



La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 93 Mai 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Le soin, le risque, et la qualité

La vie elle-même est un risque. Le risque zéro n'existe pas : nous en prenons tous les jours. Cet aphorisme s'applique particulièrement dans le domaine du soin.

Il n'est pas de prescription ni d'acte de soins qui ne contienne une part de risque.

Les possibles conséquences du risque :

Dans le domaine du soin, le risque peut être à l'origine de conséquences diverses : de l'absence du résultat attendu (la guérison), à des inconvénients et/ou des dommages inattendus temporaires ou définitifs: iatrogénie médicamenteuse, douleur, handicap, perte d'une chance de guérison et/ou de survie, vulnérabilités diverses, dommage psychique, ou pire encore !

Ces conséquences résultent :

○ *Soit d'une faute :*

Qu'il s'agisse d'une erreur, de la méconnaissance des dernières données de la science, d'une maladresse, du non-respect des protocoles et bonnes pratiques, de la mauvaise organisation dans le fonctionnement du service de soin...

Qui dit préjudice fautif dit responsabilité et réparation par l'auteur (ou plutôt par son assureur), qui peut être le professionnel lui-même ou son employeur.

○ *Soit d'un aléa thérapeutique :*

Autrement dit d'un dommage anormal survenu lors d'un acte médical en l'absence de faute. Il ouvre « droit à la réparation des préjudices du patient, et, en cas de décès, de ses ayants droit au titre de la solidarité nationale, lorsqu'ils sont directement imputables à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins et qu'ils ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité » (article L 1142-1 du CSP).

« Ouvre droit à réparation des préjudices au titre de la solidarité nationale un taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique supérieur à un pourcentage d'un barème spécifique [...] au plus égal à 25 % ».

Un risque assumé :

Le risque est apprécié et assumé tout à la fois:

○ *Par le professionnel :*

La plupart des professions de santé ont un code de déontologie. Celui des médecins fait obligation au praticien de « tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences

des différentes investigations et thérapeutiques possibles » ; ce que l'on appelle « la balance bénéfiques -risques.

Par ailleurs le professionnel est soumis à l'obligation de prudence et de délivrer le soin le plus sûr et le plus pertinent en l'état de la données de la science.

○ *Par le patient lui-même :*

En donnant son consentement le patient accepte le risque à condition toutefois qu'il soit éclairé par une information claire, compréhensible et loyale donnée par le professionnel.

L'article L 1111-2 du CSP définit un droit (un devoir pour le professionnel) à l'information : « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, *les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus*. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Aujourd'hui l'absence d'information est considérée comme une faute : les avocats et même la jurisprudence parlent d'un « préjudice d'impréparation ».

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser ».

Sans oublier, que le patient peut lui-même générer un risque par son attitude (conduites à risques) ou son imprudence.

La maîtrise du risque dans les établissements de santé :

Le risque est indissociable de la sécurité et de la qualité des soins : il n'est pas une fatalité, il s'évalue et se gère.

La politique qualité de l'établissement :

Beaucoup de risques pourraient être évités : c'est ce que constatent les membres des commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI).

Dans les établissements de santé, la politique de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques a fait l'objet de progrès considérables depuis le 1996, sous l'impulsion de l'ANAES d'abord puis de la HAS.

Des organisations (COVIRIS, CLIAS, comité qualité, CDU), des indicateurs et des méthodes d'analyse du risque (AMDEC, vigilances...) et des événements indésirables (RMM, Crex) ont été mis en place.

Ils relèvent de la responsabilité des établissements (de la CME en particulier), des professionnels et même des patients.

Le rôle du patient

Dans un rapport publié en avril sur « la politique d'amélioration de qualité des soins dans les établissements de santé » (146 pages)

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-04/20260428_Politique-amelioration-qualite-soins-etablissements-sante.pdf

et largement relayé par la presse nationale, la cour des comptes dresse des constats assez sévères sur l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé.

Elle propose de renforcer la culture qualité chez les professionnels hospitaliers en intégrant davantage la place du patient.

A cet égard, elle note que :

- La mesure de l'expérience des soins perçue par les patients est encore trop peu représentative

La mesure de « l'expérience patient » consiste à recueillir la satisfaction envers les soins qui ont été délivrés. Le taux de réponse au dispositif « e-satis » reste top faible.

- La mesure des résultats des soins perçus par les patients est insuffisamment soutenue par les autorités sanitaires

Les démarches PROMs et PREMs méritent d'être développées.

- La place des représentants des usagers et des patients partenaires à renforcer :

La CDU ne doit pas se limiter à l'examen des plaintes et réclamations. La cour propose que les représentants des usagers participent aux réunions d'analyse des événements indésirables associés aux soins (RMM), même si une partie des professionnels reste réfractaire à leur présence.

- Les dispositifs de médiation et d'indemnisation sont peu mobilisés :

La cour constate que comparativement au nombre de réclamations reçues par les établissements de santé, peu de médiations sont sollicitées et que le dispositif d'indemnisation amiable des victimes d'accidents médicaux est encore insuffisamment exploité par les patients victimes et par les autorités sanitaires.

Sur ce point la cour fait référence au rôle de l'ONIAM et des CCI (commission de conciliation et d'indemnisation) au sein desquels siègent des représentants des usagers

On peut prendre connaissance de la monographie de l'ARUCAH sur le thème : « les représentants des usagers et la gestion des risques dans les établissements de Bourgogne Franche Comté ».

1. Le dossier du mois : la CRSA mode d'emploi

Au moment où le processus de renouvellement de la conférence régionale de la santé de l'autonomie (CRSA) est engagé, il apparaît opportun d'apporter une information aux personnes qui souhaitent en devenir membres ou même renouveler leur mandat.

La CRSA est une instance dite de démocratie en santé encore peu connue et d'une grande complexité.

L'ambition de cet article se limite à apporter les connaissances de base pour faire un choix éclairé. Pour un approfondissement il est possible de se reporter à la monographie publiée par l'ARUCAH et consultable sur son site.

La composition de la CRSA :

Avec voix délibérative :

La CRSA doit représenter l'ensemble des acteurs de la santé ce qui explique le nombre et la diversité de ses membres ainsi que les savants dosages entre les différentes catégories.

En droit (article D1432-28 du CSP) elle est « composée 109 membres au plus ayant voix délibérative, auxquels s'ajoutent les membres du collège des CTS ayant également voix délibérative » (8 en BFC), répartis en 8 collèges.

1° collège des représentants des collectivités territoriales (17 membres en BFC) :

Ils sont répartis en 4 sous collèges : région, conseils départementaux, groupements de communes, communes.

2° Collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux (16 membres) :

Ils sont répartis en 3 sous collèges :

- 2 a) 8 représentants (en BFC) des associations agréées désignés à l'issue d'un appel à candidatures organisé dans des conditions fixées par le DG de l'ARS,
- 2 b) 4 représentants des associations de retraités et personnes âgées désignés par le DG de l'ARS sur proposition des CDCA (1 CDCA par département),
- 2 c) 4 représentants des associations des personnes handicapées, dont une intervenant dans le champ de l'enfance handicapée, désignés par le DG de l'ARS sur proposition des CDCA.

3° collège des représentants des conseils territoriaux de santé (8 membres en BFC)

Il comprend le président de chaque CTS ou son représentant,

4° collège des partenaires (10 membres)

Ils sont répartis en 4 sous collèges : organisations syndicales et professionnelles des salariés et du patronat,

5° collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociale (7 membres) :

Ils sont répartis en 6 sous collèges : lutte contre la précarité, CARSAT, CAF, mutualité, assurance maladie,

6° collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé (10 membres) :

Ils sont répartis en 6 sous collèges : santé scolaire et universitaire, santé au travail, PMI, promotion, prévention éducation de la santé, observation en santé (ORS)

7° collège des offreurs des services de santé (37 membres) :

Ils sont répartis en 19 sous collèges (de 7a à 7s). On trouve dans ce collège des représentants de tous les offreurs de soins publics et privés lucratifs ou non.

8° collège de personnalités qualifiées (2 membres) :

Il comprend 2 personnalités désignées par le DG de l'ARS à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la conférence.

En résumé l'effectif total théorique de la CRSA peut varier d'une région à l'autre. En de BFC il est de 107 titulaires et 210 suppléants soit 317 membres.

Tous les membres de la CRSA sont nommés par le DG de l'ARS pour une durée de 5 ans renouvelable sans limitation.

L'arrêté constitutif n'est jamais complet : il fait l'objet de mises à jour régulières. Le dernier arrêté de la mandature 2021-26 est du 16/01/2026 ; il est accessible sur le site « ma santé en BFC » à condition de disposer d'un code d'accès.

Avec voix consultative :

Peuvent participer aux travaux de la CRSA, avec voix consultative :

- le préfet de région,
- le président du conseil économique, social et environnemental régional (CESER),
- les chefs de services de l'Etat en région,
- le directeur général de l'ARS,
- un membre des conseils des organismes locaux d'assurance maladie relevant du régime général,

○ un administrateur d'un organisme local d'assurance maladie relevant de la MSA.
La plupart sont généralement absents.

L'organisation des travaux de la CRSA

La CRSA organise ses travaux au sein des formations suivantes :

- la formation plénière,
- la commission permanente,
- la commission spécialisée de prévention (CSP),
- la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSMS),
- la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS),
- la commission spécialisée dans les droits des usagers (CSDU) du système de santé.

La formation plénière

Au cours de sa séance d'installation, la CRSA réunie en assemblée plénière :

- élit son président,
- constitue la commission permanente et les commissions spécialisées,
- établit le règlement intérieur (RI) de la CRSA qui précise, notamment, les modalités de fonctionnement de ses différentes formations (le RI est seulement révisé au début de chaque mandature).

En général, la CRSA se réunit en séance plénière 4 fois par an en présentiel : à Dijon et à Besançon et dans un autre département 1fois par an (Auxerre en 2025) , ainsi qu'en visio.

✓ La CRSA rend un avis sur :

- le projet régional de santé (PRS),
- les projets d'arrêtés du DG de l'ARS qui déterminent pour chaque profession (médecins, sage-femmes, kiné, orthophonistes) les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, et, à l'inverse les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement, (on parle du zonage),
- le schéma interrégional de santé (SRS) et le cas échéant les schémas interrégionaux spécifiques, (la BFC n'est pas concernée),
- le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé préparé par la CSDU,
- les priorités d'actions de l'ARS dans le cadre de sa politique de réduction des inégalités de santé dans la région,
- les orientations et un point d'étape annuel sur la mise en œuvre de la stratégie régionale d'investissement dans le système de santé,
- les orientations stratégiques annuelles d'utilisation du FIR,
- le plan régional santé environnement (PRSE)

✓ établit chaque année un rapport sur son activité,

✓ détermine les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'elle organise selon des modalités fixées par le règlement intérieur,

✓ est associée par l'ARS :

- aux travaux d'évaluation du PRS,
- aux retours d'expérience et travaux conduits en vue d'évaluer la mise en œuvre des mesures prises en cas de menace sanitaire (art L 3131-1 du CSP).

Au fil des textes, d'autres compétences peuvent apparaître. Deux exemples :

- l'évaluation annuelle de la régulation pérenne de l'accès aux urgences est transmise à la CRSA (arrêté du 18 mars 2025)
- service public départemental de l'autonomie (SPDA) : les conventions tripartites (CNSA, ARS et conseils départementaux) sont présentées pour avis à la CRSA

« Les avis de la CRSA sont rendus publics. »

Lorsque son avis est requis, la consultation de la CRSA est réputée effectuée si aucune suite n'est donnée dans les 2 mois à compter de la réception de la demande d'avis, accompagnée des documents nécessaires, formulée par le DG de l'ARS. Ce délai est ramené à 15 jours en cas d'urgence et à 8 jours en cas d'extrême urgence.

La commission permanente :

✓ *Composition :*

Outre son président (qui est celui de la CRSA), la commission permanente comprend :

- les présidents des commissions spécialisées, qui ont qualité de vice-présidents de la commission permanente,
- au plus 15 membres issus des collèges de la CRSA, et élus selon des modalités précisées par le règlement intérieur, dont au moins 2 membres des associations représentant les usagers des établissements et services médico-sociaux ou les personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant les personnes âgées et handicapées (collège 2),
- La composition de la commission assure l'équilibre de la représentation des collèges constituant la CRSA.
- Elle comprend au moins un représentant des collectivités territoriales, des usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'ARS, des CTS, des organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, des professionnels du système de santé, des organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux et des organismes de protection sociale.

Elle désigne en son sein le ou les représentants de la CRSA à la conférence nationale de santé (CNS).

✓ *Missions :*

En dehors des séances plénières, la commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la CRSA.

Elle est notamment chargée de :

- préparer l'avis rendu par la CRSA sur le PRS,
- préparer le rapport annuel d'activité de la CRSA,
- formuler un avis lorsque la consultation de la conférence implique l'avis de plus de 2 commissions spécialisées ,
- préparer les éléments soumis au débat public.

Le président de la CRSA peut lui confier tous travaux entrant dans le champ de compétence de la conférence.

Le DG de l'ARS présente chaque année à la commission permanente :

- le bilan d'utilisation du FIR, ainsi que les grandes orientations de la politique de formation pilotées par l'agence,
- un rapport présentant une synthèse des suites données à ses avis, précisant le cas échéant les motifs ayant conduit à ne pas suivre certains avis.

Cette présentation intervient au moins 2 fois par an, sauf pour les avis rendus sur saisine de l'ARS et les avis impliquant l'avis de plus de 2 commissions spécialisées, pour lesquels elle intervient chaque trimestre.

La commission spécialisée prévention (CSP)

✓ Composition :

La commission spécialisée prévention compte 30 membres dont pour le collège 2 :

- 4 représentants des associations agréées pour représenter les usagers,
- 1 représentant des associations de retraités et personnes âgées,
- 1 représentant des associations des personnes handicapées

✓ Compétences :

La CSP contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention et à ce titre elle :

- prépare un avis sur le projet de SRS, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation,
- formule toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région,

Elle est informée :

- des mécanismes mis en place par la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé et la cohérence de leurs financements,
- du bilan d'activité de la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention, établi chaque année par le DG de l'ARS,
- des résultats de l'agence en matière de veille et de sécurité sanitaires.

✓ Fonctionnement :

La CSP se réunit régulièrement chaque mois : la visio est toujours proposée, le présentiel est proposé une fois sur 2. Alternativement elle propose une réunion à thème(s) et une réunion d'échanges d'informations et de débats entre ses membres.

Les comptes rendus sont immédiats (rédigés par la présidente) et mis en ligne sur le site « ma santé en BFC ».

Enfin, la CSP organise régulièrement des « événements » (colloques, séminaires).

La commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS)

✓ Composition :

La CSOS comprend 46 membres répartis en 33 catégories, qui témoignent d'un savant dosage, parmi lesquels :

- Pour les représentants des usagers (collège2):
 - 2 représentants des associations agréées,
 - 1 représentant des associations de retraités et personnes âgées,
 - 1 représentant des associations des personnes handicapées,

- Pour les « offreurs » de services de santé (collège 7):
 - 5 représentants des établissements publics de santé, dont trois présidents de commissions médicales d'établissement (CH, CHU, CHS),
 - 2 représentants des établissements privés de santé à but lucratif, dont un président de CME,
 - 2 représentants des établissements privés de santé à but non lucratif, dont un président de commission médicale d'établissement,
 - 1 représentant des établissements assurant des activités d'hospitalisation à domicile,
 - 1 représentant des centres de santé et des maisons de santé,

✓ *Compétences :*

La CSOS contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

1° Elle prépare un avis sur :

- le projet de SRS,
- les zones du schéma régional de répartition des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds.

2° Elle est consultée par l'ARS sur :

- Les projets de schémas interrégionaux de santé (la BFC n'est pas concernée)
- En matière d'autorisation :
 - les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation relatives à la création de tout établissement de santé, la création, la conversion et le regroupement des activités de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation, et l'installation des équipements matériels lourds ,
 - les renouvellements des autorisations dérogatoires en cas de menace sanitaire grave,
 - les projets de décisions portant révision ou retrait d'autorisation lorsque les objectifs quantitatifs et qualitatifs (*les OQOS*) sont insuffisamment atteints,
 - les projets de décisions de maintien de la suspension, de retrait ou de modification d'autorisation en cas de manquement aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins,
- La politique en matière d'implantation et de financement de maisons de santé, centres de santé, dispositifs d'appui à la coordination (DAC), dispositifs spécifiques régionaux (*DSR : soit les anciens réseaux de santé : périnatalité, cancérologie ...*) et maisons médicales de garde (MMG),
- Les projets et actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé sur les territoires (*par exemple les incitations financières*),
- Les projets d'expérimentations dans le champ de l'organisation des soins, concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, (*expérimentations article 51 en particulier*),
- L'organisation et l'adéquation aux besoins de la population de l'aide médicale urgente (AMU) et de la permanence des soins, en ambulatoire (PDSA) et dans les établissements de santé (PDSES),
- L'organisation des transports sanitaires et son adéquation aux besoins de la population,
- la création des établissements publics de santé, autres qu'à ressort national, et des GCS, ainsi que la modification de la liste des centres hospitaliers régionaux (CHR),

- Les projets de mesures de recomposition de l'offre que le DG de l'ARS envisage de prendre, y compris en ce qui concerne le périmètre des groupements hospitaliers de territoire (GHT),
- La politique en matière de contractualisation avec les titulaires d'autorisation ainsi que les autres offreurs de services en santé.

3° Elle peut préparer un avis sur les zones :

- caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités,
- dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions avec l'assurance maladie ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement.

4° L'ARS l'informe au moins une fois par an sur :

- les renouvellements tacite d'autorisation d'activité de soins,
- les CPOM signés entre l'ARS et les titulaires d'autorisation, les centres de santé, les maisons de santé, les DAC et les dispositifs spécifiques régionaux (ex-réseaux cancérologie périnatalité ...)
- l'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur les territoires,
- les résultats des évaluations et certifications menées au cours de l'année écoulée,
- des autorisations dérogatoires accordées en cas de menace sanitaire.

✓ *Fonctionnement :*

Depuis la crise covid la CSOS se réunit exclusivement en visio. Chacun de ses avis fait l'objet d'un vote à distance qui respecte l'anonymat. Le quorum est atteint bien souvent grâce à la possibilité de donner mandat (en plus du recours aux suppléants).

Elle s'est réunie 25 fois en 2024 et 17 fois en 2025 : cette fréquence est justifiée par la réforme du régime des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML). Cette tâche efface quasiment toutes les autres compétences de la commission.

La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSMS)

✓ *Composition :*

La CSMS compte 30 membres répartis en 19 catégories dont pour le collège2 :

- 2 représentants des associations agréées pour représenter les usagers et œuvrant dans le domaine sanitaire,
- 2 représentants des associations de retraités et personnes âgées,
- 2 représentants des associations des personnes handicapées dont une association intervenant dans le champ de l'enfance handicapée,

✓ *Compétences :*

La CSMS est chargée de :

- préparer un avis sur le projet de schéma régional de santé,
- contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution,
- proposer à l'assemblée plénière des priorités pour l'action médico-sociale,
- émettre un avis sur l'élaboration et l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie,

- formuler toute proposition sur les conditions d'accès des personnes handicapées et en perte d'autonomie aux services médico-sociaux, sur la qualité des accompagnements et prises en charge médico-sociaux et sur les principes de contractualisation mis en œuvre par l'agence régionale de la santé avec les professionnels, les établissements, les services, les associations et les autres services publics,
- élaborer, tous les 5 ans, un rapport d'activité qui est transmis pour information aux conseils départementaux, ainsi qu'à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

✓ *Fonctionnement :*

La CSMS est actuellement en « quasi sommeil » depuis 2024 : ce ne sont pourtant pas les sujets qui manquent.

La commission spécialisée droit des usagers (CSDU)

✓ *Composition :*

La CSDU est composée d'au plus 14 membres, dont :

- 5 sont issus de chacun des collèges 1, 4, 5, 6 et 7 de la CRSA
- 2 sont issus du collège 3,
- 7 sont issus du collège 2, répartis comme suit : 3 membres issus des représentants mentionnés au a, 2 membres issus des représentants mentionnés au b et 2 membres issus des représentants mentionnés au c.

✓ *Compétences :*

Chaque année, la CSDU est chargée, en collaboration avec les autres commissions spécialisées de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres concernés.

Il est transmis, avec les recommandations qu'il formule, au DG de l'ARS et à la conférence nationale de la santé (CNS).

Comment devenir membre du collège 2a de la CRSA ?

Le 16 avril les associations agréées ont reçu un message de l'ARS les invitant à lui transmettre les candidatures au titre du collège 2a (représentants des associations agréées).

Les conditions de candidature :

- les candidatures individuelles ne sont pas recevables, seules les associations agréées peuvent déposer des candidatures. Une même association peut déposer plusieurs candidatures, mais utiliser un formulaire par candidature,
- pièces à fournir par l'association : justificatif de son agrément, une lettre de motivation du candidat, une attestation de suivi de la formation obligatoire (*cette exigence est abusive et ne saurait justifier le rejet d'une candidature*)
- les candidatures sont transmises en ligne sur la plateforme « Démarches numériques », accessible au lien suivant :
<https://demarche.numerique.gouv.fr/commencer/ars-bfc-aac-ru-renouvellement-crsa>
- date limite de dépôt : le 15 juin à 23h59
- les représentants des usagers qui siègent dans l'actuelle CRSA peuvent renouveler leur mandat en procédant à une nouvelle candidature par l'intermédiaire de leur association.

Informations par France Assos Santé :

France assos santé :

- convie ses associations membres à un après-midi d'information et d'échanges autour du mandat en CRSA (témoignages de représentants des usagers et intervention de l'ARS BFC), le **19 mai de 14h30 à 16h00 à Dijon** (informations complémentaires et modalités d'inscription à venir).
- organise un webinaire national consacré au renouvellement des mandats en CRSA (« qui, quand, comment, pourquoi ? »), le 6 mai de 14h à 15h30.

2. Insuffisance rénale chronique (IRC) : épuration extrarénale

Le processus de réforme des autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML) arrive à son terme avec la publication de 2 décrets du 1^{er} avril (JO du 3) modifiant

- ✓ les conditions d'implantation, (articles R 6123-54 à 68 du CSP),
- ✓ les conditions de fonctionnement (articles D 6124-64 à 90 du CSP)

de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale.

I. L'épuration extra rénale : définition et modalités :

✓ Définition :

« l'activité de traitement de l'IRC par épuration extrarénale est un mode de prise en charge des patients porteurs d'une maladie rénale chronique nécessitant une suppléance, dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé et régulièrement réévalué par une équipe pluriprofessionnelle ».

✓ Les modalités :

L'activité d'épuration extra rénale s'exerce selon les 4 modalités suivantes :

- Hémodialyse en centre pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin,
- Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) pour les patients dont l'état de santé nécessite une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en autodialyse,
- Hémodialyse en unité d'autodialyse (UAD) :
 - simple pour les patients formés à l'hémodialyse en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement,
 - assistée si l'assistance d'une infirmière est nécessaire pour certains gestes.
- Dialyse à domicile par hémodialyse (HDD) ou par dialyse péritonéale (DP).

II. Les principaux apports de la réforme :

Les principaux apports de la réforme portent sur :

✓ **L'information du patient (art R 6123-54-1)**

« Le titulaire de l'autorisation de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale dispose d'une organisation assurant à chaque patient un dispositif d'information pluriprofessionnel sur l'ensemble des modes de prise en charge de sa pathologie et des modalités et techniques de dialyse, en lien avec les professionnels de santé ayant suivi le patient, dont le médecin traitant, afin de lui permettre de prendre, avec ces derniers, et compte tenu des informations et des préconisations qu'ils lui fournissent, les décisions concernant sa prise en charge thérapeutique ».

« Cette organisation est adaptée pour les patients pris en charge en urgence et pour ceux pris en charge après l'échec d'une transplantation rénale ».

« Le choix de la modalité et de la technique de traitement de dialyse du patient fait l'objet d'une réévaluation régulière qui garantit la complète information du patient et l'adéquation de sa prise en charge à ses besoins.

Cette réévaluation est réalisée par une équipe pluriprofessionnelle comprenant au moins un néphrologue, un infirmier diplômé d'Etat et un diététicien et, selon les besoins du patient, un psychologue et un assistant de service social.

Elle a lieu dans les 3 à 6 mois suivant la mise sous suppléance puis elle est renouvelée selon les besoins du patient et au moins une fois par an.

La mise en œuvre de ce dispositif d'information est tracée et conservée dans le dossier médical du patient.

✓ ***L'éducation thérapeutique (art. R. 6123-54-2):***

Le titulaire de l'autorisation dispose d'une organisation qui assure l'accès, le cas échéant par convention, tout au long du parcours du patient dialysé à un programme d'éducation thérapeutique, adapté à ses besoins et régulièrement réévalué.

✓ ***Les soins de support (art. R. 6123-54-3) :***

Le titulaire de l'autorisation dispose d'une organisation qui assure la mise en œuvre, le cas échéant par convention, des soins de support, comprenant au moins la prise en charge diététique, le soutien psychologique et l'accès aux services sociaux tout au long du parcours du patient.

L'équipe pluriprofessionnelle chargée de la mise en œuvre des soins de support comprend au moins les professions suivantes : diététicien, psychologue et assistant de service social.

✓ ***La greffe (art. R. 6123-54-4) :***

Le titulaire de l'autorisation conclut une convention avec au moins un établissement de santé titulaire d'une autorisation [de greffe] et réalisant des greffes rénales.

« Cette convention décrit les modalités de concertation et d'organisation du bilan pré-greffe du patient et de sa révision périodique. Elle précise l'organisation du partage d'information et sa traçabilité.

La réévaluation précitée comprend la vérification de l'éligibilité du patient à la greffe et des informations relatives au patient inscrit sur la liste nationale d'attente.

✓ ***La dialyse à domicile (art. R. 6123-66) :***

Le titulaire d'une autorisation selon la modalité « dialyse à domicile » prend en charge des patients formés à l'hémodialyse à domicile (HDD) ou à la dialyse péritonéale et en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à leur traitement, *avec ou sans l'aide d'une tierce personne.*

La nécessité du recours à une tierce personne donne lieu à une prescription médicale.

La formation du patient et de la tierce personne aidant le patient pour l'autodialyse ou la dialyse à domicile est placée sous la responsabilité d'un médecin néphrologue, qualifié ou compétent en néphrologie ; elle est dispensée par des infirmiers ou des infirmières formés à la dialyse.

Le centre d'hémodialyse dispose à cette fin d'un local spécifique.

Les titulaires d'une autorisation antérieure à la publication de ces textes ont un délai d'un an (4 avril 2027) pour se mettre en conformité. A défaut de mise en conformité à l'expiration de ce délai, le DG de l'ARS engage la procédure prévue à l'article L. 6122-13 du CSP.

III. Panorama de l'hémodialyse en BFC :

Les éléments propres à notre région sont inscrits dans le SRS (livret 7 pages 239 à 252)

✓ **La politique régionale :**

Le SRS fixe 4 objectifs généraux déclinés en objectifs opérationnels :

- promouvoir des actions de prévention de la maladie rénale chronique (MRC) et améliorer l'accès des patients à l'information et aux programmes d'éducation thérapeutique
- développer la greffe comme traitement de suppléance prioritaire et le suivi post-greffe
- améliorer l'accès à la dialyse et favoriser l'autonomie du patient au bénéfice de sa qualité de vie
- renforcer la démographie et la formation des professionnels de santé

✓ **La greffe :**

La greffe permet une espérance de vie allongée (+20 ans contre 10 ans avec la dialyse).

Les derniers chiffres cités par le SRS sont ceux de 2019

| | Dijon | Besançon | France |
|--------------------|-------|----------|--------|
| nombre | 49 | 43 | 3537 |
| % donneurs vivants | 10,2 | 14 | 14,4 |

✓ **Les objectifs quantifiés de l'offre de soins**

Le SRS fixe les OQOS suivants sur l'ensemble des 8 zones de planification:

- Hémodialyse en centre : 12 dont 2 en 21, 2 en centre FC, et 2 en 89
- Hémodialyse en UMD : 27 dont 6 en 21, 4 en centre FC,
- Unités d'auto dialyse simple ou assistée : 19
- Dialyse à domicile par hémodialyse ou par DP : 14

Restent actuellement disponibles : 1 implantation d'UDM et 1 implantation de dialyse à domicile dans la Nièvre

IV. Zoom sur Santelys BFC

Santelys est un acteur important de la dialyse en BFC.

✓ **Un peu d'histoire :**

La dialyse hors centres lourds a longtemps été gérées par la « Fondation Transplantation » via 2 associations « filles » : « Aider » pour la Bourgogne et « Osmose » pour la Franche Comté.

A la suite de 2 rapports de l'IGAS, la fondation a été amenée, en 2015, à se séparer de son activité de dialyse et à se recentrer sur le financement de la recherche.

Parmi les 4 candidats à la reprise, c'est le groupe associatif Santelys (siège à Lille) qui a été retenu.

Pour les besoins de la cause a été créée l'association Santelys BFC dont le siège est à St Apollinaire (Dijon).

En 2019, Santelys BFC a créé un pôle santé à domicile pour une activité de pompes à insuline, et en 2023 une « maison sport santé » à Montbéliard.

✓ **Les sites de Santelys :**

Santelys dispose de :

- 1 centre lourd de dialyse : installé dans les locaux de la clinique Drevon à Dijon,
- 18 UDM et auto dialyse ainsi répartis :
 - Côte d'Or : Dijon -St Apollinaire, Semur en Auxois, Chatillon sur Seine,
 - Doubs : Besançon, Pontarlier et Montbéliard,
 - Jura : Dole et Lons le Saunier,
 - Haute Saône : Vesoul et Gray,
 - Saône et Loire : Chalon sur Saône, Macon, Montceau les Mines,
 - Yonne : Sens, Auxerre,
 - Territoire de Belfort : Belfort
 - Ain : Bourg en Bresse , Ambérieu en Bugey

A noter que Santélyls n'est pas présente dans la Nièvre, puisqu'historiquement les activités de dialyse dans ce département sont assurées par l'AURA Santé.

Cette association est implantée sur les départements de l'Allier(Moulins, Montluçon, Vichy), la Loire (Clermont Ferrand , Le Mont Dore, Ambert , Issoire, Thiers), le Cantal (St Flour), la Haute Loire (Le Puy en Velay, Brioude, Yssingaux).

Dans la Nièvre elle est implantée à Nevers (UDM, auto dialyse assistée, et dialyse péritonéale), Cosne sur Loire (UDM et auto dialyse assistée) et Decize (auto dialyse assistée).

✓ *Le fonctionnement :*

Santélyls entretient une étroite collaboration avec les centres hospitaliers de proximité de ses unités disposant de centres lourds : 15 conventions de coopération pour le partage de ressources médicales, ainsi que des informations médicales, ce qui permet aux patients de bénéficier d'un suivi médical par la même équipe tout au long de leur parcours.

L'association dispose de 170 infirmières (150 ETP) salariées et encore de quelques infirmières mises à disposition par des hôpitaux essentiellement pour l'entraînement à la dialyse péritonéale.

Elle propose une prise en charge complète de ses patients, sur les plans de l'éducation thérapeutique, de la nutrition, de l'activité physique adaptée, et les plans psychologique et social.

Santélyls organise dans ses unités des séjours de vacances pour des patients venant d'autres régions.

Elle organise , en lien avec France Rein des opérations de prévention et de dépistage.

En mars Santelyls a reçu les experts visiteurs de la HAS pour sa visite de certification, avec le concours actif des représentants des usagers.

✓ *L'activité :*

AU 31 décembre 2025 , Santélyls BFC pouvait afficher :

- 131 783 séances de dialyse,
- 897 patients : 43 en centre lourd, 634 en UDM, 61 en unités d'auto dialyse , 148 à domicile (DP et HDD), 11 en entraînement,
- 1 603 patients pris en soins durant l'année 2025

✓ *Les projets :*

Depuis sa création Santelyls a accru et amélioré son offre de soins

- 2016 : Extension et rénovation de l'unité de Dole
- 2017 : transfert de l'unité de Pontarlier
- 2018 : transfert des unités de Montbéliard et Macon,
- 2021 : création de l'unité d'Ambérieu en Bugey
- 2023 : création de l'unité de Lons le Saunier,
- 2024 : transfert de l'unité de Sens, création des unités de Gray et Semur en Auxois

Elle a encore des projets :

- 2026 : transfert de l'unité de Montceau les Mines
- 2027 transfert de l'unité de Chatillon et transfert de l'unité de Dijon et de son siège social sur un nouveau site édifié en partenariat avec le CHU de Dijon,
- 2028 : transfert des unités de Bourg en Bresse, Chalon sur Saône et Besançon

3. ESMS : le droit de recevoir des visites

Durant la crise covid, le droit des résidents dans les établissements sociaux et médicosociaux (ESMS) à recevoir des visites et au respect de leur vie privée a été bafoué dans de nombreux établissements, souvent, et à leur décharge, sur injonctions des autorités administratives nationales voire locales.

Une mission sur le sujet a été confiée à Mr Laurent Frémont enseignant à Sciences Po Paris et fondateur du « collectif Tenir ta main ». Son rapport intitulé « lieux entravés, adieux interdits », illustré en couverture avec un beau dessin de cercueil, a été remis le 14 novembre 2023, à Aurore Bergé, ministre des solidarités et des familles et Agnès Firmin-Le Bodo, ministre déléguée chargée de l'organisation territoriale et des professions de Santé.

Il a mis en évidence les conséquences délétères des restrictions aux visites des familles ou des proches dans les EHPAD, les autres ESMS ou les établissements de santé :

file:///C:/Users/33770/Downloads/Rapport-Droit-de-visite-en-EHPAD-novembre-2023_0.pdf

L'article 11 de la loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » consacre le droit de recevoir des visites dans les établissements pour personnes âgées ou personnes handicapées.

Ceux-ci doivent garantir « *le droit des personnes qu'ils accueillent de recevoir chaque jour tout visiteur de leur choix. Sauf si le résident en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à l'information préalable de l'établissement* ».

Ce droit est repris par l'article R 311-5-2 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, une instruction du 1^{er} avril (7 pages) « relative au droit de recevoir des visites en ESMS du champ de l'autonomie adressée aux DG des ARS leur rappelle les bases juridiques de ce droit et les invite à mettre en œuvre les mesures pouvant le garantir.

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHA2607476J.pdf>

L'application du droit de recevoir des visites

La loi a consacré le droit de visite comme une composante du respect de la vie privée des personnes accueillies dans les ESMS.

✓ *Les modalités d'exercice du droit de visite :*

Les visites sont possibles en dehors des horaires d'ouverture administrative de l'établissement par exemple le week-end ou durant les temps de repas ou de soins.

Les directions ne sont plus autorisées à fixer des horaires de visites, notamment au sein des règlements de fonctionnement ou des contrats de séjours. Elles doivent s'organiser pour permettre la venue des visiteurs hors des horaires d'ouverture des établissements.

Le droit de recevoir des visites doit en premier lieu respecter la volonté des résidents. Ils ont ainsi le droit de refuser des visites, même de la part de membres de leur famille, et cela sans avoir à fournir de justification.

Si le résident en exprime le souhait, aucune visite ne peut être subordonnée à l'information préalable de l'établissement.

✓ *L'information du résident :*

Les modalités de ce droit doivent être précisées dans le cadre du règlement de fonctionnement de l'établissement.

Le directeur doit en outre informer le résident de ce droit et s'assurer de sa compréhension dans le cadre de l'entretien organisé lors de la conclusion du contrat de séjour, en application de l'article L. 311-4 du CASF.

✓ *Les restrictions au droit de visite :*

Comme tout principe ce droit peut connaître des exceptions ou des restrictions liées à la vie en communauté.

Le directeur de l'établissement ne peut s'opposer à ce droit que lorsque la visite constitue :

- une menace pour l'ordre public à l'intérieur ou aux abords de l'établissement (état d'ébriété, comportements agressifs, conflit graves avec la famille),
- une menace pour la santé du résident, pour celle des autres résidents ou pour celle des personnes qui y travaillent, appréciée par le médecin coordonnateur ou par tout autre professionnel de santé consulté par le directeur de l'établissement.

Ces restrictions doivent rester exceptionnelles et, lorsqu'elles sont mises en œuvre, les directeurs d'établissement doivent veiller à ce qu'elles soient proportionnées et limitées dans le temps.

Elles doivent en outre être notifiées sans délai, par décision motivée, au résident et à la personne ayant sollicité la visite

Les voies de recours en cas de non-respect du droit de visite :

En cas de non-respect du droit de visite, la personne concernée (accueillie ou proche) est en droit de déposer un recours ou une réclamation, selon les modalités suivantes :

✓ *Sur le plan administratif :*

Le recours ou la réclamation se fait auprès des autorités de tarification et de contrôle (ARS ou conseil départemental) ou de la Défenseure des droits.

Si la personne concernée souhaite déposer une simple réclamation, elle peut toujours le faire sur la plateforme régionale « formulaire de réclamation ARS »

<https://demat.social.gouv.fr/commencer/formulaire-de-reclamation-ars>

en attendant le futur formulaire unique de réclamation, dont le lancement est prévu au second trimestre 2026.

✓ *Sur le plan judiciaire :*

la juridiction à saisir dépend du statut de l'établissement.

- Le tribunal administratif est compétent pour les établissements et services relevant de personnes morales de droit public,
- le tribunal judiciaire l'est pour les établissements et services relevant de gestionnaires privés lucratifs ou non lucratifs.

Le plan d'action des ARS :

L'instruction invite les ARS à :

- ✓ diffuser aux ESMS les modalités d'application de la loi telles que rappelées par l'instruction et les encourager à les communiquer par les moyens qu'ils jugent appropriés : affichage interne, information au conseil de la vie sociale (CVS)...
- ✓ faire preuve d'une vigilance renforcée : une enquête relative à la mise en œuvre de ce droit est prévue au premier semestre 2026 et fera l'objet d'une présentation en Conseil national de pilotage (CNP).
- ✓ s'entretenir, le cas échéant, avec les directions des établissements,

- ✓ inscrire ce thème au programme de leurs inspections-contrôles pour l'année 2026,
- ✓ informer les déclarants des suites données à leurs signalements, et réaliser un bilan annuel de ces réclamations.

La commission spécialisée CSMS de la CRSA pourrait contribuer à l'élaboration de ce plan d'action et à l'évaluation de son impact.

4. Composition des CA des ESMS publics :

Le décret n° 2026-117 du 20 février 2026 (JO du 21- 10 pages) « portant mesures de simplification de l'action publique locale et des normes applicables aux collectivités territoriales et à leurs groupements » ; S'agissant d'un décret « fourre-tout » il n'avait pas spécialement retenu notre attention au moment de sa publication.

Pourtant il apporte de légères modifications aux règles de composition des conseils d'administration des ESMS publics intégrées dans le code de l'action sociale et des familles (CASF) visant à faciliter l'atteinte du quorum.

Il prévoit que :

Pour chaque membre titulaire [hors les personnes qualifiées], à l'exception du maire, du président du conseil départemental, du président de l'organe délibérant de l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou du représentant élu [pour assurer la présidence du]un membre suppléant est nommé dans les mêmes conditions.

« Le président du CA prononce la démission d'office des [personnes qualifiées] qui, sans motif valable, n'ont pas assisté à trois séances consécutives du conseil. »

A noter que la possibilité de donner mandat ne figure pas dans ces dispositions.

On peut souhaiter que des dispositions identiques ne soient pas adoptées pour les établissements de santé publics.

5. Veille législative et réglementaire :

Textes législatifs :

En avril aucune loi en lien avec la santé et le social, n'a été publiée.

Textes réglementaires :

1- Cancers : parcours de prévention- expérimentation article 51

L'expérimentation « Interception : parcours de prévention des cancers chez les personnes à haut risque » est autorisée pour une durée de 4 ans à compter de l'inclusion du 1^{er} malade (arrêté du 30 mars JO du 31).

Le dispositif vise à identifier au plus tôt les personnes à risque élevé de cancer afin de leur proposer une prévention personnalisée y compris de dépistage et de mieux les prendre en charge, dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital, ce de façon complémentaire à l'offre de prévention primaire et secondaire existante en population générale.

Le porteur du projet est Unicancer (fédération des centres de lutte contre le cancer) qui assure le pilotage national de l'expérimentation.

Voir le cahier des charges (130 pages)

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

2- MDPH : nouveau Cerfa

La complexité des dossiers à fournir aux MDPH est bien connue tant par les médecins, que par les personnes en situation de handicap et leurs aidants.

Aussi, une expérimentation visant à évaluer la qualité d'un nouveau formulaire simplifiant la demande de droits et d'un nouveau formulaire de demande de renouvellement des droits à l'identique, vient-elle d'être lancée (arrêté du 20 mars (JO du 1/04). Elle ne concerne que 5 départements (hors BFC).

Elle propose aux volontaires d'utiliser un nouvel imprimé Cerfa 156-92*02 provisoire : il fait quand même 18 pages !

3- ARS : financement d'emplois par le FMIS

« Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) prend en charge les dépenses engagées par chaque ARS au titre de leurs emplois (hors plafond d'emploi) dont les missions concourent au déploiement de la politique nationale du numérique en santé dans les territoires, en particulier les priorités du Ségur numérique, la promotion de Mon espace santé et de la cybersécurité, dans la limite des dotations [régionales] d'un montant de total de 4 738 600 € ».

Un moyen de dépasser le cadre d'emploi (il y en a d'autres)

La part de la BFC sera de 269 100€.

4- Télésurveillance : forfaits techniques

Un arrêté du 31 mars (JO du 1/04) reconduit le montant des forfaits techniques assurant la rémunération de l'exploitant ou du distributeur au détail mettant à disposition le dispositif médical numérique (DMN) de télésurveillance permettant de réaliser l'activité de télésurveillance médicale.

Exemples :

- ✓ insuffisance cardiaque chronique forfait mensuel: 38,95€
- ✓ défibrillateur ou stimulateur cardiaque forfait semestriel : 304,63 €.

5- Infirmier(e)s : l'éducation nationale recrute

Le ministère de l'éducation nationale a ouvert un concours pour le recrutement de 442 infirmier(e)s en 2026 (JO du 2/94) dont :

- ✓ Académie de Besançon : 15
- ✓ Académie de Dijon : 7

6- LGBT : égalité des droits

Au JO du 2 avril est publié l'avis de la « commission nationale consultative des droits de l'homme » portant « évaluation du plan national pour l'égalité des droits, contre la haine et les discriminations anti-LGBT+ »

7- IRC : traitement par épuration extra rénale

Deux décrets du 1^{er} avril (JO du 3) viennent modifier ,pour l'un les conditions d'implantation, pour l'autre les conditions de fonctionnement de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique (IRC) par épuration extrarénale. (cf supra §2)

8- L'armée forme :

L'armée continue de former des professionnels dans ses écoles de santé .

Le nombre de places offertes en 2026 pour une admission en qualité d'élève médecin des écoles du service de santé est fixé à 135.

Celui des élèves pharmaciens est de 5. (JO du 5 avril).

Un arrêté du 2 avril fixe les conditions d'accès à la formation préparant au diplôme d'état d'infirmier anesthésiste.

9- DE de kiné :

Un arrêté du 7 avril (JO du 9) prévoit que les titulaires de certains diplômes obtenus en dehors d'un Etat membre de l'UE ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse peuvent être admis en institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) et bénéficier d'une dispense partielle de scolarité pour l'obtention du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, sous réserve de la réussite à des épreuves de sélection.

10- Services à la personne : exonération de cotisations patronales

L'article L241-10 du code de la sécurité sociale prévoit que « la rémunération d'une aide à domicile est exonérée des cotisations patronales de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par des personnes ayant atteint un âge déterminé »

Un décret du 8 avril (JO du 10) porte l'âge requis de 70 à 80 ans.

« Pour les couples, la condition est satisfaite dès lors que l'un de ses membres a atteint cet âge ».

Cette mesure s'applique rétroactivement au 1^{er} janvier 2026.

11- Anciennes MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation)

Nous avons préféré ce terme à :

- ✓ « actes, actions, dispositifs, interventions, mesures, prises en charge, programmes, produits, surcoûts et structures financés au titre des activités susceptibles de donner lieu à l'allocation des dotations mentionnées à l'article L 162-22-4 du code de la sécurité sociale (OSP MCO) ;
- ✓ « actes, actions, dispositifs, interventions, mesures, prises en charge, programmes, produits, surcoûts et structures financés au titre des missions spécifiques et des actions mentionnées au 10 de l'article L 162-22-5 du code de la sécurité sociale (MS MCO)

dont un arrêté du 8 avril (JO du 10) vient de mettre les listes (très longues) à jour.

En clair il s'agit de tout ce qui n'est pas financé par la T2A.

12- SMUR : résumé patient d'intervention

« Les établissements de santé publics et privés, exerçant une activité de soins de médecine d'urgence, produisent et traitent des données d'activité médicale en vue de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité des SMUR, dans un objectif de pilotage et d'organisation de l'offre de soins, ainsi que de veille et de sécurité sanitaires ».

Les informations produites concernent les interventions des SMUR déclenchées et coordonnées par le SAMU ».

« Il est établi, pour chaque intervention, un résumé patient d'intervention comportant les données et informations fixées par un arrêté du 9 avril (JO du 10).

Elles portent sur 35 items concernant :

- ✓ la régulation de l'intervention par le SAMU
- ✓ le lieu d'intervention,
- ✓ le patient ,
- ✓ l'intervention du SMUR,
- ✓ la décision et l'engagement du vecteur de transport
- ✓ l'orientation du patient,
- ✓ les statuts horaires de la structure mobile d'urgence et de réanimation
- ✓ le cas échéant, les informations relatives à un événement constituant une situation sanitaire exceptionnelle

« Les données et informations du résumé patient d'intervention SMUR sont collectées et transmises [...] sous un format électronique, chaque jour avant 4 heures du matin, heure locale à l'ARS ».

« Chaque ARS constitue des fichiers « pseudonymisés » comportant l'ensemble des données et informations reçues »

« Les personnes dont les données sont traitées reçoivent les informations. Elles peuvent exercer leurs droits d'accès aux données, de rectification des données et à la limitation du traitement ». Ces dispositions entreront en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2027.

13- MCU et PUPH : postes à pourvoir en BFC

Le JO du 12 avril publie les listes de postes de maîtres de conférence et de professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PUPH).

Pour les postes de PUPH dans notre région, sont proposés les postes de :

- ✓ CHU de Dijon : chirurgie maxillo-faciale, plastique et chirurgie de la main, radiologie et imagerie médicale diagnostique et thérapeutique, microbiologie agents transmissibles, anesthésie réanimation chirurgicale, odontologie.
- ✓ CHU de Besançon : anesthésie-réanimation chirurgicale, SAU - SMUR - SAMU/Centre 15 (médecine d'urgence), psychiatrie de l'adulte, rhumatologie, dermatologie - maladies sexuellement transmissibles - allergologie - explorations cutanée, chirurgie pédiatrique, hygiène Hospitalière.

14- Médicaments : pouvoir de substitution du pharmacien

Un arrêté du 10 avril (JO du 14) complète la liste des groupes biologiques similaires substituables par le pharmacien d'officine ainsi que les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient.

Les conditions de substitution et d'information du prescripteur et du patient à l'occasion de la substitution sont les suivantes :

- ✓ Le prescripteur informe le patient de la possibilité de substitution par le pharmacien du médicament biologique prescrit,
- ✓ le pharmacien informe le patient lors de la dispensation de la substitution effective et des informations utiles associées, dont le rappel des règles de conservation de la spécialité dispensée,
- ✓ il mentionne sur l'ordonnance le nom du médicament effectivement dispensé,
- ✓ il informe le prescripteur quant au médicament dispensé,
- ✓ il procède à l'enregistrement du nom du médicament délivré par substitution et son numéro de lot par tous moyens adaptés afin de mettre en œuvre la traçabilité requise pour tous les médicaments biologiques,
- ✓ il assure la continuité de la dispensation du même médicament lors des dispensations suivantes.

15- Numérique en santé : nouveau délégué ministériel

« Il est mis fin, à sa demande, à compter du 15 avril 2026, aux fonctions de déléguée au numérique en santé exercées par Mme Héra Ghariani, appelée à d'autres fonctions. M. David Sainati chef de service, adjoint à la déléguée au numérique en santé, est nommé délégué au numérique en santé par intérim, à la même date » (JO du 16 avril).

16- Hébergement temporaire non médicalisé (HTNM)

Pour mémoire l'HTNM permet aux patients pris en charge en ambulatoire d'être hébergés par une structure extra hospitalière répondant à un cahier des charges et liée à un établissement hospitalier par convention, en amont et/ou en aval des soins.

Les nuitées sont facturées à l'établissement de soins qui se fait rembourser par l'assurance maladie.

La même possibilité est offerte aux femmes enceintes éloignées d'une maternité pour un séjour pré-partum, ainsi qu'aux femmes présentant une grossesse pathologique nécessitant un suivi par une maternité de niveau 3.

Dans notre région, les « Maisons des Familles » (structures associatives) de Besançon et Dijon offrent ce service.

Au terme d'une expérimentation débutée en 2015, l'HTNM a été généralisé par un décret du 25 août 2021 modifiant le code de la santé publique.

Un décret du 14 avril (JO du 16) pérennise l'HTNM en modifiant le code de la sécurité sociale.

Il aura donc fallu plus de 10 ans pour que ce système, pourtant évident, devienne mature !

17- Traitement du cancer : expérimentation APA

Un décret du 14 avril (JO du 16) précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation d'une prise en charge des séances d'activité physique adaptée (APA) pour les patients recevant ou ayant reçu un traitement pour un cancer dans le cadre d'un parcours de soins.

Cette expérimentation sera déployée pendant 2 ans dans 3 régions (hors BFC). Elle fera l'objet d'une convention avec les ARS concernées ;

Il faut encore la parution d'un arrêté fixant les conditions de mise en œuvre.

18- ALD -suppression d'exonération

Un décret du 16 avril (JO du 17) supprime l'exonération de la participation des assurés en ALD aux frais relatifs aux médicaments à service médical rendu faible.

Il circonscrit également le bénéfice de l'exonération de participation aux titulaires de rentes « accident du travail » ou « maladie professionnelle », à l'exclusion de leurs ayants droits.

19- Protections périodiques : prise en charge par l'assurance maladie

La loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 l'avait prévu, le décret du 17 avril 2026 (JO du 18 -4 pages) l'a fait : il fixe conditions de prise en charge par l'assurance maladie des protections périodiques réutilisables « pour les personnes assurées ayant leurs menstruations, âgées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la protection complémentaire en santé ».

Il aura fallu plus de 27 mois pour modifier le code de la sécurité sociale (5 nouveaux articles).

20- Psychiatrie : soins d'orthophonie

L'article R 162-31-8 du code de la sécurité sociale prévoit que Les soins délivrés sous forme ambulatoire, relevant des missions des établissements de santé [mentale] prescrits par un médecin de l'établissement mais délivrés à titre individuel par un auxiliaire médical exerçant à titre libéral, ne sont pas financés par les dotations [de financement de l'établissement : dotation populationnelle..] lorsqu'ils ne peuvent, en raison de leur intensité ou de leur fréquence, être assurés de façon complète par l'établissement.

Un arrêté du 16 avril (JO du 21) place les soins d'orthophonie dans cette catégorie. « Dans ce cas, la prise en charge de ces soins est subordonnée à l'accord du service du contrôle médical ».

Il n'y a donc pas de double financement.

21- ESMS : performance

L'article R 314-28 du code de l'action sociale et des familles prévoit qu' « afin de permettre, notamment, des comparaisons de coûts entre les établissements ou services qui fournissent des prestations comparables, leur fonctionnement peut être décrit par un ou plusieurs indicateurs construits à partir de différentes mesures de leur activité ou de leurs moyens » .

« La liste des indicateurs applicables à chaque catégorie d'établissements ou de services résultant, [...] est appelée tableau de bord de cette catégorie ».

Un arrêté du 16 avril (JO du 22) actualise le modèle de tableau de bord défini par l'arrêté du 10 avril 2019 qui en généralise l'usage.

22- Paiement en équipe de professionnels de santé en ville : expérimentation PEPS 2

Les médecins généralistes sont aujourd'hui rémunérés à l'acte : ils reçoivent une rémunération associée à la nature de l'intervention réalisée auprès d'un patient.

Le projet PEPS rémunère une équipe de professionnels de santé par un nouveau mode de financement fondé sur le versement d'un forfait, qui correspond à une rémunération ajustée au risque, définie selon la typologie des patients.

Ce mode de rémunération (paiement à la capitation) consiste à verser au médecin un forfait censé couvrir la prise en charge annuelle de chacun de ses patients.

La 1^o expérimentation PEPS 1 (2019-2024), a montré que ce financement permet d'améliorer l'accès aux soins sur le territoire ainsi que la qualité de prise en charge des patients grâce à une réorganisation des pratiques médicales via notamment le renforcement de la coordination et de la délégation de tâche au sein de l'équipe pluriprofessionnelle.

Le ministère de la santé et la CNAM ont lancé en mars 2024, un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour initier une 2^o phase d'expérimentation (PEPS 2).

Le modèle PEPS 2 est testé par 22 structures (12 CDS et 10 MSP) répartis dans 8 régions dont la BFC pour les MSP, durant 2 ans et qui couvrent une patientèle médecins traitants de 107 453 patients.

L'arrêté du 17 avril (JO du 24) a prorogé cette expérimentation de 3 mois

Voir le cahier des charges PEPS 2 MSP :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/peps_2_msp_cahier_des_charges_1.pdf

23- Rémunération des astreintes des personnels hospitalo - universitaires

A compter du 1^o mai le montant de l'indemnité forfaitaire pouvant être versée aux personnels hospitalo-universitaires participant à la continuité des soins peut être majoré sans qu'il puisse être supérieur à 500 € pour une nuit ou deux demi-journées d'astreinte.

« La majoration est déterminée en fonction de l'intensité moyenne de l'activité durant l'astreinte, selon des modalités fixées par le directeur de l'établissement après avis de la commission de l'organisation de la permanence » (arrêté du 17 avril – JO du 24)

24- Internat en odontologie :

Le nombre de postes offerts au concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2026-2027 est fixé à 39 dont 2 pour Dijon et 2 pour Besançon

25- Forfait HTNM : baisse

Le forfait de la nuitée en hébergement temporaire (HTNM) était fixé à 80€ (pour le patient et son accompagnant éventuel) par l'arrêté du 25 aout 2021. Un arrêté du 22 avril 2026 (JO du 25) la fixe) 73 € en règle générale (il n'y a pas de petites économies) et à 90€ pour les » grandes villes -200 000 habitants) et les communes de la Métropole du Grand Paris ».

26- Transports sanitaires

Un arrêté du 20 avril (JO du 25 – 11) modifie « les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres ».

Il semble que les normes européennes soient à l'origine de ces modifications.

La lecture de ces 11 pages va certainement remplir d'aise les entrepreneurs de transport sanitaire dont on connaît la « mauvaise humeur » actuelle.

27- Parcours coordonné renforcé (PCR) « enfance protégée » :

L'article L 4012-1 du CSP prévoit que « lorsque la prise en charge d'une personne nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, elle peut être organisée sous la forme d'un parcours coordonné renforcé » dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Après le « le parcours de l'obésité complexe chez l'adulte » (arrêté du 26 février 2026, un « parcours enfance protégée » est ajouté à la liste (arrêté du 28 avril -JO du 25). Son cahier des charges (14 pages) est annexé à cet arrêté.

Un appel à candidatures devrait être lancé par les ARS pour désigner les structures porteuses de ce parcours.

Le forfait du parcours coordonné renforcé peut atteindre jusqu'à 2 206 € par an par enfant, et 2 316 € pour les enfants de 0 à 3 ans.

28- Arrêts de travail : transmission d'informations

Un décret du 28 avril (JO du 29 – 3 pages) définit les modalités de transmission des informations par les services de prévention et de santé au travail au service de contrôle médical de l'assurance maladie.

« Les arrêts de travail sont adressés par le service du contrôle médical au service de prévention et de santé au travail dont relève l'assuré, lorsque leur durée continue est égale ou supérieure à 6 mois, sauf si l'assuré est atteint d'une pathologie mettant en jeu son pronostic vital ou fonctionnel à court ou moyen terme ou fait l'objet de soins actifs et continus ».

Vice versa , un 2° décret du même jour définit les modalités de transmission des informations par les services de prévention et de santé au travail au service de contrôle médical de l'assurance maladie

29- Lutte contre la maltraitance : vérification des antécédents judiciaires

Le décret du 28 avril (JO du 29) précise les modalités du contrôle des antécédents judiciaires pour les personnes exploitant, dirigeant, intervenant ou exerçant une activité au sein des établissements, services ou lieux de vie et d'accueil, les accueillants familiaux, dans les champs du handicap et des personnes âgées ainsi que les professionnels de la protection juridique des majeurs.

Il prévoit que ces personnes peuvent solliciter une attestation d'honorabilité qui sera délivrée après vérification du bulletin n° 2 du casier judiciaire et du fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes.

La possession et l'authenticité de l'attestation d'honorabilité sont vérifiées avant le début de l'exercice de l'activité, puis à intervalles réguliers lors de cet exercice. Elle devient caduque si la personne fait l'objet d'une condamnation définitive donnant lieu à une inscription au bulletin n°2 de son casier judiciaire ou au fichier judiciaire national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes.

Deux arrêtés du même jour portent création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « SI Honorabilité » et définissent le calendrier de son déploiement.

30- Expérimentation « médecin traitant renforcé 2 »

L'expérimentation « médecin traitant renforcé 2 » est autorisée à compter du 1° mai (JO du 29/04).

L'expérimentation propose des modalités de prise en charge fondées sur un contrat tripartite entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires (au sens de l'article 64 de la loi de santé 2016, les signataires d'un projet de santé commun, et le patient.

Elle est portée par le GIE IPSO en région parisienne.

31- Expérimentation « HANDINNOV 2 »

L'expérimentation « HANDINNOV 2 » est autorisée à compter du 1^{er} mai 2026 pour une durée de 5 ans (JO du 30 avril).

L'objet de cette expérimentation est d'améliorer l'accès aux soins somatiques et à la prévention des personnes en situation de handicap par des équipes mobiles intervenant en ville ou à l'hôpital et unité hospitalière dédiée.

L'expérimentation est portée par la FEHAP et l'APF. Nous n'avons pas pu retrouver son cahier des charges.

6. Veille parlementaire :

Assemblée nationale :

- proposition de loi visant à reconnaître un droit à l'accès aux toilettes,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à accélérer la prévention cardio-neuro-vasculaire et à anticiper un risque sanitaire et social majeur,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition visant à garantir le bénéfice des prestations familiales aux enfants placés,
- proposition de résolution invitant le Gouvernement à faire de la scolarisation des enfants en situation de handicap la grande cause nationale 2027,
- proposition de loi renforçant le cadre pénal pour la répression de la cyberpédocriminalité et la protection des mineurs,
- proposition de loi relative aux droits des personnes handicapées et de leur chien guide ou d'assistance,
- proposition de loi visant à permettre au juge d'ordonner au préfet la réquisition de locaux vacants pour mettre en œuvre le droit au logement,
- proposition de loi visant à renforcer le droit de contrôle des lieux de privation de liberté,
- proposition de loi pour un paquet neutre pour les produits avec nicotine,
- proposition de loi visant à réduire les risques sanitaires liés aux contaminations au cadmium dans l'alimentation,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les choix opérés en matière de prévention de la pollution au cadmium et des conséquences sanitaires de son imprégnation dans la population française.
- proposition de loi visant à protéger durablement les jeunes majeurs de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur les causes et les conséquences de l'augmentation de la pauvreté, notamment pour les travailleurs seniors et les personnes âgées, et les manquements des politiques publiques pour y faire face,
- proposition de loi visant à rendre obligatoire l'assistance d'un avocat pour les mineurs dans les procédures pénales lorsque l'enfant est victime et dans les procédures civiles lorsque son intérêt est en jeu,
- proposition de loi visant à renforcer la protection des mineurs en formation professionnelle,
- proposition de loi visant à protéger les enfants et à lutter contre les violences en milieu scolaire,
- proposition de loi visant à interdire les mécanismes numériques favorisant l'addiction des mineurs et à instaurer un mode non addictif par défaut pour les moins de quinze ans,
- proposition de loi pour un paquet neutre pour tous les produits du tabac et du vapotage,
- proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur l'accumulation et la fuite de données personnelles en France, leurs conséquences sur les libertés publiques et les responsabilités des politiques publiques en matière de gestion et de sécurisation des données,

Sénat :

- proposition de résolution visant à soutenir la reconstruction psychique et sociale des militaires souffrant de stress post-traumatique en facilitant le recours à la médiation canine,
- proposition de loi visant à atténuer la surréglementation relative à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques pénalisante au regard de la concurrence européenne (déposée par Laurent Duplomb),
- proposition de loi portant réforme des critères d'attribution de l'éducation prioritaire pour l'équité des résultats et l'égalité territoriale,
- proposition de loi visant à garantir la gratuité des parkings des hôpitaux publics pour les patients, les proches aidants, les visiteurs et les personnels sur leur temps de travail,
- proposition de résolution invitant le Gouvernement à ériger le don de plasma en grande cause nationale pour 2027,
- proposition de loi visant à exclure de la notion de soin, la provocation active de la mort,
- proposition de loi visant à accélérer le développement de la médecine nucléaire thérapeutique en oncologie,
- proposition de loi visant à sécuriser le suivi des enfants placés hors de leur département d'origine dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance,
- proposition de loi visant à renforcer la protection des utilisateurs des réseaux sociaux,
- proposition de loi visant à encadrer l'installation de distributeurs automatiques à vocation nutritionnelle dans les lycées,

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- Régulation de l'accès aux urgences

L'hôpital privé Dijon Bourgogne a été autorisé à réguler l'accès aux urgences du 23 mars au 22 juin , tous les jours, 24h/24.

Il ne semble pas que le CCAR urgences ait donné son avis.

2- GH70 : chirurgie pédiatrique

Le GH 70 a été autorisé à exercer l'activité de soins «chirurgie modalité pédiatrique » (hospitalisation complète et ambulatoire) sur son site de Vesoul.

3- Appels à projets médico-sociaux : ARS – département de Saône et Loire

Deux appels à projets médico sociaux conjoints ARS et département 71 sont prévu en 2026 :

- ✓ Création d'un SAMSAH de 5 places
- ✓ Création d'un établissement à caractère expérimental de 10 places pour enfants et adolescents présentant un handicap reconnu et relevant de l'ASE.

4- EHPAD de Montceau les mines : transfert d'autorisation

L'autorisation délivrée à l'association AMPA (association mosellane d'aide aux personnes âgées) pour le fonctionnement de l'EHPAD les Iris sis à Montceau les Mines (41 places) a été transférée à l'association Ohsmose dont le siège est à Vendœuvres les Nancy, à compter du 7 avril.

L'AMPA avait été placée en redressement judiciaire en juillet 2024.

L'association Oshmose, dont l'association OHS (office d'hygiène sociale de Lorraine) est membre fondateur a été déclarée en préfecture le 3 décembre 2025.

OHS est un groupe associatif qui gère de très nombreux établissements et services médico-sociaux dans l'est de la France.

5- Zonage des orthophonistes :

Les incitations financières dont peuvent bénéficier les orthophonistes peuvent l'objet d'un contrat d'aide à l'installation des orthophonistes (CAIOP), d'un contrat d'aide à la première installation des orthophonistes (CAPIOP) et d'un contrat d'aide au maintien des orthophonistes (CAMOP) en zone « sous dense » sur la base de contrats type régionaux arrêtés par l'ARS.

A la demande de l'URPS des orthophonistes, l'ARS a fixé la liste des zones « particulièrement déficitaires concernant la profession d'orthophoniste parmi les zones « sous denses ».

Il semble que cette décision intervienne en application de la convention nationale qui prévoit à son article 3.2.2 A que l'ARS peut décider, via les contrats-types, de moduler le montant des aides versées par l'Assurance Maladie, lorsque l'activité des orthophonistes est située dans l'une des zones identifiées par l'ARS comme particulièrement déficitaire parmi les zones « sous denses ».

6- Un nouveau CRT dans le Jura :

Le service autonomie aide et soins (SAAS) « le Parvis » géré par la Fédération départementale ADMR du Jura a été autorisé à assurer la mission de centre de ressources territorial (CRT),

En même temps l'autorisation délivrée à la Fédération ADMR du Jura pour le fonctionnement du SAAS « le Parvis » est modifiée au titre des soins infirmiers à domicile :

- ✓ extension de 13 places pour personnes âgées portant la capacité globale à 392 places,
- ✓ extension de 39 places (26 places pour personnes âgées et 13 places pour personnes handicapées), portant la capacité globale à 431 places.

7- Gynécologie-obstétrique : renouvellement d'autorisation :

L'autorisation de pratiquer les activités de gynécologie obstétrique du CH de Beaune et du GH 70 (plus autorisation de néonatalogie sans soins intensifs) a été tacitement renouvelée pour une durée de 7 ans.

8- L'ADALPA change de nom :

L'ADALPA se dénomme désormais association « la demi-lune » et son siège social est transféré de Lons le Saunier à Bletterans (7 rue de la demi-lune).

Cette association, bien connue dans le Jura, gère un CSAPA et un LAM (lits d'accueil médicalisés).

7-2 Du côté de la démocratie en santé

1- CRSA :

- ✓ La séance du 2 avril

La CRSA s'est réunie en séance plénière le 2 avril à Dijon et en visio.

Après un instant ludique en début de séance qui a permis aux participants de vérifier leurs connaissances en matière de nutrition, la CRSA a entendu des informations et échangé sur

- L'emploi du FIR en 2025 (cf. infra),
- Le point sur la situation des urgences (point qui n'avait pu être traité lors de la précédente CRSA du 29 janvier

- Informations et questions diverses

On retrouve les présentations (très détaillées) des points sur le FIR et les urgences dans le compte rendu de la réunion sur le site « ma santé en BFC ».

Les votes concernant :

- l’approbation des comptes rendus des séances des 14 octobre 2025 et 29 janvier 2026,
- l’avis à donner sur le projet de plateau d’imagerie médicale mutualisée (PIMM) présenté par le CHU de Dijon ,
- l’avis à donner sur les projets de convention tripartites pour la mise en place des services publics départementaux de l’autonomie (SPDA)

n’ont pu se dérouler faute de quorum.

Les membres de la CRSA ont reçu dès le 3 avril un lien pour voter à distance (cette pratique devient une habitude) sur l’approbation des comptes rendus et l’avis pour le PIMM

Pour la 1° fois le résultat de ces votes leur ont été communiqués :

- Approbation des CR des 14/10/2025 et 29/01/2026 :45 votants , 43 pour, 2 contre, 0 abstention
- Avis sur le PIMM : 45 votants : 41 pour, 1 contre, 3 abstentions.

Pour ce qui est de l’avis sur les conventions SPDA , un webinaire doit être organisé le 1° juin à 12h30 (invitation encore à venir) probablement suivi d’un vote à distance.

✓ *Le bilan de la mandature :*

Le 16 avril, les membres de la CRSA (titulaires et suppléants) ont reçu le lien leur permettant d’accéder à un questionnaire en ligne pour évaluer le bilan de la mandature et faire émerger des orientations pour la mandature suivante (cf. lettre d’avril § 7-2).

Les réponses doivent intervenir avant le 25 mai.

Ce questionnaire élaboré par un groupe de volontaires et de façon participative est de qualité : il donne un place importante aux questions ouvertes et à l’expression (verbatim).

Le temps annoncé pour le remplir (10mn) est nettement sous-évalué ; il faut plutôt en compter 30 pour le faire sérieusement les choses.

Espérons que les retours seront nombreux : leur nombre sera lui-même un signe. A ce jour leur nombre reste modeste.

✓ *Le renouvellement :*

Conformément au calendrier de renouvellement publié sur le site « ma santé en BFC » (cf. lettre d’avril) les opérations de recueil des candidatures au titre des différents collèges sont engagées par l’ARS.

Pour le collège 2a (représentants des usagers), les associations agréées ont été saisies le 16 avril et doivent faire parvenir les candidatures pour le 15 juin au plus tard. Sur les conditions voir supra § 1).

✓ *Les prochaines séances*

Attention : la prochaine réunion plénière, initialement prévue le 1° juillet est avancée au 24 juin après-midi.

Elle sera essentiellement consacrée au bilan de la mandature.

La nouvelle CRSA sera installée le 6 octobre à Dijon (toute la journée)

2- CSOS

✓ *Réunion du 24 avril.*

La CSOS s’est réunie une seule fois en avril (la réunion du 30 ayant été annulée cf. infra)

Elle a examiné :

- 12 demandes d’autorisation d’activité de médecine nucléaire
- 2 demandes d’autorisation de SMR

Pour mémoire, rappelons que l'activité de médecine nucléaire peut s'exercer sous 2 modalités :

- Mention « A », lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos
- Mention « B », lorsque l'activité comprend, outre les actes mentionnés en mention A , les actes suivants :
 - les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en système ouvert,
 - les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides,
 - les actes thérapeutiques réalisés par l'administration de dispositif médical implantable actif,
 - les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique.

✓ Prochaines réunions :

Le calendrier des réunions de la CSOS a été modifié à 2 reprises :

1° temps : la réunion du 7 mai est annulée et reportée au 18 mai à 14h. « Les séances programmées au mois d'avril 2026 sont maintenues selon le calendrier initial. (message du 16 avril),

2° temps : la réunion du 30 avril à 9h est annulée et reportée au 7 mai 9h (message du 24 avril).

Elle examinera les dossiers prévus le 30 avril, à savoir :

- 5 demandes d'autorisation d'activité de médecine nucléaire
- 3 demandes d'autorisation de soins médicaux et de réadaptation (SMR)
- 1 demande d'autorisation d'activité de traitement du cancer (chirurgie oncologique B1)

En résumé : RV le 7 mai à 9h et le 18 mai à 14h.

Pour mémoire, la CSOS s'est réunie 25 fois en 2024 , 17 fois en 2025 et 2 fois depuis le début 2026, et ce n'est pas fini.

3- Commission prévention :

La CSP s'est réunie le 30 avril sur les thèmes suivants :

- ✓ Substances psychoactives : nouvelles consommations chez les jeunes. Karine Sotty, Sedap (société d'entraide et d'action psychologique) ; la Sedap est implantée à Dijon avec des antennes à Beaune, Genlis, Montbard Is sur Tille et Selongey.
- ✓ Les ateliers Bons jours. Bilan et perspectives. Nathalie Jacotot, Carsat BFC

4- Innovation en santé

Le costra « innovation en santé » prévu le 28 avril a été annulé et reporté à une date encore indéterminée

5- Comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR)

Les 3 sections du CCAR se sont réunies en avril : psychiatrie (20/04), urgences (21/04), SMR (24/04).

Elles sont essentiellement constituées de professionnels proposés par les fédérations d'établissements et les organisations professionnelles et comptent 2 représentants des usagers (2 titulaires et 2 suppléants) proposés par France Assos Santé BFC.

Le CCAR a été mis en place dans le cadre de la réforme du financement des 3 activités : décret du 25/02/2021 pour les urgences, du 29/09/2021 pour la psychiatrie, et du 21/04/2022 pour les SMR.

L'essentiel, sinon la totalité des travaux de chacune des 3 sections porte sur la répartition de la dotation populationnelle qui, depuis la réforme, représente une part importante du financement à côté de la part liée à l'activité, aux spécialités, aux plateaux techniques, et à la qualité.

Le but de cette dotation est double :

- Réduire les inégalités entre établissements et entre territoires,
- Financer les besoins de la population, plus que l'offre

La conséquence est de remettre en cause l'évolution mécanique des dotations historiques. Dès lors il y aura des perdants et des gagnants .

Depuis leur mise en place les 3 sections du CCAR consacrent leurs travaux à définir un modèle de répartition de la « dot pop » au niveau de la région.

C'est en vain, puisqu'en dépit des efforts conjugués des groupes de travail constitués à cet effet, et des statisticiens qui déploient tout leur art pour trouver la formule magique on en reste à la solution de sécurité : maintien du mode historique de répartition avec plus ou moins d'aménagement.

7-3 FIR 2025 :

On peut, avec intérêt , prendre connaissance du rapport d'activité 2024 du FIR (niveau national)

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_fir_2024_ed_25.pdf

Le FIR est financé par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté ministériel et, le cas échéant, par une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son montant 2024 était de 5,5 MD €.

Au niveau régional, l'article D 1432-32 du CSP prévoit que la CRSA réunie en séance plénière « rend un avis sur... les orientations stratégiques annuelles d'utilisation du fonds d'intervention régional » (FIR).

Ce libellé laisse entendre qu'il s'agit d'un avis à priori alors que la CRSA a simplement reçu une information à posteriori. Mais ce n'est déjà pas si mal.

On peut aussi rappeler l'article L 1432-1 qui prévoit qu'« auprès de chaque ARS [est constituée] : une CRSA, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ». Par définition des objectifs valent pour l'avenir.

Le montant du FIR :

Le montant du FIR de BFC est en augmentation constante :

- 2021 : 212 640K€ pour 1 301 projets ,
- 2022 : 223 688K€ pour 1363 projets,
- 2023 : 227 202 K€ pour 1178 pour 1178 projets,
- 2024 : 243 506 K€ pour 1120 projets,
- 2025 : 250 016 K€ pour 1250 projets.

La répartition par missions

Le FIR a 5 missions essentielles ainsi identifiées par l'ARS (elles sont légèrement différentes de celles citées dans le CSP)

- ✓ *Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie : 38 743 721*
 - Education thérapeutique du patient : plus de 5 M€
 - Promotion de l'activité physique : 1,5 M€
 - Lutte contre les inégalités de santé : 1M€
 - Contrats locaux de santé (CLS) : 1,6 M€ (dont co-financement de 36 postes d'animateurs - santé)
 - Prévention des risques liés à l' environnement : 1,4 M€ (dont surveillance qualité air et eau : 184 k€)
 - Prévention à destination des enfants, des adolescents et des jeunes : 2,7 M€ (dont renforcement PMI 1,5M€).

- ✓ *Mission 2 : Organisation et promotion de parcours de santé coordonnés ainsi que la qualité et la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale 87 988 313€*
 Quelques exemples de financement :
 - Financement des dispositifs d'appui à la coordination - DAC (14 M€)
 - Soutien à l'exercice coordonné et aux structures pluriprofessionnelles (1, 1 M€)
 - Développement des organisations innovantes telles que les Articles 51 ou les expérimentations de responsabilité populationnelle (2 M€),
 - Financement d'actions visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins et des prises en charge comme par exemple
 - les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : 11 M€,
 - les équipes mobiles de gériatrie : 6,6 M€,
 - les maisons des adolescents : 2,8 M€,
 - les unités d'accueil pédiatriques enfant en danger (UAPED) : 1,6 M€,
 - les groupes d'entraide mutuelle (GEM) : 4,6 M€.

- ✓ *Mission 3 : Permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire : 68 683 848€*
 - La permanence des soins ambulatoires (3,9 M€) et en établissements de santé (45 M€),
 - Les maisons médicales de garde (1,3 M€),
 - Le service d'accès aux soins -SAS (3,9 M€),
 - L'accompagnement financier des infirmiers en exercice souhaitant entrer en formation d'infirmier en pratique avancée(IPA) (734 k€),
 - La participation financière à la filière d'odontologie (3,8 M€).

- ✓ *Mission 4 : Efficience des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels : 57 619 786€*
 - Les opérations de modernisation et de restructuration d'établissements (30 M€), dont les aides à l'investissement (26,8 M€) ou le programme Ségur numérique (730 k€),
 - Les aides financières exceptionnelles en trésorerie allouées à 5 centres hospitaliers (15 M€)
 - Le plan de mobilisation pluriannuel en faveur des métiers, du social, du médico-social et de la santé, « de l'orientation à l'emploi » (1,2 M€).

- ✓ *Mission 5 : Développement de la démocratie sanitaire : 208 911€*
 - La participation des usagers au système de santé au travers du financement du dispositif « label et concours droits des usagers de la santé » (5 K€), du site « Ma santé en Bourgogne-Franche-Comté » (30 k€)
 - La formation des représentants des usagers élus des conseils de la vie sociale (35K€),

- Le fonctionnement des Conseils territoriaux de santé (CTS) et de la CRSA (15 k€). S'il englobe la rémunération des chargées de mission mises à disposition par l'ancien DG de l'ARS, rétrocedée à l'URIOPSS, ce poste semble sous-évalué.

Quelques chiffres :

Quelques exemples par ordre décroissant :

- Permanence des soins en établissements publics 43 815 514€
- Aides à l'investissement hors plans nationaux 26 806 844€,
- Dispositifs d'appui à la coordination de parcours de santé complexes 15 496 197€
- Aide en trésorerie 15 000 000€
- Equipes mobiles de soins palliatifs 10 323 806 €,

Le fond d'intervention territorial (FIT)

Le FIT est une spécificité de BFC créée en 2024 à l'initiative de l'ancien directeur général de l'ARS. Il a été reconduit en 2025.

Il s'agit de crédits mis à la disposition des direction territoriales(DT) de l'ARS

✓ *Les domaines d'intervention du FIT*

- Animation territoriale : contrat local de santé et postes d'animateur santé
- Actions financées dans le cadre du conseil national de la refondation (CNR Santé)
- Soins primaires : exercices coordonnés (MSP, ESP, CPTS), cabinets éphémères
- Tensions territoriales
- Plan attractivité

✓ *Le montant du FIT*

Le montant du FIT 2025 était de 259 424 réparti entre les 8 DT.

La mieux dotée était la DT 25 (69 695€, la moins dotée la DT 70 (13 781€) ;

Nous ignorons si le FIT est renouvelé en 2026.

7-4 RU : se former en mai et juin

Pour les mois de mai (rappel cf. lettre précédente) et de juin, France Assos Santé BFC propose les formations suivantes :

- ✓ 12 mai : Groupe d'échanges entre représentants des usagers à Dijon de 13h30 à 16h30
- ✓ 21 mai : Défendre et promouvoir l'accès aux soins à Besançon, de 9h15 à 17h
- ✓ 28 mai : Se faire connaître en tant RU en visio de 15h à 17h – accueil à 14h45
- ✓ 4 juin : Contribuer au rapport annuel. A Dijon, de 9h15 à 17h
Contenu :
 - Les enjeux du rapport : dans l'élaboration, la réalisation et la diffusion,
 - Les différents objectifs du rapport en fonction de ses destinataires : CME, Conseil de surveillance, équipes, associations, usagers,
 - Le cahier des charges du rapport,
 - Les différentes sources d'information à consulter : de la plainte à la recommandation,
 - L'analyse des motifs de plaintes,
 - La recommandation : critères de bonne rédaction,
 - La rédaction du rapport : qui fait quoi ?
- ✓ 17 juin : Améliorer la qualité de l'information en établissement de santé. A Dijon, de 9h15 à 17h.

Contenu :

- Définir une information de qualité,
- Les niveaux de littératie et l'impact pour l'utilisateur du système de santé,
- Les actions possibles pour améliorer la qualité de l'information au sein d'un établissement de santé (usagers et professionnels) et créer un environnement favorable,
- Les points de vigilance pour analyser la qualité d'un document : est-il compréhensible par tous ?
- Les ressources sur lesquelles s'appuyer pour agir.

✓ 25 juin : RU en Commission des Usagers. A Besançon, de 9h15 à 17h

Il s'agit de la formation normalement obligatoire pour siéger en commission des usagers.

Comme habituellement pré-inscription et inscription en ligne.

Renseignements : Elodie Hong Van

ehongvan@frnce-assos-sante.org

03 80 49 19 37 ou 06 76 55 08 15

7-5 Les états généraux de la bioéthique en BFC

À l'occasion des États Généraux de la Bioéthique portés par le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), l'Institut pour la prévention des vulnérabilités liées à la santé (IPVS) et le Conseil économique social et environnemental régional (CSSER) s'associent pour organiser un débat démocratique en Bourgogne-Franche-Comté, sur le thème :

Qui prendra soins de nous demain ?

L'augmentation de la longévité, la baisse de la natalité et l'augmentation des situations de vulnérabilités liées à la santé nous conduisent en effet, à repenser collectivement la soutenabilité de notre modèle médico-socio-économique et nous obligent à penser ce que nous souhaitons comme société pour les générations à venir.

Programme :

Outre les propos introductifs (Président de la région, directrice générale de l'ARS, Pr Aubry) et la présentation de la démarche et des thématiques les travaux seront organisés par ateliers pour répondre aux 3 questions suivantes :

- ✓ Face aux nouvelles réalités démographiques, aux transitions épidémiologiques et environnementales, comment repenser et adapter notre système de santé, dans toutes ses composantes, en intégrant l'ensemble des dimensions de l'accompagnement des personnes ?
 - ✓ Comment garantir un système de santé et d'accompagnement à la fois soutenable, juste et respectueux de la qualité de vie de chacun en tenant compte des réalités économiques, démographiques et des progrès de la médecine ?
 - ✓ Comment repenser les solidarités en prenant en compte la recomposition démographique ?
- Il devrait se terminer sur un vote de propositions à remonter au CCNE.

En pratique :

Ce débat se déroulera sur deux journées :

- Mardi 5 mai à partir de 9 h à Dijon Salle des séances - Hôtel de Région - 17 boulevard de la Trémouille
- Jeudi 7 mai à partir de 9 h à Besançon Salle Edgar Faure - Hôtel de Région - 4 Square Castan

En raison de leur nombre limité, les places sont réparties entre différentes institutions à charge pour elles de les proposer à leurs membres.

7-6 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

1- Hôpitaux et établissements médico-sociaux :

✓ **Vacances d'emplois :**

- EHPAD Les Jardins des Laignes à Donzy,
- EHPAD « Résidence du parc » à Audincourt
- CH Nord Franche-Comté (HNFC) et CHSLD de Bavilliers : emploi de directeur adjoint au directeur des affaires financières et de l'analyse de gestion en charge de la performance et de la contractualisation
- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains et EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze , un emploi de directeur général adjoint

✓ **Nominations :**

- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains, EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze : Sylvain Rollot directeur adjoint auprès du directeur des affaires économiques et logistiques (mutation du CH de Chalon),
- CH de Montceau-les-Mines, Chalon-sur-Saône, Autun, Chagny, la Guiche-Mont Saint Vincent, Toulon sur-Arroux, EHPAD d'Epinac et de Couches :
 - Anne-Laure Sfiligoi : DA chargée de l'animation du projet médico-soignant et de la contractualisation des pôles (mutation du CH de Macon)
 - Florence Dardouillet.

2- Offre d'emploi : conseiller technique et pédagogique régional

Un emploi de conseiller technique et pédagogique régional auprès de l'ARS BFC est proposé aux directeurs des soins, en vue d'être pourvu par voie de mise à disposition(JO du 30/04).

Peuvent faire acte de candidature, dans le délai de 3 semaines, les directeurs des soins hors classe ou de classe exceptionnelle de la fonction publique hospitalière.

3- Administration préfectorale :

« Il est mis fin, à sa demande, aux fonctions de préfet de la région Bourgogne-Franche-Comté, préfet de la Côte-d'Or exercées par M. Paul Mourier, administrateur de l'Etat. Il sera appelé à de nouvelles fonctions ». (JO du 9/04)

« Mme Violaine Demaret , administratrice de l'Etat, est nommée préfète de la région Bourgogne-Franche-Comté, préfète de la Côte-d'Or ».

«Mr. Ludovic Perrin , attaché d'administration de l'Etat hors classe, est nommé sous-préfet de Clamecy, pour une durée initiale de trois ans (JO du 22/04).

4- Ministère : changement à la DGOS

Il a été mis fin, sur sa demande, aux fonctions de directrice générale de l'offre de soins (DGOS)exercées par Mme Marie Daudé , à compter du 13 avril 2026.

Mme Julie Pougheon a été chargée de l'intérim, (JO du 9/04).

Mr. Hugo Gilardi, administrateur de l'Etat, a été nommé DGOS, à compter du 18 mai 2026. (JO du 30 avril)

5- CESER BFC : manifeste contre la menace

Suite à la proposition de la commission mixte paritaire du 20 janvier, relative au projet de loi de simplification de la vie économique de réintroduire une disposition visant à rendre les CESER facultatifs, en laissant à la libre appréciation des Régions le choix de leur maintien le CESER BEC réuni en séance plénière le 24 février, a adopté un manifeste hostile à cette proposition.

<https://www.calameo.com/read/0030303801d7d0575f6c1>

Dans son propos liminaire, la Présidente a rappelé que « cette nouvelle attaque sur les CESER va clairement à rebours des aspirations citoyennes et constitue une alerte démocratique majeure », et encore, que « rendre leur existence facultative reviendrait à affaiblir l'autonomie régionale et à instaurer une démocratie consultative à deux vitesses, en transformant un pilier démocratique en simple option politique. Elle contrevient au principe d'égalité entre les territoires » .

6- Besançon : congrès de la FMAH

La Maison des Familles de Besançon a reçu , du 21 au 23 avril le 29° congrès de la fédération des maison d'accueil hospitalier (MAH).

✓ Un congrès riche :

Ils étaient environ 80 congressistes (des bénévoles en grande majorité) venus de 40 MAH réparties sur tout le territoire national.

Pendant 2 jours ils ont pu approfondir leurs connaissances réglementaires, échanger autour de leurs pratiques et de leurs relations avec leurs partenaires (hôpitaux, Carsat...), analyser l'évolution et la place du bénévolat, réfléchir sur l'impact social des maisons des familles, au vu la présentation de l'évaluation réalisée par la Fondation des Hôpitaux .

Sans oublier l'aspect culturel et convivial lors de la soirée organisée au musée des beaux-arts et d'archéologie de Besançon.

Les congressistes ont apprécié le message vidéo de Mme Marmier la DG de l'ARS.

Le prochain congrès aura lieu à Orléans en 2028.

✓ Qu'est-ce qu'une MAH ?

Pour mémoire les MAH ont reçu une reconnaissance officielle par la loi du 26 janvier 2016 « de modernisation de notre système de santé » (article L 6328-1 du CSP).

Pour être agréées par le DG de l'ARS elles doivent se conformer à un cahier des charges précisant les conditions dans lesquelles elles peuvent établir des conventions avec les établissements de santé (arrêté du 21 février 2017 – JO du 10 mars).

On les connaît essentiellement sous la dénomination de « maisons des parents » ou de « maisons des familles ».

✓ Les missions des MAH :

- L'accueil des accompagnants :

Leur vocation historique : l'accueil les parents des enfants hospitalisés, étendu à l'accueil des familles et aidants de toutes personnes hospitalisées.

- L'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) :

Depuis la loi du 14 décembre 2020 « les établissements de santé peuvent mettre en place un dispositif d'HTNM en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement hospitalier pour leur prise en

charge. L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention » (article L 6111-1-6 CSP).

Les conditions de l'HTNM ont été fixées par un décret et un arrêté du 25 août 2021.

Le bénéfice de cette prise en charge a été étendu aux femmes enceintes habitant à plus de 45 mn de la maternité, en amont de l'accouchement ou pour une grossesse pathologique.

Pour autant les MAH qui offrent cette prestation ne sont pas des établissements de santé.

Notre région compte 2 MAH (maisons des familles) : à Dijon (convention avec le CHU et le CGFL), et Besançon (convention avec le CHU).

7- Nièvre : 100 000 € par EHPAD

Dans la Nièvre, les EHPAD vont toucher 4 millions d'euros supplémentaires par an de la part de l'Etat soit en moyenne 100 000€ par établissement.

Loin de combler le déficit des établissements, et à défaut de pouvoir mettre à leur disposition les moyens humains dont ils ont besoin, ce « coup de pouce » permettra néanmoins d'améliorer les conditions de vie des résidents

(source France Info BFC)

8- Déploiement du 1^o parcours « obésité complexe chez l'adulte » : une innovation de BFC

Un parcours de soins pluriprofessionnel de l'obésité complexe de l'adulte va pouvoir être pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre d'un parcours coordonné renforcé (PCR).

Il s'agit du premier PCR pris en charge en France.

L'expérimentation EMNO, conduite en BFC, a servi de base à ce premier PCR dont le lancement officiel a eu lieu le 24 avril à Dijon.

Voir le dossier de presse du 24 avril :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/160090/download?inline>

Nous y reviendrons dans le dossier du mois de la prochaine lettre consacré à l'obésité.

9- Les ambassadeurs IA de BFC

L'initiative « OSEZ L'IA » prévoit dans chaque région la sélection d'ambassadeurs IA, engagés par une charte qui encadre leur action.

La DREETS (direction régionale l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités) a publié en avril, le catalogue des ambassadeurs IA de BFC.

https://bourgogne-franche-comte.dreets.gouv.fr/sites/bourgogne-franche-comte.dreets.gouv.fr/IMG/pdf/catalogue_ambassadeurs_ia_1_.pdf

Les 15 ambassadeurs recensés par la DREETS interviennent auprès d'entreprises, de collectivités ou d'administrations. L'accompagnement qu'ils proposent varie en fonction du niveau de maturité numérique (5 niveaux).

Pour plus d'information sur « Osez l'IA »

<https://www.economie.gouv.fr/actualites/osez-lia-un-plan-pour-diffuser-lia-dans-toutes-les-entreprises>

8 Brèves :

1- Téléthon 2025 : plus de 100 millions

Le bilan du Téléthon 2025 est désormais connu : c'est un bon cru. Il a permis de collecter la somme finale de 100 548 314 euros, contre près de 97 millions en 2024.

C'est en 2006 que le montant des promesses de dons a atteint son record, avec plus de 106 millions d'euros.

L'AFM-Téléthon finance 40 essais cliniques chez l'homme pour des maladies du sang, du foie, du muscle, de la vision et du système immunitaire.
Le Téléthon 2026 aura lieu les 4 et 5 décembre.

2- Aide à domicile : refus de revalorisation :

Au Journal officiel du 19 mars 2026, un arrêté ministériel acte le non-agrément de l'avenant 72 à la convention collective de la branche associative de l'aide à domicile (BAD), qui aurait permis d'augmenter les rémunérations des professionnels pour prendre en compte les revalorisations du Smic de novembre 2024 et de janvier 2026.

La ministre a suivi l'avis défavorable de Départements de France. Cette association d'élus ne veut en effet plus accepter de nouvelles charges qui ne soient compensées par l'État.

C'est le 3° refus consécutif depuis février 2025, après le rejet des avenants 66 et 68. La branche s'apprête ainsi à traverser une 4° année sans revalorisation effective de ses minima conventionnels.

A l'heure où l'on parle du virage domiciliaire cette décision vient aggraver la situation d'un secteur en grande difficulté, encore aggravée par la hausse du prix des carburants.

3- Cadmium : dépistage

Le cadmium est classé cancérigène, mutagène et toxique pour la reproduction.

Selon l'ANSES, près de la moitié de la population française présentait en 2025 des expositions dépassant les valeurs sanitaires de référence.

En 2024, la HAS recommandait un dépistage pour les personnes « *potentiellement surexposées au cadmium du fait de leur lieu de résidence* » lorsque les sols sont contaminés au-delà d'un certain seuil.

En juin 2025, Yannick Neuder, alors ministre de la santé, avait promis que le dépistage de ce métal toxique serait rapidement remboursé en médecine de ville pour les personnes à risque.

Un accord a été trouvé entre l'assurance maladie et les syndicats de biologistes pour ajouter aux actes remboursés, le dosage sanguin et urinaire du cadmium, à un tarif de 27,50 euros, pris en charge à 60 % par l'Assurance-maladie et à 40 % par les complémentaires santé.

4- IDE libérales(IDEL)

Les 130 000 infirmières libérales seront revalorisées progressivement de plus de 500 millions d'euros annuels grâce à un accord conventionnel qui vient d'être signé, entre l'Assurance maladie et les syndicats.

La revalorisation interviendra graduellement d'ici fin 2028.

5- La HAS dénonce la pression des laboratoires :

Dans une tribune publiée dans Les Echos, Lionel Collet le président de la HAS dénonce des tentatives d'influence et des « *pressions excessives* » de la part de laboratoires sur les évaluations de la HAS, notamment pour favoriser le remboursement des produits de santé.

Exemple : après un avis défavorable de la HAS, « *il y a eu une intervention directe auprès du président de la République* », avec « *copie au Premier ministre et à trois ministres de l'époque* ». Ces interventions sont également dirigées en direction des sociétés savantes et des associations de patients.

Apparu à partir de 2025, ce phénomène ne cesse de s'accroître sensiblement témoignant certainement de la pression mise par les actionnaires sur les laboratoires et les industriels.

6- Arrêts de maladie : le plan du gouvernement

Les dépenses d'indemnités journalières versées par l'Assurance-maladie (hors fonction publique) s'élèvent à 17,9 milliards d'euros, en hausse de 7 milliards en dix ans. Elles se sont

nettement accélérées depuis la crise sanitaire, avec une hausse en moyenne de 6,5 % entre 2019 et 2023.

« Le bouton d’alerte » :

Le 9 avril, le ministre du travail a présenté un plan destiné à lutter contre l’absentéisme au travail, visant à renforcer les contrôles des arrêts maladie et à faciliter le signalement, par les employeurs, des cas jugés suspects auprès de l’administration.

Il y aura sur le site du ministère un « bouton d’alerte » qui permettra au chef d’entreprise de prévenir « en un clic » l’Assurance-maladie d’un éventuel arrêt maladie suspect.

Il devra fournir quelques éléments descriptifs qui permettront à l’assurance maladie de décider ce qu’elle doit faire.

Plus de contrôles :

Le plan n’inclut pas de mesures législatives et réglementaires, mais prévoit en revanche, une intensification des contrôles de l’assurance-maladie sur les arrêts, qui devraient augmenter de 6 %, pour atteindre 740 000 en 2026.

L’assurance-maladie se focalisera notamment sur les arrêts de plus de 18 mois, les arrêts d’accident du travail et de maladies professionnelles de plus de 3 ans, ainsi que les arrêts prescrits en téléconsultation. Elle visera également le « nomadisme médical ».

Ce plan ne comporte aucune mesure de contrôle visant les médecins prescripteurs d’arrêts mais le gouvernement va généraliser dans toute la France SOS IJ, une plateforme expérimentale qui aide les médecins à prescrire dans des cas complexes.

Des réactions partagées :

Du côté patronal les réactions sont plutôt favorables, du côté syndical, les organisations déplorent des orientations qui continuent de se focaliser beaucoup sur le contrôle des salariés. Pour sa part, France Assos Santé « dénonce une politique de suspicion et un risque pour les droits des patients » et considère que « l’annonce d’un dispositif permettant aux employeurs de signaler des arrêts jugés « anormaux » constitue une dérive majeure » (communiqué du 13 avril)

Ce n’est qu’un début

Le gouvernement ne compte pas se limiter à ce plan : il vient d’adresser à l’assurance maladie un projet de décret visant à limiter la durée de l’arrêt maladie voire le niveau de rémunération

Des fraudes de grande ampleur :

Début avril, un homme de 25 ans a été mis en examen et placé en détention provisoire pour exercice illégal de la médecine. Il est soupçonné d’avoir vendu sur Internet plus de 44 000 faux arrêts maladie pour la somme de 21€.

7- Lutte contre les fraudes à l’assurance maladie : bilan 2025 - perspectives 2026

Le 16 avril, la CNAM a publié le bilan 2025 de la fraude à l’assurance maladie (22 pages)

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-04-16%20DP%20LCF.pdf>

L’ampleur de la fraude : 723 M€

En 2025, l’Assurance Maladie a détecté et stoppé 723 millions d’euros de fraudes, un montant en hausse de 15 % par rapport à l’année précédente.

Les fraudes commises par les assurés, qui représentent plus de la moitié des dossiers (53 %) concentrent 16 % des montants seulement, soit environ 115 M€. Elles portent principalement sur les arrêts de travail (près de 49 M€ détectés) et les fraudes aux droits (28 M€ en 2025).

Celles commises par des professionnels de santé libéraux (dont les centres de santé) concentrent près de 3/4 des montants pour 28 % des cas.

Au total, 22 000 suites contentieuses, mêlant procédures pénales, ordinaires, conventionnelles et pénalités financières, ont été engagées, soit une hausse de 10 % par rapport à 2024.

Les mesures prévues en 2026 :

Pour 2026, l'assurance maladie s'est fixé 2 priorités :

- ✓ Priorité n°1: prévention et sécurisation du système
 - De nouvelles mesures pour sécuriser durablement le circuit du médicament : ordonnance numérique,...
 - Des évolutions législatives pour améliorer la lutte contre les fraudes : le projet de loi relatif aux fraudes sociales et fiscales a été voté le 7 avril par l'assemblée nationale,
- ✓ Priorité n°2 : s'adapter en continu face à une menace qui évolue et s'organise :
 - L'Assurance Maladie adapte ses moyens face à des méthodes toujours plus sophistiquées
 - Les pôles interrégionaux d'enquêteurs (PIEJ), une réponse judiciaire face aux réseaux de fraude
 - Une collaboration renforcée avec les services d'enquête, dont l'OCLTI, partenaire clé dans la lutte contre les fraudes organisées

8- Lutte contre la fraude sociale : danger ?

La lutte contre la fraude sociale est légitime, mais elle ne doit pas se faire au détriment des droits des usagers. Dans un rapport publié le 23 avril (97 pages), la Défenseure des droits, alerte sur les dérives qui fragilisent les bénéficiaires d'aides sociales.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2026-04/ddd_rapport_fraude-prestations-sociales-2026_20260410.pdf

Elle décrit une mécanique de contrôle devenue massive et dont les conséquences pèsent parfois lourdement sur les usagers et s'interroge sur la capacité des pouvoirs publics à concilier efficacité des contrôles et respect des droits fondamentaux.

Selon le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale, la fraude sociale est estimée à 14 milliards d'euros en 2025, contre 80 à 120 milliards d'euros pour la fraude fiscale.

9- L'institut Pasteur : anti- « antivax »

Dans une tribune portée par L'Institut Pasteur et publiée dans la Parisien du 26 avril, 300 personnalités des secteurs de la recherche scientifique, de la médecine, de la culture et des médias, de la politique (dont de nombreux ministres de la santé) et de grandes fondations et entreprises des secteurs de la santé, de la prévoyance et de l'assurance, se mobilisent pour affirmer l'importance de la vaccination et appeler à un sursaut collectif face à la désinformation et aux attaques contre la science et la rationalité.

<https://www.pasteur.fr/fr/journal-recherche/actualites/pres-300-personnalites-defendent-vaccination-vie-sauvee-toutes-huit-secondes>

Cosignataire de cette tribune, Brigitte Autran, ancienne présidente de l'ancien comité de veille et d'anticipation des risques sanitaires (Covars) redoute que la vague antivax observée aux Etats-Unis « ne gagne l'Europe, et en particulier la France » et met en garde contre un possible recul de la vaccination en France ».

10- Données de santé : un hébergeur français

Après des années de polémique (6 ans) , le Data Health (plateforme des données de santé) migre de Microsoft vers Scaleway, filiale du français Iliad.

Début février, l'exécutif avait lancé un appel d'offres et promis une réponse rapide : promesse tenue

Le Health Data Hub a été créé en 2019 dans la foulée du rapport sur l'intelligence artificielle (IA) commandé au mathématicien Cédric Villani.

9 Publications et bibliographie :

1- « *Le scandale des accidents médicaux* »

Sous-titre : « des dizaines de milliers de morts chaque année ».

Pr Marc Tadié , édition « recherche midi » , avril 2026, 232 pages, 19,80 €.

L'auteur est neurochirurgien et expert judiciaire auprès des tribunaux de de la commission nationale des accidents médicaux .

Le titre choisi traduit un certain goût pour le sensationnel et le scandaleux pour faire « le buzz ». Dans son avant-propos l'auteur déclare vouloir « alerter sans terroriser, exposer sans culpabiliser ».

A partir de faits réels et sans stigmatiser les soignants, il cherche à identifier les causes profondes de ces accidents qui ne sont pas imputables aux seuls individus ,mais aussi à notre système de santé .

In fine, il propose 6 mesures pour investir dans une véritable culture de la sécurité.

2- *Les personnes sans complémentaire santé*

Les « dossiers de la DREES » n° 137 (22 pages) d'avril sont consacrés aux personnes sous le seuil de pauvreté qui restent sans complémentaire santé.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-03/DD137_Couverture_compl%C3%A9mentaire_sant%C3%A9.pdf

En 2023, 3,4 % de la population reste sans complémentaire , un taux en légère baisse depuis 2010.

La même année, 7 % des personnes vivant sous le seuil de pauvreté ne sont pas couvertes. L'absence de couverture s'explique d'abord par des raisons financières, malgré l'existence de la complémentaire santé solidaire (C2S) en faveur des plus modestes : une personne non-couverte sur trois déclare ainsi ne pas avoir les moyens de souscrire à une complémentaire santé.

Par ailleurs, 15 % des personnes non-couvertes déclarent ne pas en avoir besoin, 12 % être en cours d'adhésion, et 10 % ne pas penser ou avoir le temps de souscrire à une complémentaire santé.

3- « *Pour une éthique de l'accompagnement des personnes vieillissantes* » (avis 2026 FHF)

Le comité d'éthique de la FHF a publié en mars un rapport « pour une éthique de l'accompagnement des personnes vieillissantes » (112 pages).

Il en existe une synthèse de 12 pages :

<https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-04/Synth%C3%A8se%20de%20l%27avis%202026%20du%20comit%C3%A9%20%C3%A9thique%20de%20la%20FHF.pdf>

Il se présente sous 6 chapitres et formule 37 propositions :

- ✓ favoriser l'autonomie et préserver la liberté aux différentes étapes du parcours de vie et d'accompagnement
- ✓ anticiper, préparer l'avenir avec la personne concernée et son entourage pour éviter les ruptures de parcours et accompagner les transitions
- ✓ développer la prévention, promouvoir le « mieux vieillir »
- ✓ agir ensemble,
- ✓ qualité, bienveillance et prévention des risques
- ✓ vers un juste financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie

Cet avis présente un panorama exhaustif et bien documenté sur la notion du « Mieux vieillir », en insistant sur la lutte contre l'isolement social et les représentations négatives du vieillissement.

Il insiste sur la nécessité d'une approche interdisciplinaire et interprofessionnelle, ainsi que sur une exigence de qualité et de bientraitance.

Parmi les membres de ce comité d'éthique : Partick genre ancien maire de Pontarlier et parmi les personnes entendues : Françoise Tennenbaum et Régis Aubry que l'on ne présente plus .

4- Evaluation des ESSMS : (fiches pratiques HAS)

La HAS publie deux nouvelles fiches pratiques pour accompagner l'évaluation des ESSMS :

✓ *« Evaluer la coordination territoriale dans les accompagnements »*

Cette fiche pratique (12 pages) vise à accompagner l'évaluation des ESSMS engagés dans la coordination territoriale des parcours.

Elle permet de repérer les éléments clés à mobiliser pour apprécier les organisations engagées dans la coordination territoriale des parcours.

Conçu comme un outil d'appui pour les ESSMS et les évaluateurs, ce support propose une démarche de questionnement et d'analyse des critères, illustrée par des exemples concrets.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-04/dir1/fiche_pratique -
evaluer la coordination territoriale dans les accompagnements mars 2024.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-04/dir1/fiche_pratique_-_evaluer_la_coordination_territoriale_dans_les_accompagnements_mars_2024.pdf)

✓ *« Repère et modalités de mise en œuvre pour l'évaluation de la qualité des services autonomie à domicile » (SAD) :*

Cette fiche (17 pages) propose des repères clairs et opérationnels pour comprendre le dispositif, s'y préparer, conduire l'évaluation, exploiter le rapport et piloter l'amélioration continue.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-04/dir1/fiche_pratique -
reperes et modalites de mise en oeuvre pour levaluation de la qualite des services a
autonomie a domicile mars.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-04/dir1/fiche_pratique_-_reperes_et_modalites_de_mise_en_oeuvre_pour_levaulation_de_la_qualite_des_services_a_autonomie_a_domicile_mars.pdf)

5- Les maires et la santé :

Jamais les élus municipaux n'ont été autant porteurs d'espoir de leurs concitoyens dans le domaine de la santé : cela s'est vérifié pendant la campagne et se vérifie aussi maintenant, après les élections.

En voici 2 exemples (il y en a sûrement d'autres) :

« la santé sur votre territoire : guide pour les élus municipaux » (FHF)

La FHF a publié en avril un guide (24 pages) pour aider les élus municipaux à « se repérer, fixer le cap, agir pour l'accès aux soins ».

<https://www.calameo.com/fhf/read/0037957021c3ad017d3a3?page=1>

Il se présente en 3 parties :

✓ L'hôpital public pilier de l'accès aux soins sur tous les territoires (charité bien ordonnée...)

- Les établissements publics : cœur du système de santé,
- Le service public hospitalier : principal pilier de la continuité du système de santé,
- L'organisation interne de l'hôpital public.

✓ Les élus acteurs clé de la gouvernance sanitaire :

- Les élus dans la gouvernance hospitalière : le conseil de surveillance, le conseil d'administration des ESSMS, le comité territorial des élus locaux du GHT,

- Démocratie sanitaire : la voix des territoires dans les décisions de santé : CRSA , CSOS et CTS,
 - Les élus dans la gouvernance des ARS : les élus au cœur du pilotage régional.
- ✓ Les défis du système de santé, quels leviers pour agir ?
- Un système de santé sous tension : des constats largement partagés,
 - Des leviers structurants pour préparer l'avenir :
 - Financer à son juste niveau le service public de santé et de l'autonomie,
 - Inscrire l'action publique dans le temps long grâce à une loi de programmation en santé,
 - Faire de la prévention et de la pertinence des soins des priorités nationales,
 - Renforcer l'organisation territoriale des soins

« Guide et informations pratiques pour les maires » (ARS)

L'ARS BFC vient de publier un guide pour les maires décliné pour chacun des 8 départements de la région.

Dans chaque guide, le maire pourra trouver les informations suivantes :

- ✓ Ses interlocuteurs à la direction territoriale l'ARS: eaux, offre et projets de santé, signalements, établissements recevant du public (ERP), habitat insalubre,
- ✓ Les aides à l'installation pour les professionnels de santé dans sa commune,
- ✓ Les différentes formes d'exercice coordonné : maison de santé pluri professionnelle (MSP), équipe de soins primaires (ESP), centre de santé (CDS), communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS),
- ✓ Le maire et l'ARS partenaires pour la santé environnementale,
- ✓ Soins psychiatriques sans consentement : la compétence du maire en matière de soins sans consentement, que faire quand une personne présente des troubles mentaux manifestes et un danger imminent pour la sûreté des personnes ?
- ✓ Déclarer un décès par voie électronique : comment ça marche ? : à quoi sert le certificat de décès ? Les avantages de la voie électronique, comment faire pour passer à la voie électronique ?
- ✓ La représentation des élus dans la gouvernance du système de santé : la CRSA, les conseils territoriaux de sante (CTS), les conseils de surveillance et conseils d'administration des établissements de santé et médico-sociaux
- ✓ Les contrats locaux de sante (CLS)

Ces guides sont téléchargeables sur le site de l'ARS :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/guide-des-maires-0>

6- *« Guide méthodologique une seule santé » (ARS BFC)

Le groupe projet « une seule santé » de l'ARS BFC a publié en mars un guide méthodologique (52 pages).

Il vise à soutenir les acteurs locaux, dans la mise en œuvre concrète de l'approche « une seule santé » (USS) dans leurs territoires.

Il s'adresse aux acteurs qui œuvrent dans les territoires : communes, agglomérations, bassins agricoles, parcs naturels, maisons ou centres de santé, ... et qui portent ou contribuent à des dynamiques telles que les Projets Alimentaires Territoriaux (PAT), les Plan Climat-Air-Énergie Territoriaux (PCAET), Plans Locaux d'Urbanisme (PLU), Schéma de COhérence Territoriale (SCOT) ou les Contrats Locaux de Santé (CLS)

file:///C:/Users/33770/Downloads/USS_GUIDE_METHODODO.pdf

Il se présente en 2 parties :

- ✓ pourquoi et comment intégrer l'approche « une seule santé » dans son territoire ?
 - Pourquoi utiliser l'approche Une seule santé ?
 - Comment impulser l'approche Une Seule Santé sur un territoire ? ..
 - Quelles sont les thématiques propices à l'approche Une seule santé pour un projet territorial ?
- ✓ outils transversaux
 - Faire connaissance avec l'approche Une seule santé et se l'approprier,
 - Des ressources pour sensibiliser, former et mobiliser,
 - Grille de lecture : analyser un projet collectif.

Il est complété de 6 fiches thématiques : alimentation saine et durable, aménagements territoriaux favorables aux trois santés, qualité des milieux de vie, bien-être, santé mentale et bénéfiques du dehors, soins écoresponsables, zoonoses.

7- Evaluation des politiques de santé environnementale :

Le comité d'évaluation et de contrôle (CEC) a autorisé la publication du rapport de la mission parlementaire d'évaluation des politiques de santé environnementale (295 pages)

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cec/l17b2689_rapport-information.pdf

Voir la synthèse (4 pages)

<https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/dyn/contenu/visualisation/1106481/file/4%20P%20SE%20V2.pdf>

Le rapport constate tout d'abord que face à des enjeux vertigineux et une demande d'action publique et de protection de plus en plus forte, la santé environnementale constitue une politique encore émergente et sous-dimensionnée dont les moyens et les outils sont hors de proportion avec les besoins.

Pour combler rapidement des lacunes criantes dans la connaissance que nous avons des effets sanitaires des pollutions environnementales, il est indispensable de changer rapidement d'échelle dans le soutien à la recherche, à l'expertise et à la surveillance mais aussi de faire prévaloir une approche globale et décloisonnée des enjeux.

Le rapport propose 85 recommandations.

8- Cybersécurité : feuille de route 2026 - 2027

Chaque jour l'actualité nous rapporte des faits de cyberattaque : en dernier lieu celle de l'agence nationale des titres sécurisés (ANTS - la mal nommée).

Les services du 1^o ministre viennent de publier « la feuille de route des efforts prioritaires en matière sécurité numérique de l'Etat 2026-2027 » (9 pages)

<https://cyber.gouv.fr/nous-connaître/publications/feuilles-de-route-de-la-securite-numerique-de-letat/feuille-de-route-de-securite-numerique-2026-2027/>

Elle propose 40 actions autour de 10 axes de progrès :

Renforcer la gouvernance

Homologuer les systèmes d'information

Maîtriser l'écosystème dans lequel les systèmes d'information sont mis en œuvre

Assurer le maintien en condition de sécurité des systèmes d'information

Sécuriser les services exposés sur Internet

Renforcer l'authentification et la gestion des accès

Renforcer la sécurité de l'administration des systèmes d'information

Améliorer la supervision et la réponse à incidents

Intégrer la cybersécurité dans les plans de reprise d'activité
Préparer la transition vers la cryptographie post-quantique

10 Agenda de mai :

- **4 mai** : 17h CTS 70 bureau
- **5 mai** : états généraux de la bioéthique à Dijon (journée)
- **6 mai** : 14h webinaire France Assos Santé sur le renouvellement des CRSAs
- **7 mai** : 9h CSOS
- **7 mai** : états généraux de la bioéthique à Besançon (journée)
- **18 mai** : 14h CSOS
- **19 mai** : 14h CTS 89 séance plénière
- **19 mai** : 15h copil télésanté
- **19 mai** : France assos Santé
 - Matin 9h30 : assemblée régionale ordinaire
 - Après-midi 14h-16h : information et échanges sur le renouvellement de la CRSALieu : Dijon Hotel Ibis gare 15 rue Albert 1^{er}
- **21 mai** : 16h CCCAR urgences
- **26 mai** : 14h30 webinaire France Assos Santé les RU en CCAR urgences
- **29 mai** : ARUCAH
 - Matin 9h : assemblée générale
 - Après-midi 14h-16h : présentation de l'IRFCLieu Besançon (Maison des Familles)

Au-delà de mai : les dates à retenir

- **9 juin** : 10h-12h commission permanente de la CRSA en présentiel et visio
- **13 juin** : 8h30-17h . 3^o colloque santé environnementale de l'URPS médecins libéraux sur le thème :
 - « Peau, Cosmétiques et Environnement : comprendre pour mieux protéger »Lieu : Palais des congrès à Beaune.
Public : professionnels de santé sauf « autre profession ou institution
Inscription :
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd0HQS9yCltyrST-zK6xoH5fFn19OyAQXwTRM2u09cbK74HHA/viewform?pli=1>
- **24 juin** : 14h CRSA plénière
- **26 juin** : 14h CSOS
- **29 juin au 2 juillet** : **université d'été francophone de santé publique de Besançon**
La 23^{ème} Université d'été francophone en santé publique aura lieu à Besançon du 29 juin au 2 juillet 2026.
Le programme complet propose 12 modules :
 - Le plaidoyer : comment développer sa capacité à convaincre et rallier,
 - Inégalités sociales de santé : comment construire l'action publique ? Du cadrage du problème à la planification de l'action,
 - Une seule santé (One health) : du concept à la pratique
 - transfert de connaissances en santé publique : de la théorie à la pratique
 - Des politiques publiques aux pratiques professionnelles : comment prendre en compte les stéréotypes et discriminations dans les parcours de santé ?
 - La capitalisation : produire et partager les savoirs issus de l'expérience en promotion de la santé,

- Développer des projets de prévention et de promotion de la santé en soins de premier recours,
- Développement des compétences psychosociales (CPS) : les enjeux d'une démarche globale dans un contexte national de déploiement massif de projets sur ces aptitudes individuelles,
- Repères pour penser, interroger, les pratiques professionnelles et concevoir des projets participatifs au regard de la promotion de la santé,
- Santé mentale publique : repères pour agir,
- Promouvoir la santé sexuelle : du concept à l'action,
- Numérique et innovation en (promotion de la) santé

Pour connaître le détail :

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

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

- **16 octobre** : 9h-17h ARUCAH journée de formation sur l' « Expérience Patient » (Besançon à la Maison des Familles)

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