon	11	50		0	30
	CHU Besan	27	50			
	HNFC	35	50			
Cancer utérus	CHU Besan	20	50		0	30
	HNFC	24	50			
	CHU Dijon	29	50			
	CGFL Dijon	37	50			
Cancer prostate	HD L. Creusot	21	40	St Vincent Besançon	3	30
	CHU Dijon	35	40			
Canc. vessie	HNFC	37	40		0	20
Cancer rein	CHU Dijon	25	30		0	15
Calculs uri	HNFC	26	40		0	40
Prothèse genou	CH Chalon	34	40	St Vincent	12	40
				HP Dijon B	17	40
				HP Miotte	30	40
				CMC Dracy	31	40
Prothèse de hanche	CHU Dijon	14	50	HP Dijon B.	13	50
	CH Macon	42	50	St Vincent	18	50

	CH Chalons	49	50			
Chir du dos	CHU Dijon	13	40	HP Dijon Bo.	6	40
	CHU Besan	27	40	St Vincent	32	40
Cancer colon	CHU Besan	37	40		0	40
Cancer estomac	CHU Dijon	15	20	Pas de classement		
	CHU Besan	16	20			
Leucémie adulte	CHU Dijon	19	30	Pas de classement		
	CHU Besan	26	30			
Lymphome myélome adulte	CHU Dijon	12	50	Pas de classement		
	CHU Besan	32	50			

## 7-9 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

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

Dans la dernière lettre nous avons cités les élèves directeurs des filières directeur d'hôpital et directeur des soins, des promotions 2024-2025, affectés dans notre régions au 1<sup>er</sup> janvier. Voici maintenant la liste des élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico sociaux (D3S).

- CHS Saint-Ylie-Jura, établissement public éducatif et social ETAPES de Dole, CHS de Novillars, EHPAD de Mamirolle et EPSMS Solidarité-Doubs-Handicap à Besançon : Quentin Colombat directeur délégué d'ETAPES,
- CH d'Auxerre, Avallon, du Tonnerrois, Clamecy : Marie Claude Dupuy directrice adjointe en charge des affaires générales et du médico-social,
- GH 70 : Christelle Febvay Lepaul , directrice de la filière gériatrique, directrice référente des hôpitaux de proximité de Gray, Lure et Luxeuil-les-Bains : axe stratégie et coordination territoriale,
- EHPAD "Résidence de la Croix des vignes" à Toucy : Lauriane Fabre directrice,
- EHPAD "Marcel Jacquelin" à Longvic : Maude Blanchard directrice.

Nous leur souhaitons la bienvenue et la réussite dans leurs nouvelles fonctions.

### **2- Hôpitaux et établissements médico-sociaux : emplois vacants**

*Etablissements de santé : directeurs des soins et directeurs adjoints*

- groupe hospitalier de la Haute-Saône: un emploi de coordonnateur général des soins, adjoint,
- CHS de la Chartreuse : un emploi de chargé des affaires financières et du système d'information,

- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze, CH de Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) : un emploi de chargé de la direction des ressources humaines du centre hospitalier de Chaumont,
- CHS de Saint-Ylie-Jura (Dole), ETAPES de Dole, CHS de Novillars, EHPAD de Mamirolle et EPSMS Solidarité-Doubs-Handicap à Besançon : deux emplois de :
  - secrétaire général du GPMS, chargé des finances du CHS de Saint-Ylie-Jura,
  - chargé des ressources humaines et des affaires médicales du CHS de Saint-Ylie-Jura,
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint Pierre-le-Moûtier et CHS Pierre-Lôo à La-Charité- sur-Loire : un emploi de chargé des ressources humaines du CH de Nevers et du GHT 58,
- CH de Mâcon, du Pays Charolais-Brionnais à Paray-le-Monial, du Clunisois, de Tournus et EHPAD de Chauffailles, Digoin, Marcigny et Romenay : un emploi de directeur délégué du CH du Clunisois,
- CH de Montceau-les-Mines, Chalon-sur-Saône, Autun, Chagny, la Guiche-Mont Saint Vincent, Toulon-sur-Arroux, EHPAD d'Epinac et de Couches : un emploi de chargé de l'animation du projet médico-soignant et de la contractualisation des pôles,
- CH Nord Franche-Comté (HNFC) et CHSLD de Bavilliers : un emploi de chargé des relations avec les usagers et de la qualité.

Le poste du directeur du CHI de Haute Comté ne figure toujours pas dans la liste et pour cause puisqu'officiellement le processus d'une direction commune avec le CHU de Besançon est enclenché. Etape avant une absorption ?

#### *Etablissements médico-sociaux : emploi de directeurs*

- EHPAD de Blamont et de l'Isle sur le Doubs,
- EHPAD Les Jardins des Laignes à Donzy ,
- EHPAD intercommunal de Sennecey-le-Grand – Saint-Ambreuil (Saône-et-Loire),
- Résidence de la Vallée de l'Ouanne de Charny et EHPAD et EAM « Château de Bouron » de Champcevrains (Yonne).

### **3- CH de Dole : départ du directeur**

Gilles Chaffange, le directeur du CH de Dole, a pris sa retraite le 28 janvier, au terme d'une carrière entièrement dédiée au service public de la santé et à sa ville.

Dolois d'origine (fils d'un médecin des Mesnils Pasteur) il a débuté sa carrière comme infirmier au CHS de Dole St Ylie avant de diriger ETAPES (établissement médico-social à Dole) puis de devenir directeur adjoint du GPMS (groupement psychiatrie et médico-social) Doubs -Jura regroupant les 2 CHS de St Ylie et Novillars et des établissements médico-sociaux.

En 2019 il revient dans sa ville comme directeur du CH Louis Pasteur dans un contexte de difficultés . Il a su adapter l'établissement aux besoins de la population : augmentation de la capacité de gériatrie aigue, création d'un service de médecine polyvalente et interne, et d'un service de réadaptation.

Après la fermeture de la chirurgie en 2022, il a développé une offre de consultations avancées de spécialités chirurgicales en étroite coopération avec le CHU de Besançon, tout en entreprenant en parallèle la restructuration du bloc technique achevée en 2024 pour proposer une offre de chirurgie ambulatoire.

Nous lui souhaitons une bonne retraite.

Mme Charlotte Fernandes, directrice adjointe, a été désignée par l'ARS pour assurer l'intérim de la direction de l'établissement.

### **4- Des changement à l'ARS**

Un communiqué de presse du 22 janvier nous apprend que :

✓ *DGA : Lucie Ligier*

Depuis le 2 janvier Mme Lucie Ligier directrice de la santé publique de l'Agence depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2025 a pris les fonctions de directrice générale adjointe (DGA) en remplacement du Dr Mohamed Si Abdallah, « appelé à d'autres fonctions ».

✓ *Directeur de la santé publique : Eric Lalaurie*

Monsieur Eric Lalaurie adjoint au directeur de la santé publique et chef du département prévention santé-environnement depuis 2019 devient directeur de la santé publique en remplacement de Mme Ligier.

Eric Lalaurie est Ingénieur général du génie sanitaire, expert des risques sanitaires liés à l'environnement, diplômé de l'école nationale supérieure d'ingénieur de Limoges et de l'EHESP, Il a commencé sa carrière en qualité de chef du service santé-environnement à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du Territoire de Belfort (2004-2010). Chef du département santé-environnement de l'ARS de Franche-Comté de 2010 à 2014, il a également dirigé par intérim la direction veille, sécurité sanitaire et environnementale.

En 2016, il devient le bras droit du directeur de la santé publique, en dirigeant le département santé-environnement jusqu'en 2019, élargi au champ de la prévention et de la promotion de la santé par la suite.

Nous connaissons la grande compétence technique de Mr Lalaurie et, lorsque l'occasion lui en a été donnée, nous avons apprécié la transparence et la clarté de ses interventions destinées aux membres de la commission spécialisée en prévention.

Nous lui souhaitons réussite dans ses nouvelles responsabilités dont nous mesurons bien l'ampleur au regard de la sécurité et de la santé environnementale.

**5- Clinique St Vincent Besançon : changement de direction**

Mr Jean Luc Labrosse directeur de la clinique St Vincent (groupe Elsan) a fait valoir ses droits à la retraite le 31 décembre. Nous lui souhaitons une bonne retraite.

Il est remplacé par Mme Raphaëlle Rémouleur de retour à Besançon. Elle témoigne d'une longue carrière au sein de l'hospitalisation privée, d'abord comme directrice des opérations du groupe Générale de Santé, avant de devenir directrice de clinique en Savoie, de prendre ensuite la direction de la Polyclinique de Franche Comté (PFC) de la mutualité Comtoise, de repartir en Savoie, de devenir directrice de la polyclinique à Athis-Mons, pour revenir enfin à la clinique St Vincent à Besançon.

Nous lui souhaitons réussite dans ses nouvelles fonctions.

**6- Administration préfectorale :**

Mme Flora SEGUIN, conseillère référendaire à la Cour des comptes, est nommée secrétaire générale de la préfecture de Saône-et-Loire, sous-préfète de Mâcon pour une durée initiale de trois ans (JO du 3/01).

**7- CNSA : Nomination de Françoise Tenenbaum**

« Par arrêté [ministériel] en date du 27 janvier 2026, Mmes Corinne BENZEKRI et Françoise TENENBAUM sont nommées personnalités qualifiées au sein du conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), [...] à compter du 1<sup>er</sup> février 2026 » (JO du 31janvier).

On ne présente plus Françoise Tenenbaum aux acteurs des secteurs de la santé et du médico-social. Nous lui présentons nos félicitations

Les autres membres du CA de la CNSA ont également été renouvelés : il compte 52 membres dont 3 personnes qualifiées désignées pour 4 ans.

### **8- Renouveau des présidents de CME**

Pour mémoire la durée du mandat d'une CME est de 4 ans. « Elle peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans l'intérêt du service, d'une durée ne pouvant excéder un an par arrêté du DG de l'ARS ».

Un même praticien hospitalier ne peut assurer les fonctions de président de la commission médicale (PCME) au-delà de 2 mandats successifs, ou de 3 mandats successifs si la durée du 1<sup>er</sup>, exercé à la suite de la cessation anticipée de fonctions d'un autre président, n'a pas excédé 2 ans. Il peut à nouveau exercer ces fonctions après un intervalle de quatre ans.

Dans les CHU, la CME élit son président parmi les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PUPH) siégeant en son sein, et son vice-président parmi les praticiens hospitaliers (PH).

Comme d'autres établissements nos 2 CHU ont renouvelé leurs CME et leurs PCME.

#### ✓ *CHU de Besançon Franche Comté :*

Le Pr Samuel Limat (pharmacien) a été réélu le 16 décembre à la présidence de la CME du CHU Besançon Franche Comté (nouveau nom).

Le Dr Franck Schillo, chef du service de diabétologie-endocrinologie, a été élu vice-président.

#### ✓ *CHU de Dijon Bourgogne*

Le Pr. Éric Steinmetz, chef du service de chirurgie cardio-vasculaire succède au Pr. Alain Bonnin. La Dr Nathalie Garnier (pharmacienne) a été élue vice-présidente.

Nous leur présentons nos félicitations.

Bien que la fonction de président de la CME tienne une place importante dans la gouvernance d'un hôpital, la fonction n'attire pas toujours ; certains établissements devant faire face à un défaut de candidat.

Pour en savoir davantage sur les missions du PCME, on peut utilement se reporter au « vadémécum du président de la CME » (156 pages) publié sur le site de l'ARS Grand Est

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/141312/download?inline>

### **9- 13 filières gériatriques labellisées par l'ARS**

L'ARS a engagé en 2024-2025 une campagne de labellisation des filières gériatriques territoriales. Ses directions territoriales ont procédé à l'évaluation des filières candidates par autoévaluation et visite sur site, prenant en compte :

- ✓ l'existence d'un court séjour gériatrique structuré,
- ✓ une plateforme d'évaluation gériatrique comprenant une hotline gériatrique,
- ✓ un accès facilité à l'expertise (consultations, HDJ diagnostic, EMG intra/extra-hospitalière, téléexpertise),
- ✓ la capacité du territoire à proposer un parcours fluide et coordonné (établissements sanitaires partenaires, EHPAD, DAC, CPTS, CRT, acteurs libéraux),
- ✓ la structuration des trajectoires spécialisées (urgences, psychogériatrie, orthogériatrie, oncogériatrie).

Ont été labellisées les filières portées par les établissements suivants :

Hôpitaux civils de Beaune, CH de Haute Côte d'Or, CHU de Besançon, CH de Dole, Jura Sud Lons le Saunier, Nevers, GH 70, CH de Macon, du Charollais Brionnais Paray le Monial, de Chalon sur Saône, Sens, Auxerre, et Hôpital Nord Franche Comté Trévenans.

2 filières doivent encore consolider leur structuration avant une possible labellisation.

### **10- Dole : un nouveau centre de santé**

La mutualité du Jura a annoncé l'ouverture en juin, d'un centre de santé dans le quartier des Mesnils-Pasteur à Dole.

### **11- CHU de Dijon : l'institut universitaire du poumon**

Le CHU Dijon Bourgogne a créé l'Institut Universitaire du poumon Dijon Bourgogne, service hospitalier qui fédère ses entités spécialisées dans le traitement des pathologies du poumon : l'oncologie thoracique, la pneumologie et les soins intensifs respiratoires.

La création de cet institut a pour objectif de donner une meilleure visibilité et lisibilité à l'offre de soins proposée par le CHU en matière de maladies respiratoires et de cancers du poumon.

Le CHU Dijon Bourgogne est l'un des huit CHU français dotés d'un service de soins intensifs respiratoires.

Il est l'un des trois hôpitaux français à s'être dotés d'une unité de sevrage ventilatoire.

### **12- Lons le Saunier : médecin décédé du covid - non-lieu**

On s'en souvient : le Dr Loupiac (60 ans à l'époque) chef de service des urgences du CH Jura Sud (Lons le Saunier) est décédé le 23 avril 2020, victime du covid.

Comme dans beaucoup d'établissements non préparés à cette crise sanitaire il n'avait pas disposé de moyens de protection suffisants (masque FFP2).

Dénonçant ce manque d'équipement, sa veuve et ses enfants avaient déposé une première plainte en 2020, classée sans suite en 2022. Suite à l'appel de la famille la cour a rendu son délibéré le 21 janvier confirmant le non-lieu.

### **13- St Claude : l'EHPAD dans la tourmente**

Installée dans l'enceinte du CH Louis Jaillon, la résidence du Mont Bayard abrite 96 résidents d'EHPAD et 30 patients en USLD.

*Un risque :*

Lors de sa visite du 11 décembre, la commission de sécurité a relevé des difficultés d'accès pour les services de secours et un défaut de conformité du système de désenfumage.

Jusqu'à présent, ces manquements étaient tolérés par le maire qui accordait tous les ans, depuis 2021, une dérogation à l'établissement, lui permettant de poursuivre son activité tout en exigeant une étude préalable en vue d'une mise aux normes.

Déplorant l'absence de démarche engagée par la direction pour entamer les travaux de mise en conformité, le maire menace de ne plus renouveler la dérogation qui arrivera à expiration en septembre prochain, ne laissant à l'établissement que quelques mois (soit après les élections municipales) pour trouver une solution.

La direction indique avoir formé l'ensemble de son personnel au risque incendie et affirme qu'elle prévoit d'engager des travaux au cours de l'année à venir. Le 19 décembre, elle a fait des propositions de travaux avec un échéancier à la commission de sécurité. Les représentants du personnel et des usagers sont tenus informés.

*Un fonds de querelle :*

Est-ce l'effet « catastrophe Crans-Montana » ou un dégât collatéral à une querelle politique ? les deux certainement.

Il semble en effet que cette affaire soit en lien avec un conflit politique et juridique entre le maire (depuis 2014) de St Claude et la cheffe du pôle gériatrique du CH. Elus en binôme (au nom de la parité) au conseil départemental du Jura, leurs chemins politiques ensuite divergés.

L'annonce en juin 2019 de la fermeture de services de l'hôpital de Saint-Claude a cristallisé leur opposition.

La cheffe de pôle dénonçait des faits de harcèlement moral et de menace de mort, à son encontre d'avril 2019 à décembre 2020.

Le 18 novembre le procureur de la République avait requis contre le maire 8 mois d'emprisonnement avec sursis et 2 ans d'inéligibilité, mais le tribunal s'est finalement prononcé pour la relaxe.

Le maire n'est pas candidat à sa succession aux élections municipales de mars prochain.

Alors qu'il persiste dans son intention, les familles s'inquiètent d'un possible transfert des résidents (*le Progrès du 29 janvier*). Une réunion publique est prévue le 4 février.

#### **14- Intelligence artificielle : une stratégie pour la région**

Par un courrier commun du 15 décembre, adressé aux différentes institutions et structures susceptibles d'être intéressées par le développement de l'IA, le Préfet de région et le Président de la région leur ont proposé de soutenir l'initiative de la région conjointement avec l'Etat de définir une « stratégie régionale de la donnée et de l'intelligence artificielle »(SRDIA).

Celle-ci devrait associer les services de l'Etat, le CESER BFC, ainsi que l'agence régionale du numérique et de l'intelligence artificielle (ARNIA).

Le cabinet Civitéo a été missionné pour initier la démarche et élaborer un diagnostic territorial ouvert à l'ensemble de l'écosystème du numérique régional et à tous les acteurs qui sont concernés par l'intégration et l'usage de l'IA.

#### **15- Plan « 4 000 MSP » appel à manifestation d'intérêt**

L'ARS BFC a lancé, le 13 janvier, un nouvel appel à manifestation d'intérêt (AMI) au titre de l'enveloppe 2025 du Fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS), dans le cadre du plan ministériel visant à atteindre 4 000 maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) sur le territoire national d'ici 2027.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/plan-4000-msp-aides-immobilieres-2026>

Sont éligibles les projets de création, extension, et restructuration de locaux.

Les maisons de santé concernées (existantes ou en projet) par ce projet de financement doivent faire l'objet d'un co-financement public (Collectivités ou caisses des dépôts) ou privé (fondations, professionnels de santé...).

#### **16- Autun : la guerre des pédiatres**

On se souvient de la fermeture de la maternité d'Autun

Le 16 décembre, le tribunal de Chalon a examiné une affaire de harcèlement moral entre 2017 et 2022, opposant 2 pédiatres : un homme le prévenu et une femme, la victime qui exerçaient tous 2 au CH d'Autun. Le tribunal a relaxé le prévenu au motif de manque de preuves.

#### **17- Des « plans blancs » en BFC**

Après l'HNFC (du 3 au 28 janvier), les CH de Chalon-sur-Saône, Autun et Montceau-les-Mines ont activé leur plan de gestion des « situations sanitaires exceptionnelles » (SSE), plus connu sous le nom de plan blanc, pour faire face à une situation de tension hivernale.

Parmi les mesures pouvant être prises :

- ✓ activation d'une cellule de crise assurant le pilotage de la situation, en lien avec l'ARS et les autorités de l'État,
- ✓ appel à personnels volontaires,
- ✓ appel au public pour réserver l'accès aux urgences aux situations qui en relèvent,
- ✓ augmentation des capacités d'accueil par l'utilisation prioritaire des lits de mobilisation interne et des lits surnuméraires prévus dans le cadre du plan SSE.,
- ✓ réorganisation des activités programmées (consultations et interventions non urgentes) afin de concentrer les moyens sur la prise en charge des urgences et des situations prioritaires,
- ✓ ajustement des ressources humaines, avec la possibilité de rappeler des personnels et de redéployer des équipes pour renforcer les secteurs les plus sollicités.

Tout observateur vigilant de la presse régionale et locale a pu remarquer, durant ce mois de janvier, le nombre des articles concernant les établissements « en tension » qui pourtant ne sont pas allés au plan blanc.

Dans un communiqué du 9 janvier, dans un contexte d'épidémie et de grève des médecins, l'ARS se déclarait « pleinement mobilisée pour assurer la continuité des soins ».

### **18- Les nuits de la psychiatrie :**

Les « nuits de la psychiatrie » sont revenues en BFC à Besançon ( le 30 janvier de 18h à 22h30) et à Dijon.

Organisées dans les villes universitaires, elles ont pour objectif de promouvoir la psychiatrie auprès des étudiants en médecine : une sorte de « speed dating » .

### **19- CESER : la menace**

Le 20 janvier, la commission mixte paritaire (députés et sénateurs) constituée pour tenter de trouver un texte commun au projet de loi « de simplification de la vie économique » a réintroduit la possibilité de rendre facultatifs les CESER, laissant à la libre appréciation des régions le choix de leur maintien.

Le CESER BFC a réagi par un communiqué de presse considérant cette décision comme une « alerte démocratique majeure [ qui] affaiblit structurellement la place de la société civile dans les territoires et transforme un pilier démocratique en simple option politique ».

## **8 Brèves :**

### **1- Décentralisation des politiques de santé et de transformation des ARS**

Par un courrier conjoint du 5 décembre les ministres de la santé, de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, et des comptes publics ont confié une mission conjointe aux 3 inspections générales ( IGAS, IGA,IGF) sur la décentralisation des politiques de santé et de l'autonomie et de transformation des ARS.

Cette mission fait suite à l'annonce du 1<sup>o</sup> ministre le 14 novembre lors des assises des départements de France, de son intention de porter un nouvel acte de décentralisation avec les collectivités territoriales et de réforme de l'État. Elle devra travailler en 2 temps.

#### *Les grandes orientations :*

La mission devra examiner dans un 1<sup>o</sup> temps les conditions de mise en œuvre sur les plans opérationnel, budgétaire, normatif et d'accompagnement au changement, des orientations suivantes :

- ✓ le transfert des politiques de l'accompagnement et du maintien au domicile des personnes âgées et en situation de handicap aux conseils départementaux tandis que l'État reprendrait la compétence sur les établissements pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées s'agissant des prises en charge les plus médicalisées.
- ✓ associer davantage les collectivités et tout particulièrement les conseils départementaux aux enjeux d'organisation de l'offre de soins de proximité dans la continuité des engagements pris sur le déploiement des équipes France Santé.
- ✓ renforcer les instances de démocratie sanitaire et médicosociale, à un niveau de proximité, en systématisant les coopérations « État-collectivités territoriales » dans les instances d'élaboration des schémas et plans en matière de santé et d'autonomie
- ✓ l'évolution des ARS en directions régionales de la santé afin de conforter le pilotage de l'État sur son réseau territorial en charge des politiques de santé et d'autonomie, de préserver le lien entre échelon régional et départemental, de renforcer l'échelon départemental de ces directions régionales avec les missions sociales et de l'autonomie.

« Ce partage devra permettre une implication accrue des élus locaux au premier rang desquels les conseils départementaux, notamment dans l'installation territoriale et le soutien à l'installation des professionnels de santé et d'améliorer l'association des élus, des préfets et autres services de l'État aux prises de décision ».

Une attention sera portée aux ressources humaines et à la diversité des agents employés dans les ARS (notamment les agents de droit privé sous régie maladie) et aux aspects liés aux souplesses de gestion budgétaire et financière (« FIR souple et agile pour soutenir les projets territoriaux »)

#### *Les évolutions complémentaires :*

Dans un 2<sup>e</sup> temps, la mission devra examiner, « les évolutions complémentaires nécessaires pour améliorer l'articulation des compétences entre l'État et les collectivités ainsi que les enjeux de financement ».

Il s'agira de « préciser les conditions complémentaires dans lesquelles les enjeux sanitaires pourraient faire l'objet d'un partage de responsabilité avec les collectivités territoriales.

✓ Dans le champ sanitaire :

Ce partage devra permettre une implication accrue des élus locaux au premier rang desquels les conseils départementaux, notamment dans l'installation territoriale et le soutien à l'installation des professionnels de santé.

✓ Dans le champ de l'autonomie,

La mission devra examiner les conditions dans lesquelles un schéma rénové de répartition des compétences entre les conseils départementaux et l'État pourrait être mis en œuvre.

La mission devra remettre son rapport pour la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2026.

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

Les 2 textes sur la fin de vie votés en 1<sup>ère</sup> lecture le 27 mai par l'assemblée nationale, (aide à mourir et soins palliatifs) ont été soumis à l'examen de la commission des affaires sociales du sénat le 7 janvier et de l'assemblée plénière du 20 au 28 janvier

#### *L'examen en commission des affaires sociales :*

La commission a :

- ✓ rebaptisé la proposition de loi créant un « droit à l'aide à mourir », qu'elle renomme « assistance médicale à mourir » : ce ne serait donc plus un droit.
- ✓ adopté un amendement qui prévoit que les critères d'accès à l'« assistance médicale à mourir » seront les mêmes que ceux qui autorisent la pratique d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès, de La loi Claeys-Leonetti de 2016,
- ✓ renforcé les conditions d'accès : cette assistance serait ainsi réservée aux patients dont le « pronostic vital [est] engagé à court terme » alors que le députés ouvraient le dispositif aux patients atteints d'une « affection grave et incurable », non seulement en « phase terminale » mais aussi « en phase avancée ».
- ✓ amendé à la marge la proposition de loi sur l'« égal accès aux soins palliatifs » en supprimant la notion de « droit opposable à l'accompagnement et aux soins palliatifs », qui risquerait de créer « de la déception chez les patients et les familles », car il ne permettra pas d'augmenter l'offre de soins.

#### *le débat en séance plénière :*

Comme prévu les textes sont arrivés en séance plénière le 20 décembre,

La veille, France Assos Santé a adressé une lettre ouverte au sénateurs « mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs écoutez enfin celles et ceux qui vivent la loi dans leur

chair » ; elle contient l'appel de 3 personnes issues de l'APF France Handicap, la Ligue contre le cancer et de l'association française des hémophiles

Visiblement elle n'a pas reçu l'écho attendu puisque dès le 21, la droite du sénat emmenée par son mentor sabordait le texte voté par l'assemblée nationale en mai en rejetant son article 4 qui créait une « *assistance médicale à mourir* » pour les malades dont « *le pronostic vital est engagé à court terme* ».

Le 28 janvier, sans surprise, le sénat a rejeté (181 contre, 122 pour, 38 abstention) sa propre version, largement vidée de sa substance, de la proposition de loi ouvrant une aide à mourir adoptée par l'Assemblée nationale le 27 mai 2025 en première lecture.

L'assemblée nationale devrait donc reprendre en 2<sup>e</sup> lecture, le 16 février, l'examen de la proposition telle qu'issue de ses travaux de mai 2025.

En revanche, les sénateurs ont adopté la proposition de loi visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs (307 pour, 17 contre), comme les députés l'avaient déjà fait en mai.

### **3- Fin de vie : condamnation par la justice**

Nous avons déjà évoqué dans une précédente lettre les poursuites engagées contre 12 membres de l'association « ultime liberté » âgés de 75 à 89 ans qui se sont rendu coupables d'aider des malades à mourir en leur permettant de se procurer du pentobarbital.

Le 9 janvier le tribunal correctionnel de Paris a rendu son verdict en condamnant les prévenus à une amende et des peines de 3 à 10 mois d'emprisonnement avec sursis.

Le tribunal a reconnu la légitimité du combat tout en soulignant l'« *amateurisme* » et un « *manque d'introspection* » inquiétants de la part de militants qui « *s'arrogent le droit de décider ou non de donner l'accès au produit létal, en ne disposant que de leur expérience personnelle et de leur parcours de vie* ».

Aucune personne ou famille d'une personne ayant profité de l'aide des prévenus ne s'était constituée partie civile.

La plupart des condamnés ont annoncé leur intention de faire appel du jugement.

### **4- Les « centres experts en santé mentale » :**

Une proposition de loi (n°385) « visant à intégrer les centres experts en santé mentale dans le code de la santé publique » a été déposé au sénat le 27 février dernier.

<https://www.senat.fr/leg/pp124-385.html>

*Ce que prévoit la proposition de loi :*

« Les centres experts en santé mentale sont des plateformes de soins de recours et de recherche destinés à améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des maladies psychiatriques les plus sévères. Ils sont intégrés dans le système de soins hospitalo-universitaire.

« Les centres experts participent activement à la recherche et à la collecte de données relatives aux maladies psychiatriques. Ils innovent et valorisent les progrès réalisés en la matière »

« Chaque région peut recenser sur son territoire un centre expert en santé mentale pour les troubles bipolaires, les schizophrénies, la dépression résistante, les troubles du spectre de l'autisme sans retard intellectuel, les conduites suicidaires, le trouble obsessionnel compulsif, l'hyperactivité avec déficit de l'attention et les troubles du comportement alimentaire, en fonction de la sévérité des pathologies, des besoins des usagers et de la demande des professionnels de la psychiatrie »

« Les centres experts en santé mentale sont gérés par des structures hospitalières ou des organisations à but non lucratif ».

« Ils sont coordonnés médicalement et scientifiquement par la fondation de coopération scientifique dite "FondaMental" pour optimiser et valoriser leur savoir scientifique et médical et assurer une qualité et la sécurité des prises en charge homogène sur tout le territoire pour les patients.

*Ce qui existe actuellement :*

La fondation « FondaMental » à l'origine de ces centres en 2007, en compte 54. Ils sont consacrés aux troubles bipolaires, à la schizophrénie, à la dépression résistante et à l'autisme adulte. Ils fonctionnent comme des dispositifs de troisième niveau : ils effectuent des diagnostics, et prescrivent des recommandations.

Pour en savoir plus :

<https://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/centres-specialises/centres-experts-fondamental/>

*Les réactions :*

Dans une tribune publiée dans le monde du 12 décembre, un collectif de psychiatres refusent « une psychiatrie de vitrine » aux résultats contestés qui risquent de renforcer des situations d'errance médicale

Ils considèrent que « sous couvert d'innovation scientifique, ce texte entérine un choix politique : substituer à une psychiatrie publique déjà fragilisée un modèle sélectif, orienté par pathologie, incapable de répondre aux besoins immenses auxquels la société est confrontée, mais tout à fait conforme à l'idée de rationalisation des coûts ».

« En l'état actuel du champ de la santé mentale, orienter des patients vers des centres experts pour ensuite les renvoyer vers des services déjà saturés ne fera qu'aggraver leur souffrance et leur errance. Ils refusent « une psychiatrie de vitrine, destinée à masquer l'effondrement du service public » et demandent « le retrait immédiat de cette proposition de loi, mais aussi l'arrêt de toute extension du modèle des centres experts et la mise en place d'un plan national massif de renforcement de la psychiatrie de secteur, seule garante de l'égalité d'accès aux soins et de la continuité thérapeutique ».

### **5- Le nombre de maternités**

La DREES a mis en ligne son fichier des maternités. Au 31/12 de chaque année leur nombre est le suivant :

	Nb de maternités	Nb de lits d'obstétrique	Nb de communes
2 000	721	20 172	542
2 010	557	17 827	443
2 020	478	14 803	393
2023	457	14 051	385
2 024	445	13 700	378
△ 2000/2024	- 276	- 6 472	- 164

Compte tenu de la diminution du nombre des naissances conjuguée à la raréfaction des professionnels ( sages femmes, pédiatres, anesthésistes..) nécessaires pour assurer le respect des normes techniques, on peut craindre que cette tendance se poursuive.

Dans notre région la maternité du CHI de Hte Comté (Pontarlier) est passée sous le seuil des 1 000 accouchements en 2025 (1200 en 2021).

Avec 427 naissances, celle de Paray le Monial enregistre le nombre le plus faible depuis 2016.

Celle de Beaune est à contre-courant de cette tendance : après une baisse enregistrée à partir de 2022 : 686, 2023 : 672, 2024 : 611, elle repart à la hausse en 2025 avec 651 naissances (+ 40).

#### **6- Handicap : le sénat rejette le statut des AESH**

La situation précaire des accompagnants des élèves en situation de handicap (AESH) est bien connue ce qui n'a pas empêché le sénat de rejeter, le 5 janvier, la proposition de loi visant à leur permettre d'accéder à un statut de fonctionnaires de catégorie B, avec une rémunération à temps plein et une véritable formation initiale.

Ces 145 000 AESH, à 94 % des femmes, aident plus de 355 000 élèves en situation de handicap, autant dans le primaire que dans le secondaire, en fonction de besoins notifiés par les MDPH. Les temps d'accompagnement peuvent être morcelés entre plusieurs élèves, voire plusieurs établissements, et aboutissent dans 98 % des cas à un temps de travail incomplet, donc à un salaire qui atteint à peine 1 000 euros net par mois.

#### **7- Téléconsultation : dérogation au plafond de 20%**

Le 26 janvier la ministre de la santé a annoncé la possibilité, pour les médecins, de déroger, dans certains cas, à la règle qui leur interdit de faire plus de 20 % de leurs consultations à distance.

Seraient concernés les médecins retraités, remplaçants ou en situation de handicap, tout comme les praticiens « *connaissant des moments de vie particuliers* ».

Par ailleurs, les téléconsultations assistées par un autre professionnel de santé au côté du patient (infirmière par exemple) ne seront plus prises en compte dans le quota des 20 % du médecin.

Cette mesure pourrait contribuer à développer la téléconsultation dans les établissements médico-sociaux, en particulier les EHPAD.

Les plateformes de téléconsultations ( Qare, Médadom, Médecin direct...) se sont félicitées de cette annonce.

#### **8- 5 000 places d'étudiants infirmiers en plus**

Le 29 janvier, la ministre de la santé a annoncé la création de 5 000 places supplémentaires d'étudiants infirmiers à la rentrée 2026.

Cette mesure sera financée à hauteur de 215 millions d'euros par l'État, pour autant que le budget de l'Etat pour 2026 soit validé, en complément des régions, qui prennent en charge les formations sanitaires et sociales.

Ces places seront disponibles dès le mois de mai sur la plateforme Parcoursup.

La ministre a également annoncé que "dès le mois de mars", mois de la prévention pour le cancer colorectal (« Mars Bleu »), les infirmiers pourront distribuer des kits de dépistage, une distribution jusque-là réservée aux médecins et aux pharmaciens.

#### **9- Gratuité des parkings hospitaliers :**

Le stationnement est en général un problème crucial ; quand il concerne les hôpitaux il devient polémique ce qui justifie que 3 partis politiques : RN, LFI et PS aient récemment déposé 3 propositions de loi visant à en rendre la gratuité obligatoire pour les personnels, les patients et les visiteurs.

Il est vrai que ces parkings deviennent de plus en plus souvent payants et que leur gestion est confiée à des sociétés privées. Il est vrai aussi que pour les établissements le parking est plus une source d'« em... » que de profit.

Le 29 janvier, les députés ont voté la gratuité totale pour les personnels et les malades et pour 2 heures pour les visiteurs.

A attendre maintenant la position du sénat.

## **10- « Santé Publique France » (SPF)**

Une nouvelle preuve que les agences de l'état sont dans le collimateur : sa restructuration vient d'être annoncée par la directrice de la santé.

La gestion de la réserve sanitaire et des stocks stratégiques (masques, médicaments sensibles devrait revenir à la DGS (comme avant covid).

La communication des grandes campagnes de prévention devrait être pilotée directement par le ministère de la Santé et l'Assurance-maladie.

Des scientifiques ont exprimé des craintes quant à la maîtrise des campagne de prévention de l'usage du tabac et de l'alcool.

## **9 Publications et bibliographie :**

### **1- « Le médecin au pays des aides-soignants »**

Nous avons déjà présenté le tome 4, voici le tome 5 de la série de bandes dessinées « vie de carabin » dont le scénariste (étudiant en médecine et peut-être maintenant médecin) se cache sous le pseudonyme « Védécé »

Hachette novembre 2025, 130 pages, 16,99€

C'est l'histoire d'un étudiant en médecine de 2<sup>e</sup> année qui occupe un « petit boulot » d'aide-soignant dans un hôpital gériatrique pour financer ses études.

Il dresse une galerie de portraits aussi vrais que nature :

- ✓ Catherine « la cadre tyrannique, peau de vache professionnelle » spécialiste des plannings
- ✓ Justine, la « jeune infirmière qui sort de l'école , super équipée » dont il est amoureux,
- ✓ Bertine « la vieille infirmière 30 ans dans le même service »
- ✓ Zinéline, Le collègue aide-soignant expérimenté et rigolard
- ✓ Le docteur Braun qui ne répond jamais lorsqu'on lui dit bonjour.

Sans oublier la galerie de portraits des patients de cet hôpital gériatrique, aux pathologies et caractères variés.

Les tâches de l'aide-soignant sont décrites avec un grand réalisme..

Nota : L'auteur a créé une nouvelle série « dossiers médicaux » dont il a déjà publié 4 tomes que nous n'avons pas encore découverts.

### **2- « La voyageuse de nuit » :**

Laure Adler , éditions Grasset, 2020, 217 pages.

L'auteure est essayiste et romancière, aux publications nombreuses, ainsi que femme de télévision (C dans l'air sur la 5).

La titre de cet ouvrage (plus sérieux que le précédent) n'est guère évocateur, il est tiré d'un phrase attribuée à Chateaubriand : « la vieillesse est une voyageuse de la nuit : la terre lui est cachée ; elle ne découvre plus que le ciel ».

Il est une suite de réflexions, parfois sans ordre évident, sur l'âge, la vieillesse, les rapports entre les générations. Truffé de citations et de références à des auteurs célèbres depuis l'antiquité, il est d'une grande érudition en même temps que d'une grande profondeur.

Ce n'est pas un guide pour bien vieillir mais la description subjective de l'auteure de ce que vieillir veut dire ainsi qu'un cri de colère contre ce que la société fit subir aux vieux .

### **3- « Espérance de vie sans incapacité » (DREES)**

Dans son n° 1363 de janvier « études et résultats » de la DREES (4 pages) évalue l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans :

- ✓ pour les femmes à 11,8 ans et à 18,5 ans sans « incapacité forte »
- ✓ pour les hommes à 10,5 ans et à 15,8 ans sans incapacité forte.

Depuis 2008, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a augmenté de 1 an et 9 mois pour les femmes comme pour les hommes.

L'espérance de vie sans incapacité à la naissance, qui tient compte de la survenue éventuelle d'incapacités tout au long de la vie, s'établit quant à elle à 64,1 ans pour les femmes et à 63,7 ans pour les hommes. L'écart entre les femmes et les hommes est ici bien plus réduit que l'écart d'espérance de vie.

Enfin en France, en 2023, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est supérieure à la moyenne européenne : de 2 ans et 5 mois pour les femmes et de 1 an et 4 mois pour les hommes.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-01/ER1363\\_esperance\\_de\\_vie\\_sans\\_incapacit%C3%A9\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-01/ER1363_esperance_de_vie_sans_incapacit%C3%A9_0.pdf)

#### **4- « L'effectivité des voies de recours en psychiatrie » : (CGLPL)**

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a publié un rapport thématique sur « l'effectivité des voies de recours en psychiatrie ».

Le rapport faisant 151 pages, voir plutôt le communiqué de presse (9 pages)

[https://www.cglpl.fr/app/uploads/2025/12/cglpl\\_rapport-effectivite-des-recours-en-psychiatrie\\_dossier-de-presse.pdf](https://www.cglpl.fr/app/uploads/2025/12/cglpl_rapport-effectivite-des-recours-en-psychiatrie_dossier-de-presse.pdf)

*Les principaux constats :*

- ✓ Le contrôle juridictionnel ne contribue que très imparfaitement à la protection des patients,
- ✓ La judiciarisation ne peut remplacer une politique de moindre recours à la contrainte en psychiatrie,
- ✓ Des formes de contrainte échappent encore à tout cadre légal et au contrôle du juge.

*Des pistes pour protéger les droits des patients :*

- ✓ Renforcer et améliorer les procédures existantes,
- ✓ Rechercher la responsabilité de l'établissement en utilisant le contentieux comme levier d'action,
- ✓ Combler les lacunes du droit,
  - mettre fin au recours à l'isolement et à la contention hors du cadre de l'hospitalisation sans consentement,
  - l'interdiction des mesures d'isolement et de contention pour les mineurs en hospitalisation libre correspond d'ores et déjà à l'état du droit,
  - porter une attention particulière droits des patients au sein des services d'urgences,
  - définir un cadre juridique pour les USIP
- ✓ Promouvoir une véritable politique publique de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention.
  - renforcer l'effectivité de la politique publique,
  - utiliser les taux de recours aux mesures d'isolement et de contention comme indicateurs contraignants.

#### **5- « Pour une régionalisation de l'internat en médecine »**

Le 23 janvier l'académie de médecine et « France Universités » ont publié un « plaidoyer » (2 pages) pour la régionalisation de l'internat en médecine.

<https://www.academie-medecine.fr/communiqu%C3%A9-pour-une-r%C3%A9gionalisation-de-l'internat-en-m%C3%A9decine/>

### *Le lieu de l'internat déterminant pour l'installation :*

Le lieu où est effectué l'internat étant un élément déterminant pour l'installation, il serait bénéfique de favoriser le maintien des étudiants dans leur région d'origine pour y effectuer leur 3<sup>e</sup> cycle des études médicales.

Actuellement, en moyenne 25% seulement des étudiants effectuent leur internat dans leur région d'origine, avec des disparités allant de 10% à 60% selon les régions.

### *Les modalités actuelles de choix*

Le concours de l'internat a été remplacé en 2004 par des épreuves classantes nationales (ECN), puis à partir de 2021 par des épreuves dématérialisées nationales (EDN) et des épreuves cliniques objectives et structurées (ECOS), ouvertes à tous les candidats issus des universités françaises ou de l'Union Européenne.

Actuellement, la procédure nationale d'appariement pour l'accès au 3<sup>e</sup> cycle prend en compte les vœux des candidats, exprimés par spécialité et par subdivision (territoire rattaché à un CHU), par ordre de priorité décroissante et une pondération des résultats en fonction des vœux exprimés.

Les étudiants fondent leur choix définitif sur la spécialité puis sur la subdivision, les moins attractives étant choisies par défaut, avec souvent pour unique motivation la possibilité d'accéder à la spécialité souhaitée.

### *Les recommandations :*

L'académie et France Universités recommandent :

- ✓ la régionalisation partielle de l'internat pour favoriser l'attractivité des régions les plus en difficulté en démographie médicale,
- ✓ un choix par région et non par subdivision pour renforcer la territorialisation de l'internat.
- ✓ la possibilité de choisir des régions prioritaires au moment de l'inscription, prise en compte dans les classements par l'intégration d'un premier coefficient de pondération supplémentaire dans la procédure nationale d'appariement
- ✓ une attractivité renforcée du contrat d'engagement de service public en ouvrant le choix de la spécialité par l'ajout d'un second coefficient de pondération supplémentaire dans la procédure nationale d'appariement.

### **6- « La prévention et la prise en charge du cancer du sein »**

La cour des comptes a publié en janvier, une communication à la commission des affaires sociales de l'assemblée nationale sur « la prévention et la prise en charge du cancer du sein » (129 pages) .

<https://ccomptes.fr/sites/default/files/2026-01/20260128-Prevention-et-prise-en-charge-cancer-du-sein.pdf>

Avec 61 214 nouveaux cas diagnostiqués en France en 2023, il s'agit du cancer le plus fréquent chez les femmes, et de la première cause de mortalité par cancer féminin, avec plus de 12 000 décès par an.

Le rapport analyse les résultats du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS), mis en place en 2004, dont le taux de participation reste insuffisant et en recul, ainsi que sa coexistence avec un dépistage individuel.

Il examine également l'organisation et la qualité des prises en charge médicales et chirurgicales, l'accès aux innovations thérapeutiques et aux études cliniques, ainsi que les inégalités territoriales et sociales observées.

Enfin, il s'attache aux conditions d'accompagnement des femmes dans la période de l'après-cancer, notamment en matière de soins de support, de reste à charge et de conséquences professionnelles.

### *Principaux constats :*

La cour fait plusieurs constats parmi lesquels nous avons relevé :

- ✓ Le dépistage organisé du cancer du sein : un dispositif probant qui doit être renforcé,
- ✓ Des inégalités d'accès à corriger,
- ✓ Une offre de soins disparate,
- ✓ Une organisation de l'offre de soins peu pertinente, dégradant la qualité et la sécurité des soins,
- ✓ Un accès hétérogène aux études cliniques et thérapeutiques innovantes,
- ✓ Un charge financière croissante pour le système de santé,
- ✓ Un accompagnement et des soins encore lacunaires dans la période post cancer
- ✓ L'accompagnement après cancer : une dimension à développer entre suivi structuré et soutien global.

### *Les recommandations :*

La cour des comptes fait 8 recommandations parmi lesquelles nous avons noté :

- ✓ rendre obligatoire, dans la prochaine LFSS, la participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les centres d'imagerie souhaitant pratiquer l'imagerie sénologique - mammographique et échographique - de diagnostic et de dépistage
- ✓ mettre en œuvre un plan de déploiement de l'intelligence artificielle dans le dépistage organisé du cancer du sein en définissant ses modalités d'application et en garantissant une supervision humaine
- ✓ confier à la HAS une mission d'évaluation régulière et de labellisation des logiciels d'IA utilisés dans le cadre du dépistage du cancer du sein,
- ✓ assurer un suivi régulier de l'activité des établissements autorisés à pratiquer la chirurgie du cancer du sein, et faire cesser sans délai toute prise en charge intervenant dans un établissement non autorisé
- ✓ élever à 150 le seuil minimal annuel de séjours chirurgicaux à atteindre afin d'autoriser un établissement de santé à assurer une activité de prise en charge chirurgicale en matière de cancer du sein
- ✓ rendre obligatoire pour les établissements de santé l'élaboration du programme personnalisé d'après cancer et en faire un critère d'autorisation d'exercer en cancérologie.

## **10 Agenda de février :**

- **4 février** :14h CTS 89 bureau
- **5 février** : 14h Commission prévention (présentiel et visio)
- **5 février** : 15h30 copil télé-santé
- **24 février : colloque compétences psycho-sociales**  
L'ARS, le Conseil départemental du Doubs et la Direction des Services Départementaux de l'Éducation nationale du Doubs organisent un colloque sur le thème  
**« Les compétences psychosociales dans tous les milieux de vie : un enjeu partagé »**  
Lieu : le grand Kursaal de Besançon de 8h 30 à 17h.  
Inscription :  
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeo9n78dGuPAWwt0xJINWacLo1cbQANRaUSQfWzHi5ly5vFTA/viewform>
- **27 février** : 9h CSOS

***Au-delà de février : les dates à retenir :***

- **19 mars** : 14h commission prévention (points d'actualité -échanges), visio
- **25 mars** : 9h CSOS
- **31 mars** : 9h CSOS
- **2 avril** : 14h CRSA plénière CCI Dijon
- **21 avril** :  
6° journée régionale de l'ETP (éducation thérapeutique) sur le thème  
**« Partenariat patient »**  
Organisée par la CoMET BFC , les 11 UTEP de la région, l'espace santé de Dole, France Assos Santé et l'ARS  
De 9h à 17h à la CCI de Besançon ( maison de l'économie)  
Conférence, table ronde et ateliers attendent les participants  
Programme et Inscription (obligatoire en ligne jusqu'au 31 janvier) et programme  
<https://comet-bfc.fr/journee-regionale-2026/>
- **21 avril** : 10h-12h costra e-santé
- **24 avril** : 9h CSOS
- **30 avril** : 9h CSOS
- **30 avril** : 14h commission prévention (présentiel et visio)

*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)*