



# La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 96 Aout 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

## Nouveau droit, nouvel espace de liberté

En votant définitivement la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir le 15 juillet, les députés ont ouvert un nouveau droit et un nouvel espace de liberté.

### **Une loi sociétale :**

A n'en pas douter, cette loi fera date et comptera parmi celles qui ont marqué la société française, parmi lesquelles on peut citer:

- ✓ La loi du 28 décembre 1968 « relative à la régulation des naissances » (loi Neuwirth),
- ✓ La loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse (loi Veil),
- ✓ La loi du 9 octobre 1981 « portant abolition de la peine de mort » (loi Badinter),
- ✓ La loi du 17 mai 2013 « ouvrant le mariage aux couples de même sexe » (loi Taubira)
- ✓ La loi du 2 août 2021 « relative à la bioéthique » qui élargit la procréation médicalement assistée (PMA) aux couples de femmes et aux femmes seules, donne de nouveaux droits aux enfants nés d'une PMA, donne une filiation aux enfants nés à l'étranger par GPA etc...

### **Une longue évolution :**

Cette loi intervient au terme d'une longue histoire qui s'est écrite en plusieurs étapes :

- ✓ La loi du 9 juin 1999 « visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs »,
- ✓ La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », consacrant deux principes étroitement liés : le droit à l'information et le droit au consentement (et au refus de consentement),
- ✓ la loi du 22 avril 2005 « relative aux droits des malades et de la fin de vie » dite loi Léonetti qui introduisait dans le droit la notion d'« obstination déraisonnable » pour qualifier les actes « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » et qui permet qu'ils puissent « être suspendus ou ne pas être entrepris »,
- ✓ La loi du 2 février 2016 « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » dite loi Claeys Léonetti, instaurant un droit à « une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ».
- ✓ Les différents avis du CCNE :
  - Avis 63, « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie » du 27 janvier 2000,
  - Avis 21 « Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir » du 30 juin 2013
  - Avis 139 « les questions éthiques relatives aux situations de fin de vie : autonomie et solidarité » du 30 juin 2022 qui concluait qu'« il existe une voie pour une application éthique d'une aide active à mourir, à certaines conditions strictes, avec lesquelles il apparaît inacceptable de transiger », ainsi qu'à la nécessité d'un débat public.
- ✓ La promesse plusieurs fois réitérée du président de la république en 2017 et 2022,

- ✓ La convention citoyenne (la 2<sup>e</sup> du genre) qui a remis ses propositions au chef de l'Etat en avril 2023,
- ✓ Le projet de loi rédigé par Agnès Firmin-Le Bodo, déposé le 10 avril 2024,
- ✓ La décision du 1<sup>er</sup> ministre Bayrou de scinder le projet en 2 : l'un pour les soins palliatifs et l'accompagnement de fin de vie, l'autre pour un droit à l'aide à mourir,
- ✓ La loi du 26 mai 2026 « visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs »

Elle est aussi le résultat d'une longue évolution de l'opinion collective alimentée par quelques « affaires » célèbres comme l'affaire Vincent Humbert (2002-2003), et par le choix de recourir au suicide assisté à l'étranger par des personnes médiatiquement connues.

### ***Une ultime liberté :***

Cette loi franchit un cap décisif en instaurant un droit au suicide assisté ou à l'euthanasie, autrement dit en donnant à certains patients, dans des conditions très encadrées, le dernier mot, l'ultime liberté, celle de choisir sa fin de vie indépendamment de l'Etat ou des religions. La France, après d'autres pays, abolit le tabou qui entoure souvent les fins de vie douloureuses, et rompt avec l'hypocrisie inégalitaire qui conduit des personnes à l'achat clandestin de produits létaux ou à des voyages à l'étranger.

### ***Un choix préservé:***

Le débat a divisé, et dans son principe, la légalisation de l'aide à mourir choque une fraction de l'opinion pour des raisons éthiques, philosophiques, professionnelles et religieuses., toutes aussi respectables les unes que les autres.

Mais le droit de choisir sa mort, n'oblige personne à l'exercer et il ne retire rien à ceux qui le rejettent.

Initialement le projet de loi englobait les soins palliatifs et le droit à l'aide à mourir. A juste titre le 1<sup>er</sup> ministre Bayrou, a choisi de le scinder en deux projets distincts. Ainsi est née la loi du 26 mai 2026 « visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs ».

Le patient aura donc toujours le choix entre, d'une part un accompagnement et des soins palliatifs qui devront lui être systématiquement proposés, et d'autre part le recours à ce nouveau droit.

L'accès aux soins palliatifs, est une condition essentielle pour que des malades ne demandent pas à être aidés à abrégier leur vie faute d'avoir reçu des soins pouvant alléger leurs souffrances.

### ***Un juste équilibre :***

Les cinq critères cumulatifs exigés par la loi, la procédure collégiale aboutissant à la décision d'un médecin et toutes les conditions qui entourent l'exercice de ce nouveau droit garantissent un juste équilibre entre le respect des patients, et celui des soignants, protégés par une clause de conscience.

Ces conditions n'ont pas suscité de commentaires dans les jours qui ont suivi le vote de cette loi, sinon de la part du Professeur Didier Sicard ancien président du CCNE de 1999 à 2008 et dont il est encore le président d'honneur, dans une longue interview au journal Le Monde , publiée le 20 juillet.

Il porte un regard critique sur cette loi regrettant que l' « on bureaucratise l'euthanasie pour la rendre acceptable ». Il déclare : « mon principal reproche est que cette loi présume qu'une personne malade en fin de vie aurait la capacité d'exprimer une « volonté libre et éclairée » de choisir de hâter sa mort : c'est une pure fiction ».

### **Un débat démocratique :**

Depuis sa dissolution le 9 juin 2024, l'assemblée nationale n'a pas retrouvé cette majorité parlementaire qui caractérise la V<sup>e</sup> République depuis sa création. Cette situation majorée par la diversification des partis et courants politiques rend difficile tout consensus et nous offre souvent des débats chaotiques et affligeants.

Toutefois, au fil des différentes lectures, et en votant cette loi le 15 juillet, les députés ont montré qu'ils sont capables de délibérer sereinement sur un sujet des plus complexes, et de dépasser les clivages partisans afin de satisfaire une demande sociale.

On ne peut pas dire la même chose du sénat qui, le 7 juillet, plutôt que d'afficher l'hostilité de sa majorité à ce projet, a préféré « botter en touche » en votant une question préalable.

### **Le contenu de la nouvelle loi :**

Pour être exécutoire, une loi doit être promulguée par le Président de la République et publiée au journal officiel.

A ce jour (31 juillet) ce n'est pas encore le cas puisque le conseil constitutionnel a été saisi de plusieurs parts : le 1<sup>er</sup> ministre, le président du sénat, plus de 60 députés, plus de 60 sénateurs et le RN.

Le texte voté le 15 juillet est accessible en ligne (19 articles)

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/I17t0332\\_texte-adopte-provisoire.pdf](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/I17t0332_texte-adopte-provisoire.pdf)

Il s'agit encore, pour l'instant, que d'un document établi à titre provisoire ; seule « la petite loi » publiée ultérieurement aura valeur de texte authentique.

Le contenu de cette loi a été abondamment diffusé et commenté par les médias.

Néanmoins, d'éventuelles réserves du conseil constitutionnel ne pouvant être exclues, nous préférons garder son analyse pour la prochaine lettre, après sa publication au journal officiel.

## **1. Le dossier du mois : le Préfet et le DG de l'ARS**

Ce n'est pas le titre d'une fable mais la tentative d'expliquer l'évolution récente des rapports entre les préfets (de région et de départements) et le DG de l'ARS.

Depuis plusieurs mois déjà l'exécutif a affiché sa volonté de recentrer le préfet au cœur de l'action déconcentrée de l'état aux niveaux régional et départemental.

La première étape de cette « reprise en main » a été le décret du 30 juillet 2025 pris par le gouvernement Bayrou (23 décembre 2024 au 9 septembre 2025).

Elle s'est poursuivie avec le décret du 22 juillet dernier (JO du 23) concernant le fonds d'intervention régional (FIR).

### **1- Un premier recadrage : le décret du 30/07/2025**

Le décret du 30 juillet 2025 (JO du 31, 6 pages, 23 articles) vient modifier celui du 29 avril 2004 « relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ».

De ce fait sa lecture est difficile, et pour y voir plus clair il est conseillé de se reporter à la version du décret 29 avril 2004 actualisée à la date de sa lecture :

<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000249712/2026-07-23>

Pour ce qui relève du domaine de la santé et du médicosocial et des relations avec l'ARS nous avons pu relever les modifications qui suivent :

✓ *En matière de services ouverts au public :*

« Les projets ayant une incidence sur la répartition territoriale des services ouverts au public placés sous l'autorité de la direction régionale ou départementale des finances publiques, des services académiques ou départementaux de l'éducation nationale, des **agences régionales de santé ou de leurs délégations départementales** sont soumis à l'avis du préfet de région ou de département concerné.

✓ *En matière de planification :*

« Outre l'avis sur le projet régional de santé (PRS) [...], le préfet de région émet un avis sur les projets soumis à la décision du DG 1 de l'ARS ayant une incidence significative sur le schéma régional de santé (SRS) ».

✓ *En matière d'autorisation d'activité :*

« Le préfet de région émet un avis, après consultation du préfet de département concerné, avant toute décision de retrait, par le DG de l'ARS, d'une autorisation d'activité de soins [...] ou toute décision d'abrogation d'une autorisation prévue au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles.

« Préalablement à toute décision de suspension d'une autorisation d'activité de soins [...] ou d'une autorisation prévue au b de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, le DG de l'ARS recueille l'avis du préfet de département concerné.

« En cas d'urgence, le DG de l'ARS suspend les autorisations [...] et en informe le préfet de département. »

✓ *En matière de gestion des RH*

« Pour les autres chefs des services déconcentrés des administrations civiles de l'Etat, les **DG des ARS** et, sous réserve des dispositions législatives régissant le fonctionnement des établissements publics, les responsables territoriaux des établissements publics de l'Etat, le préfet contribue à la fixation de leurs objectifs et émet un avis qui doit être pris en compte pour leur évaluation finale [...]. Cet avis porte notamment sur la part variable de la rémunération de l'agent. Le préfet est informé de l'évaluation définitive de l'agent ».

## **2- FIR : l'intrusion du préfet**

Avant de voir les modifications apportées par le décret du 22 juillet (JO du 23), il n'est pas inutile de rappeler les notions de base concernant le FIR.

✓ **Qu'est-ce que le FIR ?**

*Fondement juridique :*

Le FIR est inscrit dans le CSP sous les articles :

- L 1435-8 à 11 issus de la loi du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012 modifiée,
- R 1435 -16 à 1435 -3—2

Ces dispositions figurent au sein du chapitre « modalités et moyens d'intervention des ARS »

*Les missions du FIR :*

Le FIR finance, sur décision des ARS, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

- à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie,
- à l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale,

- à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire,
- à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels,
- au développement de la démocratie sanitaire.

*Les ressources du FIR :*

Elles sont constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre [...], en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie,
- le cas échéant, une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA),
- le cas échéant, toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

*Son montant en BFC :*

De 160 743 K€ en 2017, le montant des crédits délégués est passé à 250 016 K€ en 2025

Sa répartition entre les 5 missions pré citées est la suivante :

- Mission 1 : promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie : 38 743 721€
- 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€,
- Mission 3 : permanence des soins et répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire : 68 683 848€,
- Mission 4 : efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et amélioration des conditions de travail de leurs personnels : 57 619 786€,
- Mission 5 : développement de la démocratie sanitaire : 208 911€

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 FIR. En réalité la CRSA n'est pas consultée à priori mais simplement informée à posteriori.

Pour en savoir davantage voir lettre N°93 de mai 2026 § 7-3 et le site de l'ARS :

[file:///C:/Users/33770/Downloads/FIR\\_bilan2025-1.pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/FIR_bilan2025-1.pdf)

✓ ***Les apports du décret du 22 juillet 2026:***

Jusqu'à présent le FIR est à la main exclusive du seul DG de l'ARS.

Le décret du 22 juillet 2026 (JO du 23) « relatif à l'intervention du préfet dans le versement du FIR des ARS » met fin à ce monopole et consacre l'intervention du préfet.

Il introduit 4 nouveaux articles dans le code de la santé (R 1435- 28-1 à 4)

*Les dotations départementales du FIR :*

« Chaque année, le DG de l'ARS répartit, dans le respect des orientations définies par le Conseil national de pilotage [...] une partie des crédits qui sont délégués à l'agence au titre du FIR [...] en dotations départementales limitatives.

« Il arrête, sur proposition des directeurs départementaux de l'agence, les projets susceptibles d'être financés au titre de ces dotations ».

Cette disposition sera applicable à partir du 1° janvier 2027.

### *Information et consultation du préfet :*

Par dérogation aux dispositions du décret du 29 avril 2004 concernant les relations du préfet avec les établissements publics et les GIP, le DG de l'ARS :

- **informe** le préfet de département de toute décision d'intervention financière significative que le directeur général s'apprête à prendre au profit d'un établissement de santé au titre du FIR.
- **consulte** préalablement le préfet de région, ou, le cas échéant, le préfet de département sur tout projet de décision d'intervention financière significative au profit d'un acteur local, autre qu'un établissement de santé, au titre du FIR

Le préfet peut demander au DG de procéder au réexamen de sa décision qui dans ce cas suspend son exécution jusqu'à son réexamen.

Le préfet compétent est :

- le préfet de région pour les décisions ayant une portée régionale ou concernant plusieurs départements,
- le préfet de département pour les décisions concernant son seul département.

### *Mise en œuvre :*

Pour la mise en œuvre de ces dernières dispositions, un arrêté interministériel ( santé et intérieur) fixera les modalités d'application, « notamment le champ des décisions concernées en tenant compte de l'objet de celles-ci et de la catégorie de leurs bénéficiaires ».

Il faudra certainement aussi attendre des instructions et/ou des circulaires interministérielles.

### ✓ **Quelle justification ?**

Les ministres de l'intérieur et de la santé ont présenté ce décret au conseil des ministres du 22 juillet. Voici quelques morceaux choisis de leur intervention justifiant cette décision:

- « renforcer la proximité et l'efficacité de l'action publique en santé. Ce décret vise à renforcer l'association des préfets à certaines décisions de financement du FIR ».
- « rapprocher les décisions des territoires, [et] mieux articuler l'action des ARS avec les priorités définies localement et renforcer la cohérence de l'action de l'Etat au service de l'accès aux soins »,
- « renforcer la territorialisation des financements en santé en créant des dotations départementales »,
- « le décret traduit ainsi la volonté du Gouvernement de renforcer la coordination entre les préfets et les ARS dans les territoires »
- « le Gouvernement réaffirme ainsi sa volonté de renforcer l'ancrage territorial des ARS, en les rapprochant davantage du terrain, en confortant la place des élus et en renforçant la cohérence de l'action de l'Etat ».

On appréciera !

### ✓ **Quelle nécessité ?**

Pour mémoire il faut rappeler que les ARS sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif (article L1432-1 du CSP). Elles sont « dotées d'un conseil d'administration et dirigées par un directeur général ».

Le CA (article 1432-3) est composé :

- de représentants de l'état,
- de représentants de l'assurance maladie,
- de représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements,
- de représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Il est présidé par le représentant de l'Etat dans la région (le préfet de région) assisté de 4 vice-présidents, dont 3 désignés parmi les membres représentant les collectivités territoriales.

L'examen de ses compétences témoigne qu'il est de nature à contrôler toute dérive et à garantir l'intérêt des territoires.

#### ✓ **Quels risques pour quels bénéfices ?**

Cette nouvelle organisation comporte le risque de créer une strate supplémentaire, d'allonger les circuits administratifs et de ralentir l'action publique qui n'est déjà pas toujours rapide, voire de créer des rivalités (une guerre des chefs).

Pour quels avantages ? Nous n'en voyons aucun ; en tout cas pas celui de la démocratie en santé. Il n'est fait aucune mention des CTS qui sont pourtant des instances territoriales réunissant des représentants des élus et des usagers des territoires.

Une occasion manquée de remettre « en selle » la CRSA et les CTS, autrement dit la démocratie en santé.

N'aurait-il pas suffi d'introduire un peu plus de démocratie dans la gestion du FIR par les ARS ?

## 2. Le réseau France santé

Lancé dans la précipitation et avec un grand battage médiatique en décembre 2025, le dispositif France Santé annoncé par le 1<sup>er</sup> ministre lors de son déplacement à Macon le 13 septembre semble actuellement au point mort en dépit d'une 1<sup>re</sup> vague de labellisation juste avant la fin 2025.

Une circulaire (donc une simple mesure interne à l'administration sans valeur réglementaire) du 16 juin (27 pages) cosignée par la ministre de la santé et la ministre de l'aménagement du territoire et de la décentralisation, adressée aux préfets et DG d'ARS vient éclairer notre lanterne sur ce dispositif.

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2616199C.pdf>

#### **Les objectifs :**

« Le réseau France santé vise à structurer, sur l'ensemble du territoire, une offre de soins de proximité, coordonnée, lisible, accessible en moins de 30 minutes et garantissant une réponse dans les 48 heures. [Il] s'inscrit dans la politique de lutte contre les déserts médicaux ».

L'objectif quantitatif est de 5 000 structures labellisées à l'horizon 2027 avec une cible intermédiaire de 2 000 à la fin de l'été 2026.

#### **La labellisation :**

##### ✓ **La candidature :**

Pour la 1<sup>re</sup> vague, il y avait eu un appel à candidatures (AAC) dans chaque région.

Il semble que cette procédure soit abandonnée puisque la circulaire prévoit que Les structures souhaitant rejoindre le réseau déposent une déclaration d'intention sur la plateforme numérique dédiée.

Autrement dit, les candidatures peuvent se faire au fil de l'eau.

Pour 2026, Il est simplement précisé que pour les formulaires de déclaration d'intention déposés à compter du 11 juillet 2026, le financement sera accordé au prorata temporis.

##### ✓ **L'instruction**

« Le déploiement du réseau doit reposer sur une concertation étroite avec les professionnels de santé, les établissements et les élus locaux ».

La labellisation est placée sous la responsabilité conjointe des DG d'ARS et des préfets (cf. supra) « en lien avec les présidents de Conseil départemental investis ».

« Elle repose sur l'adhésion des professionnels de santé et associe étroitement les élus locaux en particulier les maires et présidents d'EPCI ».

Dans les faits , des copils départementaux ont été constitués pour instruire ces candidatures, auxquels des représentants du conseil de l'ordre, de l'URPS, voire de la Femasco ont pu être associés.

Mais , ni les CTS, ni les représentants des usagers sur les territoires, alors que se sont les premiers intéressés, n'ont été associés aux copils départementaux.

En BFC , France Assos Santé a adressé, le 17 février, un courrier conjoint à la Directrice Générale de l'ARS et au Préfet de Région pour regretter cette absence de concertation. Ce regret a d'ailleurs été partagé par la commission permanente de la CRSA.

Dans leur réponse rapide (10 mars) ils affirment que : « la préfecture de région et l'ARS vous confirment être favorables au renforcement de l'implication des représentants des usagers et répondent très favorablement à votre demande ».

A fin juillet les représentants des usagers n'ont pas encore été sollicités mais peut-être les copils départementaux attendent-ils d'avoir un nombre suffisant de candidatures pour se réunir.

#### ✓ *La décision :*

« Le label est accordé par courrier conjoint de l'ARS et du préfet et, le cas échéant, du président du Conseil départemental. Ce courrier est adressé à la structure (candidate) et à la Caisse (la CPAM concernée), puis enregistré par l'ARS ».

A ce stade il ne semble pas y avoir de lien contractuel celui-ci n'apparaissant qu'ultérieurement entre la structure labellisée et la CPAM pour fixer les conditions financières.

#### ***Les critères de labellisation :***

L'offre de service socle de France Santé repose sur les critères suivants :

- la présence d'un médecin généraliste avec une « patientèle traitante » (ou en cours de constitution),
- la présence d'un professionnel infirmier au sein de la structure (ou à proximité). Il peut être un IDE ou un IPA, qu'il soit associé, salarié ou mobilisé via un partenariat formalisé avec une organisation proposant une offre infirmière,
- une ouverture au public au moins 5 jours par semaine,
- l'application des tarifs opposables, sans dépassement d'honoraires,
- la réponse aux patients en moins de 48 heures lorsque l'état de santé le nécessite via la participation au SAS ou à la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

#### ***Les structures éligibles :***

Le label France Santé concerne un ensemble de structures concourant à l'accès aux soins de premier recours :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP),
- les centres de santé médicaux ou polyvalents (CDS),
- les cabinets médicaux libéraux,
- les équipes de soins primaires (ESP).

Dans les territoires les plus fragiles, les critères peuvent être adaptés pour inclure des structures contribuant à l'accès aux soins de proximité :

- les établissements de santé assurant des soins primaires tels que les hôpitaux de proximité,
- les lieux de consultations solidaires déployés dans le cadre du dispositif « un médecin près de chez vous »,
- les medicobus,
- les pharmacies d'officine lorsqu'elles contribuent à l'accès aux soins de premier recours sur les territoires les moins dotés en médecins généralistes.

Leur inclusion peut être retenue dans des territoires éloignés des autres structures France Santé et lorsqu'elles proposent une offre complémentaire (téléconsultation

médicale, participation à la prise en charge de situations cliniques telles que TROD ou dispositifs de type OSyS).

*On ne voit pas bien quelles structures pourraient en être exclues et comment certaines de ces structures éligibles peuvent répondre aux critères d'éligibilité cités ci-dessus.*

### ***Le financement : montant et principes***

La circulaire distingue 2 niveaux de financement : un financement socle et un financement complémentaire, tout en précisant que « l'investissement financier au titre de France Santé représente en moyenne 50 000 euros par structure et par an ».

Cela laisse entendre que le financement (socle et complémentaire) ne peut excéder 50 000€ par an et qu'il est pérenne.

Le financement complémentaire est assimilable à un financement par projets ; « il a vocation à devenir majoritaire au plus tard en 2029 ».

#### ***✓ Le financement socle :***

Il est forfaitaire, accessible à l'ensemble des structures dès lors qu'elles remplissent les critères de labellisation. Il peut être modulé en fonction de la taille (estimée notamment en fonction de la file active de patients) et de la nature de la structure (sans autre précision).

#### ***✓ Le financement complémentaire***

Il est destiné à soutenir des projets spécifiques, structurés autour de quatre thématiques constituant 4 « briques » au sens de la circulaire :

- renforcer l'**accès aux soins** (soins à domicile, accès dans les territoires les plus fragiles ou extension des horaires d'ouverture),
- favoriser la coordination des **parcours**,
- favoriser la prise en charge de patients en situation de **vulnérabilité**,
- développer les actions de **prévention** et répondre aux priorités de santé publique (exemples : bilans de prévention, vaccination, dépistage).

Les structures doivent choisir 2 objectifs par brique parmi les suivants :

- accès aux soins :
  - encourager l'activité à domicile ou la téléconsultation assistée
  - encourager l'augmentation d'amplitude horaire en début de soirée et/ou samedi matin,
  - renforcer la participation aux SNP (soins non programmés) régulés pour les médecins et autres professions,
  - développer une offre médicale supplémentaire en ZIP (antenne, consultations avancées)
- Prévention :
  - accélérer le développement du bilan prévention pour les patients vulnérables ou la réalisation des bilans partagés de médication,
  - développer une offre pertinente pour la prise en charge de la santé mentale,
  - encourager l'amélioration de la couverture vaccinale,
  - encourager l'amélioration des taux de dépistages
- vulnérabilité :
  - favoriser la prise en charge des patients en situation de précarité
  - renforcer l'offre médico-sociale disponible pour la prise en charge (médiateur en santé...)

- accompagner l'amélioration de l'accueil et prise en charge des patients en situation de handicap (accessibilité de la structure)
- Encourager le repérage de la fragilité puis la prise en charge (ICOPE)
- Parcours
  - encourager la participation aux programmes nationaux (MRTC, PCR)
  - encourager la poursuite de l'action « 0 patients ALD sans MT
  - renforcer la coordination entre PS de la structure pour leur patientèle ALD (taux de file active d'équipe)
  - diminuer le délai d'accès au second recours (présence de spécialiste, partenariats avec ESS...) ou une meilleure articulation du lien ville-hôpital.

La circulaire ne donne aucune précision concernant la répartition des 50 000€ entre le financement solde et le financement complémentaire (ou mettons le curseur ?).

### ***Modalités de financement :***

Pour l'origine des financements, la circulaire distingue :

#### ***✓ les structures conventionnées : financement CPAM***

Pour les MSP et les centres de santé (CDS) des avenants à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) ou à l'accord national (AN) nouvellement signés, définissent les modalités de financement par l'assurance-maladie (les CPAM).

Ces avenants sont été approuvés par arrêtés du 1<sup>er</sup> juillet (JO du 9) cf. infra ,§ ? 9 et 10

La déclaration d'intention vaut acceptation de l'avenant : aucun contrat supplémentaire n'est nécessaire.

#### ***✓ les structures non conventionnées : financement FIR***

Pour les cabinets de groupe, les équipes de soins primaires, les maisons de santé non conventionnées ou les établissements de santé, les DG d'ARS « disposent d'une grande souplesse dans l'allocation des ressources afin d'assurer une bonne adéquation avec les besoins identifiés par les professionnels et pour tenir compte de la variété des projets pouvant être déployés » .

« Le versement des crédits repose sur une convention « France santé » conclue avec l'ARS et les financements sont mobilisés via le FIR ».

Les ARS devront « veiller à ce que le montant global des financements alloués via le FIR pour une structure soit cohérent avec celui des financements des autres structures conventionnées prévus au titre des ACI et AN ». Une convention type est à venir.

Les medicobus feront l'objet de dispositions spécifiques précisées par instruction.

Les pharmacies d'officine ne bénéficient pas de financements en lien direct avec le dispositif France santé. Cependant, le soutien aux officines jugées indispensables et aux nouvelles missions, repose sur la convention pharmaceutique qui fixe des critères d'éligibilité et des modalités de financements propres.

### ***Le suivi :***

Le déploiement est suivi via la plateforme en ligne existante.

Les ARS doivent veiller à réaliser le recensement et à mettre à jour les évolutions de la situation de chaque structure.

Pour les structures conventionnées, les indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont ceux prévus dans les accords signés. Pour les autres structures, les ARS peuvent mobiliser les mêmes indicateurs en retenant les plus pertinents, ou en déterminer d'autres.

Le réseau de l'Assurance maladie apporte son concours aux ARS dans le suivi de ces indicateurs.

### **France santé en BFC :**

#### ✓ *La situation actuelle :*

A la suite à l'appel à projets lancé le 17 novembre 2025, associé à un kit de communication, 99 structures ont reçu le label en BFC:

- 70 MSP,
- 16 centres de santé,
- 5 établissements de santé : Luxeuil, Lure et Gray ( du GH 70) , CH de Château Chinon, CH Haut de Bienne
- 1 médico-bus

#### ✓ *La cible :*

La circulaire fixe à 5 000 la cible nationale des structures labellisées. Pour la BFC elle est de 260, ainsi répartie :

- Côte-d'Or 31-41
- Doubs 43-53
- Jura 20-30
- Nièvre 22-32
- Haute-Saône 23-33
- Saône-et-Loire 49-59
- Yonne 28-38
- Territoire de Belfort 9

*Toute mesure visant à favoriser l'accès aux soins mérite intérêt. Toutefois, force est de constater qu'elles se multiplient sans que l'on en évalue l'impact, ni le cout. Elles constituent pour les professionnels autant d'opportunités qui se cumulent et posent la question de la rémunération de la médecine libérale.*

*Alors que l'on recherche de nouvelles économies pour l'assurance maladie dès cette année, à lui seul, le dispositif France Santé va couter à terme 50 000€ x 5 000= 250 M€ par an.*

### **3. EHPAD : la télé coordination**

On connaît la téléconsultation (assistée ou non), la téléexpertise, la télésurveillance, le télésoin, voici la télé coordination dans les EHPAD ou plutôt « l'exercice dématérialisé des missions de coordination en EHPAD » résultant de l'arrêté du 21 juillet (JO du 25).

Avant de présenter ce nouveau mode de coordination , il n'est pas inutile de rappeler quelles sont les missions du médecin coordonnateur.

#### **Les missions du médecin coordonnateur :**

Très largement étendues par le décret du 4 septembre 2025, les missions du médecin coordonnateurs sont énumérées par l'article D312-158 du CASF.

« Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

- élabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins et un programme de prévention, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue leur mise en œuvre,
- donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution,
- préside la commission de coordination gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Elle se réunit au minimum une fois par an,

- évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006,
- veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins,
- coordonne la réalisation d'une évaluation gériatrique et peut effectuer des propositions diagnostiques et thérapeutiques, médicamenteuses et non médicamenteuses. Il transmet ses conclusions au médecin traitant ou désigné par le patient. L'évaluation gériatrique est réalisée à l'entrée du résident puis en tant que de besoin,
- contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations. Il prend en compte les recommandations de bonnes pratiques existantes en lien, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien,
- contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement. Il peut également participer à l'encadrement des internes en médecine et des étudiants en médecine, notamment dans le cadre de leur service sanitaire,
- coordonne, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement.. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique qui peut émettre des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins.
- identifie les acteurs de santé du territoire afin de fluidifier le parcours de santé des résidents. A cette fin, il donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la continuité des soins ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels. Il favorise la mise en œuvre des projets de télémédecine ainsi que l'utilisation des services numériques en santé,
- identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la prévention, la surveillance et la prise en charge de ces risques,
- réalise des prescriptions médicales pour les résidents en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins, incluant la prescription de vaccins et d'antiviraux dans le cadre du suivi des épidémies de grippe saisonnière en établissement.
- peut assurer le suivi médical des résidents qui le souhaitent, et réaliser pour ceux-ci des prescriptions médicales
- élabore, après avoir évalué leurs risques et leurs bénéfices avec le concours de l'équipe médico-sociale, les mesures particulières comprises dans l'annexe au contrat de séjour.

« En cas d'impossibilité pour l'établissement de disposer du temps de coordination, l'exercice des missions énumérées [précédemment] peut, pour une durée limitée, être assuré par un médecin coordonnateur intervenant de façon dématérialisée, dans les conditions prévues par un arrêté du ministre chargé des personnes âgées. L'ARS est préalablement informée par l'établissement du recours à ce mode d'intervention ».

#### ***L'infirmier coordonnateur :***

Pour être complet il faut rappeler que l'article D 312-158-1 du CASF prévoit l'existence d' « un infirmier coordonnateur qui « participe à la coordination de l'équipe paramédicale, à

l'organisation et à la qualité des soins paramédicaux réalisés par l'équipe soignante et contribue aux projets d'amélioration continue de la qualité des soins » et qui « concourt à l'exercice des missions des médecins coordonnateurs ».

### ***L'exercice dématérialisé des missions de coordination***

L'arrêté du 21 juillet fixe les modalités d'exercice dématérialisé des missions de coordination.

#### ***✓ Les obligations du responsable de l'EHPAD :***

- informer le DG de l'ARS par tout moyen permettant d'en attester la date de réception au moins 15 jours avant le début de cet exercice,
- accompagner sa déclaration de la présentation détaillée des démarches infructueuses entreprises pour disposer d'un médecin coordonnateur ainsi que des modalités d'organisation retenues pour assurer les missions de coordination. La preuve de ces démarches peut être exigée par le DG de l'ARS..

#### ***✓ Les exigences à respecter :***

- un contrat dédié est établi afin d'encadrer les relations entre l'établissement et le médecin coordonnateur nommément identifié ou le cas échéant, le représentant légal de la personne morale mettant à disposition les moyens nécessaires à l'exercice dématérialisé des missions de coordination,
- le médecin coordonnateur se rend au moins une journée par mois dans l'établissement. Ce temps de présence au sein de l'établissement peut être apprécié sur une période de 5 mois consécutifs au maximum et le cas échéant, l'établissement informe l'ARS de cette modalité de fonctionnement,
- l'établissement utilise un logiciel de soins conforme aux exigences en vigueur et en ouvre l'accès au médecin exerçant de façon dématérialisée.

#### ***✓ Une solution temporaire :***

La durée de l'exercice dématérialisé des missions de coordination est fixée à 12 mois. Durant cette période, le responsable de l'EHPAD est tenu de rechercher un médecin coordonnateur. Lorsqu'il n'a pu en recruter un au terme des 12 mois, il peut informer le DG de l'ARS de son intention de prolonger l'exercice dématérialisé des missions de coordination pour une nouvelle période de 12 mois.

Le recours à l'exercice dématérialisé ne peut excéder 36 mois à compter du début de l'exercice dématérialisé des missions de coordination.

#### ***✓ Le contrôle :***

Le DG de l'ARS s'assure du respect de ces conditions. Si l'une d'elles n'est pas remplie, il peut enjoindre l'établissement à mettre fin, à ses frais, au contrat.

#### ***✓ En résumé :***

La difficulté pour les EHPAD, surtout de petite taille et en milieu rural, à recruter un médecin coordonnateur est une réalité bien connue. Elle est la conséquence de la tension des ressources médicales et du faible intérêt pour la fonction.

Elle aggrave encore la réticence des médecins traitants libéraux à se rendre dans les EHPAD, contraignant certains d'entre eux à recourir à la téléconsultation assistée par le personnel de l'établissement.

La dématérialisation de cette fonction ne peut être qu'exceptionnelle et temporaire, sans que le texte dise ce qui arrive au terme du délai de 36 mois (3 ans !).

On notera le peu de confiance qui est fait aux directeurs d'EHPAD : preuve des recherches , contrôle de l'ARS...

Sur un plan pratique on peut s'interroger sur la faisabilité en distanciel de certaines des 13 missions du médecin coordonnateur.

On peut imaginer que cette nouvelle modalité va constituer pour les sociétés de téléconsultation un nouveau « territoire de chasse » et une nouvelle source de profit.

Si le CASF est précis en ce qui concerne le temps de travail et la rémunération du médecin coordonnateur salarié, le texte ne pose aucune règle sur ces 2 domaines.

Enfin ne serait-il pas opportun de chercher à mutualiser entre EHPAD la fonction de médecin coordonnateur, du moins pour ceux qui n'ont pas besoin d'un temps plein, avec les médecins du territoire.

Il reste à inventer le « télé séjour en EHPAD ».

#### 4. Santé mentale et psychiatrie : actualités

« Grande cause nationale 2025 - 2026 » oblige : la santé mentale et la psychiatrie font l'objet d'une certaine attention. Nous avons relevé 2 textes qui en témoignent, concernant :

##### ***La psychiatrie périnatale et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent***

L'instruction du 19 juin 2026 est consacrée aux modalités de renforcement de l'offre en psychiatrie périnatale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour l'année 2026 (11 pages)

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2613128J.pdf>

*Le contexte :*

En 2025, la dynamique de renforcement de l'offre de psychiatrie périnatale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en région s'est poursuivie et 25 M€ ont été mobilisés

Pour l'année 2026, il est proposé de reconduire cette démarche de renforcement pérenne de l'offre pour un montant de 10 M€ dont 360 000 € pour la BFC

*Les orientations 2026*

L'appel à projets 2026 répond à 2 orientations principales :

- ✓ La réponse aux publics vulnérables, notamment les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE), et ceux relevant d'une mesure émanant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ).
- ✓ Le repérage et l'intervention précoce des psychoses émergentes.

*L'organisation régionale :*

Les ARS sont invitées à relayer cette instruction auprès des établissements de santé autorisés en psychiatrie (y compris adulte) et à organiser un AAP (nous n'avons rien vu en BFC

Il leur revient d'organiser un jury ( experts psychiatres ou pédopsychiatres, coordonnateurs de PTSM, représentants des usagers), et de faire remonter les résultats à la DGOS pour le 18 décembre.

##### ***Les élèves présentant des signes de souffrance psychique :***

La circulaire interministérielle (santé, éducation nationale) du 29 juin 2026 est consacrée à l'amélioration de l'orientation et la prise en charge des élèves présentant des signes de souffrance psychique (5 pages)

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2611590C.pdf>

Dans le cadre de la Grande Cause nationale, la santé mentale des enfants et des adolescents (11-17 ans) est une priorité confirmée pour laquelle l'École a un rôle essentiel dans la prévention, le repérage, le suivi et l'orientation des élèves en souffrance psychique.

La circulaire définit :

- ✓ L'organisation de l'action coordonnée entre les professionnels de l'éducation nationale et les professionnels de santé du territoire, en cas de repérage d'une situation de souffrance psychique nécessitant des soins,
- ✓ L'organisation des liens entre les acteurs concernés sous l'égide de l'ARS et du rectorat.  
Les conventions entre les rectorats et les ARS seront mises à jour (ou rédigées) dans un délai de 6 mois

## 5. Veille législative et réglementaire :

### **Textes législatifs :**

- 1- Loi n° 2026-630 du 13 juillet 2026 « visant à assurer le droit de chaque enfant à être assisté d'un avocat dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative et de protection de l'enfance » (JO du 14/07)
  - « En matière d'assistance éducative, le mineur, sans condition de discernement, est assisté d'un avocat. Dès l'ouverture de la procédure, le juge des enfants demande au bâtonnier la désignation d'un avocat. Le juge en informe le mineur, ses représentants légaux et, le cas échéant, le service ou la personne à qui il a été confié. Le mineur peut également choisir librement son avocat »,
  - « la charge pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs » . *Encore une.*
- 2- Loi n° 2026-668 du 27 juillet 2026 « visant à doter la France d'une stratégie nationale de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires » (JO du 28/07).  
Parmi les mesures, nous avons relevé :
  - « L'Etat conduit une politique de lutte contre les maladies cardio-neuro-vasculaires et leurs facteurs de risques »
  - « Lors de ces rendez-vous de prévention, le professionnel de santé peut, en fonction de l'évaluation des facteurs de risques, mettre à la disposition du patient des outils de repérage précoce validés scientifiquement, notamment dans l'espace numérique de santé.
  - « Un rendez-vous de dépistage précoce des maladies cardio-neuro-vasculaires, notamment de l'hypercholestérolémie familiale, est réalisé dans l'année qui suit le sixième anniversaire de l'enfant par un médecin spécialement formé ».

### **Textes réglementaires :**

#### **1- CAMSP-CMPP**

Un décret du 26 juin (JO du 1/07) définit les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP). Nous reviendrons sur le sujet dans une prochaine lettre.

#### **2- La Direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé (DGRINES).**

Dans la dernière lettre nous avons cité le décret du 18 juin (JO du 20) relatif aux missions d'une nouvelle direction du ministère de la santé : la Direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé (DGRINES).

Lors du conseil des ministres du 1<sup>er</sup> juillet Le premier ministre a présenté un décret « modifiant les attributions du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle,

énergétique et numérique, du ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, et du ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'espace ».

Ce décret daté du 1<sup>er</sup> juillet (JO du 2) répond à des questions que nous nous posions.

Issue du rapprochement de plusieurs entités, équipes et missions jusqu'ici portées séparément, la DGRINES remplace :

- ✓ la délégation au numérique en santé (DNS) ,
- ✓ a sous-direction recherche et innovation de la direction générale de l'offre de soins (DGOS),
- ✓ l'article 51,
- ✓ l'Agence de l'innovation en santé (ANS)

### **3- FIR 2026 : contribution CNSA**

L'arrêté du 8 juin (JO du ) ( cf. lettre 94 §7-3 ) a fixé le montant du FIR pour 2026.

Chaque année la CNSA contribue par l'intermédiaire du FIR au financement :

- ✓ des groupes d'entraide mutuelle (GEM),
- ✓ des collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP),
- ✓ des centres régionaux d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI),
- ✓ des dispositifs d'appui à la coordination (DAC),
- ✓ du de système d'information de suivi des orientations Via Trajectoire Handicap (SI SDO)

Pour notre région, ces contributions sont les suivantes (décision CNSA du 19 juin, JO du 3/07) :

|        | GEM/CEISP  | MAIA/DAC    | CREAI     | SI SDO    | Total       |
|--------|------------|-------------|-----------|-----------|-------------|
| BFC    | 4 921 300  | 4 454 300   | 77 900    | 76 400    | 9 529 900   |
| France | 80 020 500 | 106 983 200 | 1 235 300 | 1 500 000 | 189 739 000 |

### **4- Personnes vulnérables : le « registre communal » :**

Sous cette désignation (officielle) on trouve le registre nominatif communal prévu à l'article L. 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) et créé en 2004.

Il permet aux maires de répertorier les personnes âgées et celles en situation de handicap afin d'organiser l'information et l'intervention des services sociaux, médico-sociaux et sanitaires en cas de risques exceptionnels, notamment climatiques (canicules par exemple)

La crise du COVID-19 a souligné l'importance de pouvoir identifier en amont les personnes en situation de vulnérabilité afin de leur fournir un accompagnement adapté et d'éviter une surcharge du système de santé en cas de crise.

*La loi « bien vieillir » :*

La loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » (dite loi « bien-vieillir ») a prévu l'extension du registre communal dans le but affiché de mieux atteindre ces objectifs.

L'article L 121-6-1 du code de l'action sociale et des familles, prévoit qu' « afin de favoriser l'intervention des services sanitaires, des CCAS ainsi que des établissements et des services sociaux et médico-sociaux [...] les maires recueillent les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et des personnes en situation de handicap qui sollicitent une telle intervention ».

*Le décret du 3 juillet :*

Un décret du 3 juillet (JO du 4) modifie les dispositions relatives au registre communal afin d'intégrer les évolutions apportées par la loi du 8 avril 2024, et redéfinir le cadre juridique du

registre communal en adaptant notamment les caractéristiques essentielles des traitements de données à caractère personnel.

On notera avec intérêt, la délibération de la CNIL du 18 décembre 2025 publié au JO du 4 /07 portant avis sur le projet de ce décret.

#### *Les finalités du registre :*

« Mis en œuvre par le maire, { le registre] a pour finalités :

- d'organiser un contact périodique avec les personnes âgées et les personnes adultes handicapées qui résident dans la commune lorsque le plan d'alerte et d'urgence [...] est mis en œuvre,
- d'informer ces personnes et leurs proches sur leur droit au bénéfice éventuel d'une prestation ou d'un avantage ainsi que sur les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés par les services [...],
- de proposer des actions aux personnes âgées et personnes adultes handicapées visant à lutter contre l'isolement social et de repérer les situations de perte d'autonomie.

« Toute réutilisation des données contenues dans le registre nominatif à des fins électorales et commerciales est interdite ».

#### *Les personnes inscrites :*

Sur leur demande :

- les personnes âgées de 65 ans et plus, résidant à leur domicile,
- les personnes âgées de 65 ans privées de ressources suffisantes pouvant bénéficier, soit d'une aide à domicile et résidant à leur domicile,
- les personnes adultes handicapées bénéficiant de l'un des avantages prévus au titre IV du livre II ou d'une pension d'invalidité servie au titre d'un régime de base de la sécurité sociale et résidant à leur domicile.

De plein droit sauf opposition de leur part :

- les personnes bénéficiaires de l'APA à domicile,
- les personnes majeures bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap (PCH),
- les personnes bénéficiaires de prestations d'action sociale versées au titre de la perte d'autonomie par des organismes d'assurance vieillesse.

#### **5- Hôpitaux de proximité : dotation forfaitaire garantie**

L'article R 162-33- 24 du code de la sécurité sociale prévoit que « au plus tard le 15 avril de chaque année, les ministres [...] arrêtent, pour chaque région, le montant global des dotations forfaitaires garanties [ des hôpitaux de proximité » et que « dans un délai de 15 jours suivant la publication de cet arrêté, le DG de l'ARS arrête pour chaque établissement concerné, le montant de la dotation forfaitaire garantie qui lui est alloué ».

Avec un retard de 2,5 mois, l'arrêté du 2juillet (JO du 5) fixe le montant de cette dotation par région.

Pour la BFC elle sera de 127 641 933€ pour les 31 hôpitaux de proximité, à charge pour la DG de l'ARS de la répartir dans les conditions prévues par l'arrêté du 19 juillet 2022.

A noter que « pour le 15 avril de chaque année les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, pour chaque région, le montant global des dotations de responsabilité territoriales » qui doivent permettre d'accompagner les projets des hôpitaux de proximité.

Nous n'avons pas connaissance du montant de cette dotation pour 2026 (peut-être nous a-t-il échappé).

## **6- ESMS : « Vigie RH »**

Encore un traitement automatisé de données à caractère personnel.

Un arrêté du 25 juin (JO du 7 juillet) crée « un traitement automatisé de données à caractère personnel relatif à l'état des ressources humaines des établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dénommé « Vigie RH ».

Il a pour finalité de :

- ✓ disposer, tous les trimestres, d'indicateurs agrégés relatifs à l'état des ressources humaines, calculés au niveau de chaque établissement, pour tous les établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- ✓ diffuser ces indicateurs aux autorités compétentes en matière d'autorisation, de tarification ou de contrôle de ces établissements et services.

Les indicateurs agrégés établis à partir de ces données mentionnées portent sur :

- ✓ les effectifs, la rémunération de ces effectifs, les cotisations la masse salariale et le type de professions au sein des établissements et services,
- ✓ les tensions liées au recrutement ainsi que la rotation et l'absentéisme du personnel,
- ✓ la qualité de vie et des conditions de travail des personnels.

Les personnels des ARS spécialement habilités par leurs DG et des services des départements, spécialement habilités par les présidents des conseils départementaux auront accès à ces indicateurs.

## **7- Traitement des verrues :**

L'article R 4322-1 du CSP énumère les actes qu'un pédicure podologue peut effectuer sans prescription médicale préalable.

Un décret du 6 juillet (JO du 8) le modifie en leur permettant de recourir à un traitement physique, notamment l'azote liquide, pour traiter les verrues du pied.

Non seulement il fallait un décret signé du 1<sup>er</sup> ministre pour le dire , mais encore faudra-t-il un arrêté signé de la ministre de la santé pour préciser les conditions auxquelles devront satisfaire les pédicures podologues qui n'auraient « pas suivi une formation à cet effet dans le cadre de la formation conduisant au diplôme d'Etat ».

## **8- Médecins régulateurs libéraux : rémunération**

Un décret du 7 juillet (JO du 9) inscrit la rémunération des médecins assurant la régulation médicale téléphonique de l'accès à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), actuellement fixée par les ARS et financée par le FIR, dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, ainsi que son financement dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en matière de soins de ville (ONDAM-ville). Cela signifie que « la rémunération des médecins assurant la régulation médicale téléphonique de l'accès à la permanence des soins,[...] est prise en charge par l'assurance maladie ».

## **9- Centres de santé : avenant à l'accord national (AN)**

Un arrêté du 1<sup>er</sup> juillet (JO du 9- 13 pages) approuve l'avenant n° 1 à l'accord national destiné à organiser les rapports entre les centres de santé et l'assurance maladie signé le 28 août 2025. Il définit le rôle des centres de santé au sein du réseau France Santé.

## **10- Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : avenant n°2 à l'ACI**

Un arrêté du 1<sup>er</sup> juillet (JO du 9- 40 pages) approuve l'avenant n° 2 à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles signé le 20 avril 2017.

Comme pour les centres de santé, il définit la participation des MSP au réseau France Santé.

Il vise également « à soutenir l'engagement supplémentaire des structures (les MSP) dans des prises en charge spécifiques, notamment en matière de prévention ou d'accès aux soins des patients dépendants ou vulnérables, ou encore dans l'organisation des parcours des patients de la structure ».

### **11- Fonction publique : parentalité - autorisations spéciales d'absence (ASA)**

Publié sous le timbre du ministère de l'action et des comptes publics, un décret du 6 juillet (JO du 9 – 5 pages) fixe le régime applicable aux autorisations spéciales d'absence liées à la parentalité et à certains événements familiaux.

Il fixe également le régime de l'aménagement horaire pour allaitement de l'enfant et des aménagements horaires pour assister à certains événements liés à la parentalité.

Ces dispositions concernent les fonctionnaires et agents contractuels des 3 fonctions publiques (dont la fonction publique hospitalière), des autorités administratives indépendantes (les agences), les magistrats et les médecins hospitaliers (qui sont hors statuts de la FHP).

Elles distinguent :

- ✓ Les ASA accordées de plein droit, (7 cas),
- ✓ Les ASA soumises aux nécessités de service, (2 cas)
- ✓ Les aménagement d'horaires (5 cas).

On peut trouver une note explicative claire et complète sur le site de la FHF.

<https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-07/Note%20ASA%20V1.pdf>

Il est évidemment prévu des circulaires à venir.

### **12- Pharmacie à usage intérieur (PUI) des SDIS**

Un décret du 9 juillet (JO du 10) autorise, sous conditions, un pharmacien justifiant d'une expérience de pharmacien de sapeur-pompier volontaire à occuper le poste de pharmacien gérant de la pharmacie à usage intérieur (PUI) ou assistant ce dernier dans un SDIS, sans répondre aux conditions de diplôme ou d'expérience normalement requises pour cet exercice en PUI.

### **13- Conseils des ordres professionnels : élections**

Un décret du 9 juillet (JO du 10) modifie certaines des dispositions applicables aux élections des différents conseils et chambres disciplinaires, ainsi que certaines des dispositions relatives au vote électronique.

Ces dispositions sont applicables à compter des prochaines élections organisées par les ordres des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pédicures-podologues.

Le décret prévoit des mesures transitoires applicables aux ordres des médecins et des sages-femmes.

### **14- Docteurs en médecine : droit d'exercice complémentaire**

L'article R 632-21 du code de l'éducation prévoit que « les étudiants de 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine peuvent être autorisés à suivre une option qui permet l'acquisition de compétences particulières au sein de la spécialité suivie », qui ouvre droit à un exercice complémentaire de cette surspécialité au sein de la spécialité.

D'un autre côté, l'article R 632-22 prévoit que « les étudiants de 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine peuvent être autorisés à suivre une formation spécialisée transversale (FST) qui est une option commune à plusieurs spécialités ».

Un décret du 9 (JO du 10) définit les conditions et les modalités dans lesquelles un médecin en exercice qui ne serait pas titulaire de cette option ou SFT, peut obtenir un droit d'exercice complémentaire dans sa spécialité correspondant à l'une des surspécialités définies par une option ou une FST.

Un arrêté du même jour fixe les conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir ce droit d'exercice complémentaire dans leur spécialité, ainsi que la composition des commissions et la procédure

Enfin un autre arrêté de la même date fixe la liste activités médicales ouvrant droit à un exercice complémentaire :

- activité médicale en médecine thermale,
- activité médicale en médecine de montagne,
- activité médicale en médecine aéronautique,
- activité médicale hyperbare et subaquatique,
- activité médicale à visée esthétique.

#### **15- Technicien de laboratoire : équivalence de diplômes**

Les titulaires des diplômes suivants :

- Licence professionnelle bachelor universitaire de technologie spécialité génie biologique, parcours biologie médicale et biotechnologie,
- BTS «Biologie médicale,
- BTS agricole analyses biologiques, biotechnologiques, agricoles et environnementales » (ANABIOTEC)
- Certification professionnelle de technicien de laboratoire en chimie, biochimie, biologie, délivrée par le CNAM,
- Diplôme d'études universitaires scientifiques et techniques, spécialité analyses des milieux biologiques, délivré par l'université de Corte.

peuvent exercer la profession de technicien de laboratoire médical et en porter le titre. (arrêté du 7 juillet -JO du 11).

#### **16- CCNE : présidence**

Le président du CCNE est nommé par décret du président de la République.

L'actuel président, le Pr Jean François Delfraissy, se succède à lui-même à la présidence du CCNE à titre intérimaire en attendant la nomination de son successeur (JO du 11/07).

*Manquerait-il des candidats ou y-aurait-il pléthore rendant le choix difficile?*

#### **17- Sociétés de téléconsultations : agrément, évaluation**

Apparue avec la crise covid la téléconsultation a pris un essor qui se confirme et a donné lieu à la multiplication de sociétés commerciales de téléconsultation.

✓ *Une offre en croissance :*

Comme d'autres, notre région a vu proliférer l'installation de consoles et de cabines de téléconsultation dans les pharmacies , voire en d'autres lieux publics, sans qu'il soit possible d'en connaître le nombre. Parallèlement se développe actuellement la pratique de la téléconsultation assistée, proposée par ces mêmes sociétés avec le concours d'infirmières locales.

✓ *Un encadrement strict :*

Elles font l'objet d'un encadrement strict par les autorités sanitaires et l'assurance maladie : elles sont soumises à agrément et à évaluation . Elles doivent

- constituer un comité médical au sein duquel doivent siéger des représentants des usagers . Deux représentants des usagers de notre région siègent dans 2 sociétés.
- élaborer un programme d'actions validé par le comité médical.

Le JO du 12 juillet publie 2 textes datés du 8 (un décret et un arrêté) précisant les modalités d'agrément et d'évaluation.

✓ *Evaluation et agrément :*

Le décret précise les modalités de renouvellement de l'agrément des sociétés de téléconsultation et, notamment, les modalités de contrôle du respect du référentiel de bonnes pratiques professionnelles relatives à la qualité et à l'accessibilité de la téléconsultation.

Il précise également les modalités d'organisation des comités médicaux de ces sociétés et les modalités de suspension de l'agrément.

✓ *Critères communs aux indicateurs de suivi*

L'arrêté définit les critères communs aux indicateurs de suivi du programme d'actions des sociétés de téléconsultation. Celui-ci est élaboré par les sociétés de téléconsultation, après avis de leur comité médical, sur la base de ces indicateurs. Il vise à garantir le respect des obligations qui s'imposent à elles et doit être transmis au Conseil national de l'ordre des médecins et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale

**18- Orthophonistes : actes professionnels**

Un décret du 10 juillet (JO du 12) ajoute les aspirations orales, nasales, pharyngées et endotrachéales par la trachéotomie, à la liste des actes professionnels réalisés par les orthophonistes, sous réserve d'avoir suivi une formation à la réalisation de ces aspirations dans le cadre de la formation conduisant au certificat de capacité d'orthophoniste.

On trouvera la liste complète des actes pouvant être réalisés par les orthophonistes à l'article R 4341-3 du CSP.

**19- Professionnels libéraux : protection sociale**

Par une série d'arrêtés du 10 juillet (JO du 17) le ministre du travail et des solidarités a approuvé les règlements d'assurance vieillesse complémentaire, d'assurance invalidité-décès et de prestations complémentaires de vieillesse des différentes sections professionnelles, à savoir : la CARMF pour les médecins, la CARCDSF pour les chirurgiens-dentistes et sage-femmes, la CARPIMKO pour les auxiliaires médicaux, la CAVP pour les pharmaciens.

**20- Etudes de santé : année recherche**

Au cours de leur formation pratique, les internes en médecine qui souhaitent accomplir des travaux de recherche en vue de préparer un master, une thèse de doctorat ou un diplôme équivalent peuvent demander à bénéficier d'une année de recherche rémunérée.

« Le nombre d'étudiants de 3<sup>e</sup> cycle des études de médecine, d'étudiants de 3<sup>e</sup> cycle spécialisé des études pharmaceutiques et d'étudiants de 3<sup>e</sup> cycle long des études odontologiques susceptibles de bénéficier d'une année-recherche est fixé à 699 pour l'année universitaire 2026-2027 ».

Pour notre région ce nombre est le suivant :

|          | médecine | pharmacie |
|----------|----------|-----------|
| Besançon | 6        | 6         |
| Dijon    | 13       |           |
| BFC      | 19       | 6         |

Pourquoi cette différence entre les 2 UFR de BFC ?

Les contrats d'année recherche de médecine non conclus au 11 septembre 2026 seront répartis entre l'ensemble des UFR de médecine d'une même région (arrêté du 16 juillet -JO du 18).

### **21- Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : financement**

« Les UHSA destinées à l'hospitalisation en psychiatrie des personnes détenues sont rattachées à un établissement de santé et un établissement pénitentiaire, et situées à proximité d'un plateau technique médico-chirurgical obstétrical ».

Un arrêté du 10 juillet (JO du 17) fixe la répartition entre l'Etat et les établissements de santé des dépenses d'investissement et de fonctionnement des UHSA.

La longueur de cet arrêté (18 pages) témoigne de la complexité des rapports financiers entre les hôpitaux et l'Etat.

Il existe actuellement 9 UHSA. Pour la BFC, les plus proches sont celles de Lyon et Nancy.

### **22- Déclarations publiques d'intérêts (DPI) :**

Les RU et les membres des instances de démocratie en santé connaissent bien la DPI qu'ils doivent remplir en ligne et actualiser périodiquement pour assumer leurs mandats.

Les articles R 1451-1 à 4 du CSP fixent les règles qui régissent ces DPI.

Un arrêté du 18 juin (JO du 19 juillet) modifie « les conditions de télétransmission des liens d'intérêt et de fonctionnement du site internet unique ».

Difficile de dire quelles sont ces modifications tant la lecture de ce texte est compliquée.

### **23- Service public à la petite enfance : accompagnement financier de l'Etat**

Un arrêté du 16 juillet (JO du 22 – 87 pages !) fixe la répartition, des crédits destinés à l'accompagnement financier des communes pour la mise en œuvre du service public de la petite enfance.

### **24- Contrat d'engagement de service public**

Pour mémoire le contrat d'engagement de service public est un engagement d'exercer dans des lieux d'exercice spécifiques dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins en contrepartie d'une allocation mensuelle de 1 200€ .

L'arrêté du 20 juillet (JO du 22) fixe le nombre de contrats d'engagement de service public pouvant être signés, par UFR, au titre de l'année universitaire 2025-2026.

Pour notre région les nombres de CESP proposés sont les suivants :

|          | Etudiants en médecine |          | Etudiants en odontologie |          |
|----------|-----------------------|----------|--------------------------|----------|
|          | 2° Cycle              | 3° cycle | 2°cycle                  | 3° cycle |
| Besançon | 4                     | 2        | 0                        | 0        |
| Dijon    | 14                    | 1        | 4                        | 0        |
| France   | 429                   | 167      | 202                      | 0        |

Un arrêté des ministres concernés déterminera, pour les contrats non conclus à la date du 10 septembre 2026, une nouvelle répartition entre UFR.

### **25- FIR : partage de compétences DG ARS-Préfet**

Un décret du 22 juillet (JO du 23) prévoit la répartition, par le DG de l'ARS , d'enveloppes départementales du FIR.

Il permet au préfet de région ou, selon les cas, au préfet de département d'être consulté ou informé préalablement sur tout projet de décision de financement significatif d'un acteur local par le FIR. (cf. supra § 1)

### **26- Conservation de gamètes, embryons et tissus : consultation annuelle**

« La personne dont les gamètes ont été recueillis ou prélevés et conservés dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation (AMP) pour un projet parental est consultée chaque année civile par écrit sur le point de savoir si elle souhaite maintenir cette modalité de conservation » (article R 2141-17 du CSP).

Un arrêté du 21 juillet (JO du 24) fixe les modalités et les modèles des consultations annuelles concernant les gamètes, les embryons et les tissus germinaux conservés.

### **27- Accueil des enfants en pouponnières : participation de l'Etat**

Un arrêté du 22 juillet (JO du 24) fixe le montant du financement de l'Etat pour l'accueil des enfants de moins de trois ans confiés au titre de la protection de l'enfance en pouponnière à caractère social autonome ou au sein d'un autre établissement social et médico-social.

Exemples pour notre région :

- ✓ Saône et Loire : 215 793€
- ✓ Côte d'Or : 107 896€
- ✓ Haute Saône : 0€

### **28- MDPH : contribution financière de l'Etat pour 2026**

Un acompte avait déjà été versé. L'arrêté du 20 juillet (JO du 25) fixe le montant définitif des subventions de l'Etat aux MDPH pour 2026.

Sur un montant total de 33 252 362,91€, affecté à notre région

- ✓ le département le mieux doté recevra: la Saône et Loire : 291 020,64 €
- ✓ le moins bien doté recevra : le territoire de Belfort : 124 658,00 €

### **29- Retraitement de dispositifs médicaux à usage unique (DMUU) :**

La loi du 26 décembre 2023 (LFSS 2024) prévoyait qu'« à titre expérimental et pour une durée de 2 ans à compter d'une date fixée par le décret , et au plus tard du 1er novembre 2024, [...] le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation sont autorisés ... ».

Le décret du 4 septembre 2025 en a fixé les conditions

L'arrêté du 22 juillet 2026 (JO du 25) fixe la liste des hôpitaux autorisés à participer à cette expérimentation : l'APHP , les HCL, 6 CHU, un CH et une clinique et fixe quelques règles dont « le document d'information du patient sur l'utilisation d'un DMUU retraité »

*Il s'est donc écoulé 31 mois entre la loi et sa mise en œuvre : un exemple d'efficience administrative.*

### **30- Inspecteurs et contrôleurs des ARS : formation**

L'article R1435-15 du CSP prévoit que « un inspecteur ou un contrôleur ne peut exercer [ses] missions] que s'il a suivi une formation d'au moins 120 heures dispensée conjointement par l'EHESP et par l'ENSSS et sanctionnée par un examen organisé par l'EHESP ».

Un arrêté du 16 juillet (JO du 28) fixe le programme de 9cette formation qui comprend :

- ✓ un module : théorie de l'inspection : acteurs, pouvoirs, étapes de l'inspection, les suites d'inspection, liens entre l'inspection et les autres démarches de régulation en agences régionales de santé,
- ✓ un module : pratique de l'inspection, assurée par des formateurs relais en ARS,
- ✓ des modules pratiques : réalisation d'inspections

En amont de cette formation ils doivent participer à 2 inspections en qualité de stagiaires.

### **31- Code de déontologie médicale : « toilette »**

Le décret du 27 juillet (JO du 29) « portant modification du code de déontologie médicale » lui ,apporte un sérieux coup de jeune.

Fort de 68 articles (11 pages) il modifie (parfois à la marge) la quasi-totalité des articles de ce code et introduit de nouveaux articles.

Ces modifications tiennent compte des évolutions juridiques et sociétales récentes.

Il serait vain de vouloir les commenter. Il est préférable de se reporter à ce code dans son intégralité dans sa version consolidée à compter de ce jour.

Le code de déontologie médicale est contenu dans le CSP sous les articles R 4427-1 à 4127-112.

### **32- URPS : contribution financière aux élections**

L'article R 4021-36 du CSP prévoit que « les frais occasionnés par les élections, y compris ceux liés aux prestations techniques réalisées à cet effet par l'Etat pour leur compte, sont à la charge des unions selon une répartition définie par arrêté du ministre chargé de la santé ».

L'arrêté du 17 juillet ( JO du 29) fixe La contribution versée en 2026 et 2027 pour les élections de 2027

Pour notre région , elle est la suivante :

|      | Médecin   | dentiste | infirmier | kiné     | orto     | pharma   |
|------|-----------|----------|-----------|----------|----------|----------|
| 2026 | 10 554,36 | 3 244,63 | 9 403,55  | 6 883,51 | 1 561,04 | 2 895,66 |
| 2027 | 8 443,49  | 2 595,70 | 7 522,84  | 5 506,81 | 1 248,83 | 2 316,52 |

### **33- Certificat de décès : dématérialisation**

L'article L 2223- 42 du CSP fixe les conditions d'établissement des certificats de décès.

Un décret du 28 juillet (JO du 30) fixe les modalités de réception du certificat de décès (volet administratif) au format électronique par les mairies.

### **34- Quand les étudiants deviennent des ARM :**

« En dehors de leur parcours de formation, peuvent être employés à titre temporaire par les établissements de santé pour réaliser des activités d'assistant de régulation médicale (ARM) dans un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) d'un SAMU) et du service d'accès aux soins (SAS) :

- « Les étudiants en médecine ayant validé la deuxième année du premier cycle,
- Les étudiants en pharmacie ayant validé la deuxième année du premier cycle,
- Les étudiants en maïeutique ayant validé la deuxième année du premier cycle,
- Les étudiants en odontologie ayant validé la deuxième année du premier cycle,
- Les étudiants en masso-kinésithérapie admis en troisième année,
- Les étudiants en soins infirmiers admis en troisième année. »

Arrêté du 28 juillet (JO du 30)

Une façon de « boucher les trous » des plannings d'été et de faire face à l'accroissement du nombre des appels au SAMU ou au SAS consécutifs à la canicule et la régulation préalable de l'accès aux urgences.

## **6. Veille parlementaire :**

### **Assemblée nationale :**

- proposition de résolution invitant le Gouvernement à rétablir la limitation de vitesse à 90 km/h sur l'ensemble des routes bidirectionnelles sans séparateur central,
- proposition de résolution pour un plan d'urgence canicule pour les hôpitaux ?
- proposition de loi améliorant les politiques de prévention des risques par l'incitation à l'activité physique régulière des salariés via la création du compte individuel active,

- proposition de loi visant à renforcer la transparence sur la présence d'hexane dans l'alimentation,
- proposition de loi visant à faire de la prévention et de la sécurité routière une grande cause nationale pour 2027,
- proposition de loi relative à la climatisation des établissements recevant un public vulnérable,
- proposition de loi visant à renforcer la lutte contre les cancers pédiatriques et à soutenir les familles concernées,
- proposition de loi visant la mise à l'abri des personnes sans domicile fixe en période de canicule,
- proposition de loi visant à instaurer la suspension du paiement du loyer pour les logements ne protégeant pas leurs occupants des fortes chaleurs,
- proposition de résolution visant à faire de la climatisation un véritable outil de protection face aux vagues de chaleur,
- proposition de loi visant à protéger les professionnels de santé de la mainmise des capitaux financiers,
- proposition de loi visant à garantir un développement public de la phagothérapie pour lutter contre l'antibiorésistance,
- proposition de loi visant à protéger les mineurs contre les dangers des réseaux sociaux,
- proposition de loi présentée par Mme Josiane Corneloup visant à garantir les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles neurocognitifs placées en unité de vie protégée,
- proposition de loi visant à garantir l'accès à un panier diversifié de denrées alimentaires favorables à la santé et vendues à prix coûtant,
- proposition de loi visant à faciliter l'accès à la climatisation,
- proposition de loi visant à interdire le recours à la contention mécanique dans les établissements psychiatriques,
- saisine du conseil constitutionnel par plus de 60 députés, portant sur la loi d'urgence agricole,
- proposition de résolution visant à garantir un abri accessible dans chaque commune pour renforcer la protection de la population française,

#### **Sénat :**

- proposition de loi tendant à la création de délégations parlementaires aux droits des enfants,
- rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE),
- proposition de loi visant à améliorer la qualité des accompagnements dans le champ des troubles du neurodéveloppement,
- proposition de loi relative aux contrats d'assurance obsèques et à la protection des assurés,
- rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la prévention en santé,
- proposition de loi visant à permettre la réquisition d'îlots de fraîcheur recevant du public lors des épisodes de canicule,
- Rapport d'information fait par M. Hervé REYNAUD et Mme Anne-Sophie PATRU au nom de la délégation aux collectivités territoriales et à la décentralisation relatif aux Maisons France Services dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville,
- saisine en date du 16 juillet 2026, présentée par le président du Sénat, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, portant sur la loi relative au droit à l'aide à mourir,

- saisine en date du 17 juillet 2026, présentée par plus de soixante sénateurs, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, portant sur la loi relative au droit à l'aide à mourir,
- proposition de loi visant à réglementer le plafonnement du prix de revente des bouteilles de boissons alcoolisées par les restaurateurs, via une TVA incitative, pour mieux valoriser les productions viticoles (*effet lobby ?*),
- proposition de loi visant à reconnaître en droit le principe « Une seule santé »,
- proposition de loi visant à renforcer la protection sanitaire des populations précaires lors des épisodes de canicule par l'ouverture nocturne des parcs et jardins publics,
- proposition de loi visant à protéger et à améliorer les conditions de travail des professionnels de santé et à renforcer l'attractivité de l'exercice en milieu rural.

## 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- Centre dentaire d'Auxerre : marche arrière

L'ARS a retiré, à compter du 25 mai, l'agrément provisoire délivré au centre de santé dentaire d'Auxerre géré par l' « Association Centre médico dentaire d'Auxerre » (cf. lettre n° 94 de juin § 7-1 (9) et 7-7 (5)).

Par ordonnance du 3 juillet, le juge des référés du tribunal administratif de Dijon a suspendu l'exécution de l'arrêté du 21 mai 2026 la directrice générale de l'ARS et a fait injonction à la directrice générale de l'ARS d'autoriser, à titre provisoire, l'association CMDA à exercer ses activités dentaires dans un délai de 10 jours à compter de la notification de ladite ordonnance. Ce qui a été fait par arrêté du 9 juillet.

Il faut donc maintenant attendre la décision du juge administratif sur le fond, mais cela n'interdit pas à l'ARS d'effectuer d'autres contrôle.

#### 2- PRIAC 2026 - 2030

La DG de l'ARS a approuvé le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) «des priorités régionales et interdépartementales de financement sur décision tarifaire du DG de l'ARS BFC pour les créations, extensions ou transformations des établissements ou services médico-sociaux de la région BFC » pour la période 2026-2030 (77 pages).

Il remplace celui du 11 juillet 2025.

Le PRIAC est un outil de programmation pluriannuel des actions et des financements permettant la déclinaison opérationnelle des orientations du projet régional de santé (PRS) dans le champ médico-social ; il est actualisé chaque année.

Il distingue les établissement et services concourant à

- ✓ la prise en charge et l'accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées vieillissantes : EHPAD, SSIAD, SPASAD, AJA, SAAS,
- ✓ la prise en charge des personnes en situation de handicap : MAS, CAMSP, CMPP, CRA, UEEA, DAME, SAMSAH, EAM, URTSA, DITEP , PCPE, DAR, EEAP, SESSAD, IME, SSIAD (*Les spécialistes s'y retrouveront*).

Ces services et établissements sont listés par départements et pour chacun sont indiqués divers renseignements dont la stratégie de références, le montant financier, l'année de mise en œuvre.

Ce document est accessible en ligne

<file:///C:/Users/33770/Downloads/PRIAC%20actualisation%202026-2030.pdf>

### **3- Révision du SRS :**

La DG de l'ARS a arrêté le schéma régional de santé (SRS) 2023-2028 du projet régional de santé de BFC 2018-2028 révisé.

Comme nous l'avons déjà indiqué la révision porte sur les livrets 6 pour la PDSES et 7 pour 3 OQOS. (cf. infra §7-2-1°)

Il est consultable sur le site de l'ARS.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/srs-bfc-revise-2026>

### **4- CPP Est II (Besançon)**

La composition du CPP Est II a été modifiée pour prendre acte de la vacance des 4 sièges des personnes qualifiées du collège 2.

### **5- ARS : organisation interne**

Trois décisions du 24 juillet de la DG de l'ARS portent sur :

- ✓ l'organisation de l'ARS : remplace la décision du 5 septembre 2025
- ✓ la nomination de l'équipe d'encadrement : remplace la décision du 2 juin 2026
- ✓ Idélégations de signatures : remplace la décision du 2 juin 2026

Il est difficile de faire une étude comparée de ces 3 décisions avec les précédentes (au moins pour les 2 premières).

#### *L'organisation territoriale du Nord FC :*

Nous notons cependant une différence pour ce qui concerne l'organisation territoriale.

- ✓ Les directions territoriales (DT) antérieurement rattachées à la « direction du cabinet, du pilotage et des territoires » sont rattachées à la direction générale qui désormais « prend en charge l'animation des directions territoriales afin de décliner territorialement, en synergie avec les partenaires, les institutions, les élus, les collectivités, la politique de santé de l'ARS sur les territoires ».
- ✓ La direction territoriale du Territoire Nord Franche Comté (qui correspondait à l'aire urbaine Belfort, Montbéliard, Héricourt) disparaît ; elle est remplacée par la direction territoriale du territoire de Belfort (directrice : Sandrine BULET, directrice adjointe : Karine BRUYERE).

#### *Quelle justification et quelles conséquences ?*

Cette décision était « dans l'air » depuis l'arrivée de la nouvelle Directrice Générale de l'ARS. Désormais les 8 DT correspondent exactement aux limites des 8 départements telles qu'elles existent depuis Napoléon, et telles qu'elles existaient du temps de DDAS : faut-il y voir un lien avec le retour des préfets dans le domaine de la santé ?

L'exception Nord FC avait le mérite de tenir compte de la réalité d'un vrai bassin de population et des flux de patients et des parcours de soins organisés autour de l'Hôpital Nord FC

La DT 25 étend donc sa juridiction sur le nord du Doubs.

Le Nord FC servait de cadre non seulement à la DT, mais aussi au CTS et à la zones de planification du SRS. Que va-t-il advenir de ces 2 dernières circonscriptions ? faut-il attendre une réforme les concernant ?

### **6- Plateau mutualisé d'imagerie médicale (PMIM) :**

La DG de l'ARS a autorisé la création du plateau mutualisé d'imagerie médicale entre le CHU Dijon Bourgogne et le CH de Semur-en-Auxois à compter du 1er juillet pour une durée de 7 ans renouvelable.

### **7- GHT de Haute-Saône : PMP**

La DG de l'ARS a approuvé le projet médico -soignant partagé (PMP) du GHT territoire de Haute Saône à compter du 1° juillet.

## **8- Habilitation des agents de l'ARS**

Les ingénieurs du génie sanitaire, ingénieurs d'études sanitaires et techniciens sanitaires et de sécurité sanitaire de l'ARS peuvent être habilités à rechercher et constater des infractions pénales. La liste en compte 54.

## **7-2 Du côté de la démocratie en santé**

### **1- CRSA**

Lors de sa séance plénière du 24 juin, la CRSA n'avait pu valablement valider le compte rendu de la séance plénière du 2 avril et donner son avis sur le rapport 2025 de la Commission spécialisée relative au respect des droits des usagers, et la révision du SRS, faute de quorum et de temps.

Suivant un usage maintenant bien établi, des votes dématérialisés ont été proposés dès le lendemain aux membres de la CRSA.

Pour ce qui concerne la révision du SRS, l'avis a été publié sur le site :

[https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/product/files/2026-07/Num19-CRSA-Saisine-0630-revision2026-SRS\\_0.pdf](https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/product/files/2026-07/Num19-CRSA-Saisine-0630-revision2026-SRS_0.pdf)

Sur 36 votants (pour un effectif de plus de 100 membres) l'avis a reçu 29 votes favorables, 3 contre et 4 abstentions.

Notons dans cet avis :

- Concernant la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) : « les membres souhaitent être tenus informés des résultats de l'appel à candidatures. Ces résultats pourront également être présentés en CSOS ».
- « la CRSA demande que l'évaluation du schéma de la PDSES prévue en 2027 lui soit également présentée »
- La conclusion : « la CRSA émet un avis favorable sur la révision 2026 du SRS et rappelle son intérêt à être informée et associée aux travaux d'élaboration du prochain projet régional de santé lesquels devraient être lancés en 2027 pour une adoption en 2028 ».

### **2- Commission permanente :**

L'échange mensuel de la commission permanente s'est tenu le lundi 6 juillet. Il réunissait 8 membres (hors représentants de l'ARS).

Il a été consacré exclusivement au bilan de la gestion de la canicule présenté par Mr Lalaurie directeur de la santé publique de l'ARS.

Il a cité les différents dispositifs mis en place dès le 25 /juin, à tous les niveaux du territoire : depuis la cellule interministérielle de crise (CIC) mise en place par le 1<sup>er</sup> ministre au cellules locales d'établissements en passant par la cellule de crise de l'ARS, toujours active à la date du 7/07 et les cellules départementales placées sous la houlette des préfets.

A noter que ces cellules associaient les différents acteurs de la santé à l'exception des usagers. Ces dispositifs ont suivi les différents indicateurs mis en place par Santé Publique France (SPF) : nombre passages aux urgences du fait de la canicule, l'activité des chambres mortuaires, les hospitalisations et décès de résidents en EHPAD et en établissements pour personnes en situation de handicap. Comme à son habitude SOS médecin a contribué au suivi de ces indicateurs.

L'imputation des décès à la canicule s'est avérée difficile (on peut le comprendre).

Si la médecine de ville a été « sensibilisée », les établissements de santé privés sont restés à l'écart à l'exception de celui qui dispose d'un service d'urgence.

En résumé on peut dire qu' en BFC :

- le système de santé a tenu, sans saturation,
- les infrastructures ont été l'objet de tension du fait de la chaleur : serveurs informatiques, ascenseurs, groupes de froid avec un fort impact sur les conditions de travail du personnel ?
- La tension était plus de l'ordre qualitatif que quantitatif.

La seule mesure tangible a été, au niveau national, le financement de 30 000 climatiseurs.

*Tout cela c'était avant la 3° vague de chaleur voire même la 4° qui vient de débuter ce 29 juillet.*

### **3- Régulation de l'accès aux urgences : groupe de travail**

Les différents costra, copil et groupes de travail réunissent des personnes motivées, voire expertes mais participent également au développement de la démocratie en santé.

Ainsi en est-il du groupe de travail sur la régulation des urgences.

Largement ouvert par l'ARS, il a réuni le 21 juillet une vingtaine de participants, essentiellement des directeurs d'établissements et des urgentistes, mais aussi 2 représentants des usagers.

Il avait un double objectif :

- ✓ Rappeler le contexte réglementaire et faire le point sur la régulation des urgences en BFC

A ce jour sont régulés les établissements suivants :

- Régulation pérenne

- H 24 : CHU de Dijon
- Nocturne : les CH de Chalon, Macon, Autun, le Creusot, Montceau les Mines, Paray le monial GH 70 -site de Gray.

A noter que la régulation pérenne peut être accordée pour 3 ans, mais qu'en BFC la DG de l'ARS l'a limitée à 1 année.

- Régulation temporaire H 24 : la clinique Dijon -Bourgogne, le CH de Nevers (CHAN)

A noter qu'à l'exception du site de Gray tous ces établissements sont régulés par les 2 CRRA 15-SAS de Dijon et Chalon sur Saône. Ceux qui sont régulés par Besançon tiennent bon.

- ✓ Définir les indicateurs de suivi permettant d'évaluer l'impact de la régulation sur les passages aux urgences :

La cheville ouvrière sera le GCS « réseau des urgences » (RUBFC). Il devra recueillir de nombreux indicateurs : nombre d'appels, de dossiers de régulation médicale (DRM) AMU et MG,, de passage aux urgences, de PRPV (passage pouvant relever d'une prise en charge en soins de ville), de réclamations d'événement indésirables graves (EIG), durée médiane des passages etc...

*Quel peut être le rôle des RU ?*

Les RU des établissements disposant d'un service d'urgences (il y en a 29) sont invités à être attentifs à l'impact de la régulation sur le fonctionnement de ces services et sur la qualité de l'accueil des patients : non seulement ceux qui viennent aux urgences après régulation préalable mais aussi ceux qui se présentent à la porte sans régulation.

Ils peuvent utilement se référer au « guide sur l'accès régulé aux urgences » (28 pages) qui vient d'être publié par la DGOS et l'ANAP :

[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\\_sur\\_l\\_acces\\_regule\\_aux\\_urgences.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sur_l_acces_regule_aux_urgences.pdf)

## **7-3 Programme ESMS numérique : un AMI en BFC**

Le programme national ESMS numérique s'intègre dans le Ségur numérique entièrement pourvu par des fonds européens, dans le cadre du Plan national de relance et de résilience (PNRR) et de la facilité pour la reprise et la résilience (FRR) européenne.

Une instruction du 20 juillet donne aux DG des ARS la conduite à tenir pour faire émarger les demandes de financement de dossiers usagers informatisés (DUI)

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHL2616085J.pdf>

### **L'AMI en BFC :**

Le 22 juillet, l'ARS BFC a lancé un appel à manifestation d'intérêt (AMI) pour le financement du déploiement des DUI compatibles avec mon Espace Santé

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/esms-numerique-2026-dui-compatible-mon-espace-sante>

### *Les objectifs*

Cet AMI vise à soutenir l'équipement et les usages des Dossiers Usagers Informatisés (DUI) référencés Ségur numérique au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Et en priorité

### ✓ *Les structures éligibles :*

Sont éligibles :

- les établissements et services accompagnant des enfants et adolescents en situation de handicap,
- les établissements et services relevant du champ de la protection de l'enfance (PDE) à condition de ne pas avoir bénéficié d'un financement ESMS numérique entre 2021 et 2025 et de ne pas être déjà équipés d'un DUI référencé Ségur numérique.

### *Les financements :*

L'enveloppe allouée à la BFC est de 430 231 € (sur 8 261 066 €)

Chaque structures pourra recevoir les financements suivants :

|                                            | Enfants sn situation de handicap | Protection de l'enfance |
|--------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Acquisition d'un DUI                       | 14 000                           | 14 000                  |
| Développement des usages                   | 7 000                            | 7 000                   |
| équipements et infrastructures nécessaires | 15 000                           | 10 000 (1)              |

(1) jusqu'à 10 000 € pour les équipements et infrastructures nécessaires lorsque les structures sont rattachées à un petit organisme gestionnaire.

### *La démarche collective privilégiée :*

L'ARS encourage les organismes gestionnaires à constituer des regroupements (des grappes) afin de :

- mutualiser les compétences numériques,
- renforcer le pilotage des systèmes d'information,
- sécuriser la mise en œuvre des projets,
- favoriser le développement durable des usages.

L'annexe 1 au cahier des charges donne la liste des grappes soutenues par l'ARS embarquant des structures PH et/ou PDE

### *Dépôt de candidatures et calendrier :*

Les candidatures doivent être déposées sur la plateforme GALIS de la CNSA via le téléservice dédié au Programme d'Aide à l'Investissement numérique pour le 15 octobre.

13 documents doivent être déposés avec la candidatures (des devoirs de vacances pour les directeurs).

Les décisions seront notifiées en décembre.

#### 7-4 ESMS : plan d'aide à l'investissement (PAI)

Deux instructions ont été adressées aux DG des ARS relatives aux aides à l'investissement pour le ESMS sous le double timbre du ministère et de la CNSA.

- Une instruction du 30 juin 2026 « relative aux orientations du fonds d'appui à la transformation des établissements et services pour personnes en situation de handicap pour l'année 2026 »

[file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHA2616626J\\_0.pdf](file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHA2616626J_0.pdf)

- Une instruction du 9 juillet « relative à la mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement (PAI) des établissements et services pour personnes âgées en 2026 »

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHA2616629J.pdf>

#### **ESMS pour personnes en situation de handicap**

Prioritairement, l'instruction vise à orienter les fonds vers des projets qui intègrent les objectifs de transformation de l'offre décrits dans la circulaire du 7 décembre 2023 (« les 50 000 solutions»).

#### **ESMS pour personnes âgées :**

Deux ans après la fin du Ségur cette instruction s'inscrit « dans une logique de consolidation de l'orientation des fonds du Plan d'aide à l'investissement immobilier destiné aux personnes âgées (PAI IMMO PA) vers des projets de qualité et tournés vers la transformation de l'offre »

Elle rappelle les 5 « piliers » du Ségur que les projets proposés devront respecter :

- sentiment d'être chez soi,
- ouverture vers l'extérieur,
- facilitation des soins (prévention des risques professionnels et lutte contre la sinistralité)
- viabilité économique,
- qualité de conception.

#### *Les critères d'éligibilité*

Les projets proposés devront se conformer aux critères suivants :

#### ✓ *Intégrer la qualité comme principe structurant des projets immobiliers*

La qualité doit être le fil conducteur

- qualité fonctionnelle et architecturale
- adéquation territoriale et innovation
- ouverture et ancrage territorial
- soutenabilité financière
- prévention des risques professionnels et lutte contre la sinistralité

#### ✓ *Accompagner les établissements vers une transformation en profondeur grâce à une stratégie de soutien plus incitative*

#### ✓ *Soutenir la diversification de l'offre d'habitat pour les personnes âgées*

### **En BFC : un seul appel à candidatures**

Le 10 juillet l'ARS BFC a « publié les cahiers des charges pour recueillir les candidatures relatives au plan d'aide à l'investissement (PAI) immobilier 2026 à destination des ESMS » concernant tout à la fois les ESMS pour personnes en situation de handicap et les ESMS pour personnes âgées.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/plan-daide-linvestissement-pai-immobilier-2026-destination-des-esms>

Les candidatures doivent être déposées pour le 10 septembre, en ligne par l'application GALIS : <https://galis-subsventions.cnsa.fr>

#### ✓ *Pour les ESMS pour PA*

L'enveloppe du PAI PA 2026 s'élève à 4 500 306 € pour la BFC

Le pourcentage plafond d'aide à l'investissement de la CNSA, calculé sur la base de la dépense subventionnable hors taxes(HT), est de 60 % (taux maximum).

Les seuils planchers des coûts des travaux HT TDC sont de :

- 800 000 € HT TDC (toutes dépenses confondues) pour les opérations de travaux,
- 20 000 € HT TDC pour les prestations intellectuelles

#### ✓ *Pour les ESMS pour PSH*

L'enveloppe régionale du PAI PH 2026 s'élève à 1 629 376,95 €

### **7-5 RU : se former en septembre octobre**

Pour la rentrée, France Assos Santé propose les formations suivantes :

✓ 17 septembre : Défendre les droits des usagers dans le secteur sanitaire et médico-social, à Besançon de 9h15 à 17h

✓ 29 septembre : Analyser les plaintes et réclamations à Dijon, de 9h15 à 17h

✓ 16 octobre : Analyser les plaintes et réclamations en secteur psychiatrie en visioconférence de 10h à 12h –(accueil virtuel à 9h45)

✓ 29 octobre : Contribuer à réduire la fracture numérique en visioconférence de 14h30 à 16h30 (accueil virtuel à 14h15) intervenant : Arthur Dauphin

Comme habituellement pré- inscription et inscription en ligne.

Dans un récent message adressé aux associations France Assos Santé regrette l'absentéisme important pour ces formations : des inscrits qui ne viennent pas et ne préviennent pas. Il s'en suit une perte de temps et une perte financière.

Renseignements : Elodie Hong Van

[ehongvan@frnce-assos-sante.org](mailto:ehongvan@frnce-assos-sante.org)

03 80 49 19 37 ou 06 76 55 08 15

### **7-6 La semaine de la sécurité des patients (SSP)**

Pour rappel, la semaine de la sécurité des patients se déroulera du 14 au 18 septembre sur le thème : « **La sécurité des soins pour les personnes atteintes de pathologies chroniques** », avec un mot d'ordre : « Soins sûrs à vie ! ».

Les RU sont invités à se joindre aux établissements pour l'organisation d'événements.

Pour contribuer à la tenue de ces événements, France Assos Santé BFC propose une documentation et des outils.

Catalogue en ligne.

Les commandes doivent être passées avant le 15 août

[bourgogne-franche-comte@france-assos-sante.org](mailto:bourgogne-franche-comte@france-assos-sante.org)

## 8. La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

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

#### ✓ **Vacances d'emplois :**

- EHPAD de Blamont (établissement départemental) et EHPAD de l'Isle sur le Doubs (établissement communal) : emploi de directeur
- CH Nord Franche-Comté (HNFC), CH de Soins de Longue Durée (CHSLD) de Bavilliers : emploi de directeur. *On peut en déduire que Pascal Mathis, directeur actuel, serait sur le départ*
- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains et EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze : un emploi de DGA, directeur de l'appui à la stratégie, projets, politique territoriale, (*s'agirait-il d'un 2° emploi de DGA ?*)
- CH de l'Agglomération de Nevers (CHAN), Cosne-Cours-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, La Charité-sur-Loire, EPSM « Pierre Lôo », EHPAD de Saint-Pierre-le-Moûtier et EHPAD de Luzy :
  - un emploi d'adjoint au directeur des établissements parties du GHT de la Nièvre, directeur des affaires financières du CHAN, directeur des systèmes d'information du GHT de la Nièvre,
  - un emploi de directeur délégué du CHAN et directeur du patrimoine, des ressources matérielles et du schéma directeur immobilier de la direction commune,
  - un emploi de chargé des affaires médicales et de la recherche clinique du centre hospitalier de Nevers et du GHT 58,
- CHU de Dijon, CH d'Auxonne, Is-sur-Tille, EHPAD de Mirebeau-sur-Bèze, CH de Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne) : un emploi de DA chargé de la stratégie,
- établissement public de santé mentale (EPSM) de Sevrey, EHPAD du Creusot et EHPAD de Montcenis : emploi de directeur (2° publication),

#### ✓ **Nominations**

Nous n'avons relevé aucune nomination.

### 2- Administration préfectorale :

Il ne se passe pas de mois sans modification de l'administration préfectorale de notre région. Pour ce mois de juillet, nous avons noté :

- Doubs : Mme Judith Husson, sous-préfète chargée de mission, secrétaire générale adjointe de la préfecture du Rhône auprès du préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes, préfet du Rhône, est nommée sous-préfète de Pontarlier pour une durée initiale de 3 ans (JO du 17/07).  
Son prédécesseur Mr Nicolas Onimus est nommé sous-préfet de St Quentin.
- Yonne : il a été mis fin, à sa demande, aux fonctions de préfet de l'Yonne exercées par M. Pascal Jan, professeur des universités. Il sera réintégré dans son corps d'origine.  
Il sera remplacé par M. Jean Salomon, préfet des Hautes-Pyrénées, à compter du 24 août 2026.
- Nièvre : M. Victor Devouge, secrétaire général de la préfecture des Yvelines, sous-préfet de Versailles, est nommé préfet de la Nièvre, à compter du 24 août 2026 (JO du 23/07).

### 3- Un nouveau recteur en BFC :

Il n'y a pas que les membres du corps préfectoral qui bougent, ceux de l'éducation nationale aussi.

Mr Pierre Moya, recteur de l'académie d'Amiens, est nommé recteur de la région académique Bourgogne-Franche-Comté, recteur de l'académie de Besançon et chancelier des universités (JO du 28/07).

De professeur d'histoire géographie, en 1990, Mr Moya devient proviseur adjoint du lycée Jean-Moulin de Roubaix avant de prendre la direction du collège Verlaine à Lille en 2001 puis de rejoindre le rectorat de l'académie de Lille comme proviseur vie scolaire.

Lauréat du concours d'inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire (IA-IPR EVS) en 2006, il occupe ensuite plusieurs postes de direction au sein de l'Éducation nationale.

Il devient directeur académique adjoint des services de l'Éducation nationale (DAASEN) de l'Essonne, puis inspecteur d'académie-directeur académique des services de l'Éducation nationale (IA-DASEN) de l'Eure, avant d'exercer les mêmes fonctions dans le Val-de-Marne.

Après un bref passage à l'Inspection générale de l'administration de l'Éducation nationale et de la Recherche (IGAENR), il intègre la direction générale des ressources humaines du ministère de l'Éducation nationale, en tant que chef de service, adjoint à la directrice générale des ressources humaines, chargé de l'encadrement.

En 2018, il prend la tête de la mission de la politique de l'encadrement supérieur (MPES). En juin 2021, il est nommé directeur de l'encadrement et secrétaire général adjoint du ministère de l'Éducation nationale.

Enfin, en juillet 2023, il est nommé recteur de l'académie d'Amiens.

Il succède à Mme Nathalie ALBERT-MORETTI, nommée rectrice de la région académique Bretagne, rectrice de l'académie de Rennes.

#### **4- Distinctions**

- Le Pr Jean-Pierre Favre , professeur des universités, ancien chef du service de chirurgie digestive, thoracique et cancérologique a été élevé au grade de commandeur dans l'ordre de la Légion d'honneur (JO du 14/07),  
Le Pr Favre est ancien président et encore président d'honneur de l'ORS BFC.
- Mr Jérôme Durain ancien sénateur de Saône-et-Loire, président du conseil régional de Bourgogne-Franche-Comté a été nommé au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur (JO du 14/07)

#### **5- « Visage de la CRSA» Michel Bleuze**

Le dernier « visage de la CRSA », publié le 24 juillet, sur le site « ma santé en BFC », est celui de Michel Bleuze, membre de l'ARUCAH .

<https://ma-sante-en-bourgogne-franche-comte.org/sites/product/files/2026-07/Portrait-Michel-Bleuze.pdf>

Ses longs cheveux blancs et ses interventions toujours pertinentes (parfois impertinentes) ainsi que son franc parler sont bien connus.

La santé et les hôpitaux : il connaît bien. Ingénieur biomédical (parmi les premiers) il a travaillé dans le monde de l'imagerie au développement de l'échographie et des premiers scanners.

Il a commencé à représenter les usagers à La Beline (établissement de l'UGECAH à Salin prenant en charge des enfants en sur poids) et poursuivi aux CH de St Claude et de Morez

Au sein de la CRSA il siège activement à la commission spécialisée prévention Il est également vice-président du CTS du Jura et membres du CODAMUPS-TS 39.

Il participe régulièrement aux « événements » en lien avec la démocratie en santé.

Enfin Michel est membre du CESER BFC ou il siège au sein de la commission mobilités énergie, numérique.

## **6- CHU de Dijon : description de l'établissement**

Dans la fiche de poste accompagnant la vacance d'un emploi de DGA (cf. supra) publiée au JO du 10 juillet, le CHU de Dijon est ainsi décrit :

« Le CHU Dijon Bourgogne, premier acteur de santé de Bourgogne-Franche-Comté, porte la vision stratégique suivante à 10-15 ans, reprise dans un projet d'établissement 2024/2028 : être l'un des CHU leaders nationaux, reconnu pour son offre de soin, de recherche et d'enseignement ; développer une visibilité en Europe et dans le monde sur 2 à 3 grandes thématiques de recherche ; se positionner en tant qu'acteur majeur de la prévention ; être la clé de voûte de l'offre de soins régionale et de l'équitable accès aux soins, à l'échelle du territoire Bourgogne-Haute-Marne ».

## **7- CH de Semur en Auxois : la rénovation terminée**

Le 10 juillet le CH de Semur en Auxois, en présence de la DG de l'ARS , célébrait la fin d'un important chantier de rénovation , commencé en 2020 pour un montant total de 22M€.

### *Un pôle d'équilibre*

Si le CH de Semur en Auxois trouve ses origines à la fin du 12<sup>e</sup> siècle, c'est dans la décennie 1960-70 que l'actuel établissement a été construit sous l'impulsion de Robert Morlevat, maire de la ville et dont il porte le nom.

A cette époque le nouveau CH de Semur , avec son plateau technique complet, faisait figure d'exemple pour une ville de 4 000 habitants.

Aujourd'hui , en lien étroit avec les 3 hôpitaux de proximité de Chatillon sur Seine, Montbard, et Saulieu et les ESMS de Vitteau et Alise Ste Reine constituant le CH de Haute Cote d'Or, il constitue un pôle d'équilibre essentiel entre le CHU Dijon et ces hôpitaux de proximité du secteur Auxois Morvan. Il fait partie du GHT 21-52.

### *Une offre de soins complète :*

Le CH de Semur propose une offre de soins complète (218 lits et places)

- ✓ un pôle MCO
  - Médecine : Diabétologie/Endocrinologie, gastro-entérologie, cardiologie, neurologie, pneumologie, dermatologie, médecine interne, gériatrie, rhumatologie, pédiatrie
  - Chirurgie : viscérale - orthopédique - ORL - odontologie – ophtalmologie, gynécologie. , chirurgie ambulatoire.
  - Obstétrique : maternité de 12 places
  - Soins intensifs polyvalents, USIC.
- ✓ un plateau technique complet : laboratoire, imagerie (IRM, scanner,) service d'urgences-SMUR, pharmacie,
- ✓ un pôle psychiatrie – santé mentale : psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, addictologie
- ✓ un EHPAD résidence médicalisée (201 places)

### *Un chantier d'envergure :*

Le chantier de rénovation de 8 500 m<sup>2</sup> sur 6 niveaux, qui vient de se terminer a duré 6 ans sans fermeture de lits et sans interruption d'activité, grâce à un phasage judicieux et aux facultés d'adaptation des professionnels.

Il a permis d'améliorer les performances techniques du bâtiment (isolation, étanchéité, chauffage , rafraichissement de l'air ventilation double flux..) et la qualité de l'hébergement proposé aux patients par des chambres spacieuses et bien équipées.

Mais ce n'est pas tout car le CH a encore d'autres projets concernant la pharmacie (il a fallu intégrer celle du CH de Chatillon sur Seine) et la psychiatrie.

### **8- Hôpital Nord FC : restructuration des urgences**

Les difficultés chroniques de fonctionnement du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Nord FC (HNFC) sont bien connues.

Bien que de construction récente, l'établissement dispose d'un service d'urgences manifestement sous dimensionné.

Avec plus de 200 passages par jour il est l'un des plus actifs de la région, sinon le plus actif.

Il fait l'objet d'un projet de restructuration et d'extension de près de 7,8 M€ qui s'étendra sur 2 ans et dont la 1<sup>re</sup> tranche vient de s'achever.

Elle a permis de réorganiser l'espace d'accueil et de l'agrandir d'un tiers par la création de 2 salles d'attente de 40 places et de nouveaux secrétariats.

L'extension à venir, d'une surface de 500 m<sup>2</sup>, permettra de rapprocher le circuit court du plateau de radiologie et de créer 2 zones de 15 lits destinés à recevoir les patients en attente d'une place d'hospitalisation au terme du circuit long.

L'extension ne résoudra certainement pas tout le problème, mais elle permettra d'offrir de meilleures conditions d'accueil et de confort ainsi que de meilleures conditions de travail pour les professionnels.

### **9- CTS 25 : vers la renaissance ?**

Le CTS 25 est dans le coma : va-t-il s'éveiller avant son renouvellement en 2027 ?

En effet il n'a plus de président, ni de vice-président, ni de président de la commission santé mentale, ni de président du comité d'expression des usagers.

Les dernières réunions plénières peinaient à réunir une dizaine de membres, pour entendre quelques informations données par la DT 25 de l'ARS.

Celle-ci a pris l'initiative de réunir les membres le 10 septembre à 13h30.

### **10- « Vers un hôpital Alzheimer Friendly » : le CH de Sens lauréat**

La Fondation Médéric Alzheimer, en partenariat avec la FHF et la FEHAP, a lancé en 2025 un appel à projets pour améliorer l'accueil et la prise en charge des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer, dénommé « **vers un hôpital Alzheimer Friendly** », doté d'une enveloppe de 400 000€.

Le CH de Sens fait partie des 4 établissements retenus, sur plus d'une centaine de projets déposés.

Il recevra une aide financière de 128 220 euros pour adapter l'ensemble du parcours hospitalier des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Le projet prévoit notamment la transformation du service de court séjour gériatrique afin qu'il soit spécifiquement conçu pour les patients souffrant de troubles cognitifs.

Une attention particulière sera également portée aux parcours d'entrée et de sortie d'hospitalisation, ainsi qu'à la formation des professionnels hospitaliers et des intervenants à domicile.

La Fondation Médéric Alzheimer a déjà lancé son édition 2026 de l'appel à projets. Les établissements peuvent déposer leur candidature jusqu'au 17 juillet 2026.

### **11- ORS BFC : appel à témoignage (étude PARIS)**

Dans le cadre d'une étude sur l'association entre soins Palliatifs et RISque suicidaire (PARIS) l'ORS

Pour mener à bien cette étude, l'ORS est en charge de réaliser des entretiens individuels de professionnels et de patients, concernés par cette problématique :

- ✓ des patients bénéficiant de prises en charge palliatives dans différents lieux de soin (USP, EHPAD, domicile, CHU...) et évoquant un désir de mort (geste auto-infligés, TS, demande d'aide à mourir, idées noires...),

- ✓ des patient n'évoquant pas de désir de mort mais ayant des pathologies similaires aux premiers,
- ✓ des professionnel pourvoyeurs de soins palliatifs dans différents lieux de soin
- ✓ des professionnel prescripteurs de soins palliatifs dans différents lieux de soin

<https://www.orsbfc.org/wp-content/uploads/2026/07/Appel-a-temoignage-patient.es-MAJ.pdf>

Pour en savoir plus : prendre contact avec Maylis Sposito-Tourier, en charge de l'étude à l'ORS BFC

06.20.48.04.15

[m.sposito@orsbfc.org](mailto:m.sposito@orsbfc.org)

## 9. Brèves :

### 1- Fin de vie :

*30 juin : pour la 3° fois l'Assemblée approuve :*

Le 30 juin, l'assemblée a adopté (295 pour, 232 contre, 35 abstentions) , en 3° lecture, après un débat du 22 au 27 juin, la création d'un droit à l'aide mourir.

La version validée le 30 n'est guère différente des copies issues des deux lectures précédentes. Les 5 critères cumulatifs d'accès à l'aide à mourir sont inchangés : être majeur, être de nationalité française, être atteint d'une affection grave et incurable engageant le pronostic vital à un stade avancé ou terminal, et présenter une souffrance réfractaire aux traitements ou insupportable, la capacité du patient a exprimer sa volonté de façon libre et éclairée jusqu'au moment précédent l'acte létal.

*7 juillet : le Sénat persiste :*

Déjà en 1° et 2° lecture les 28 janvier et 12 mai, le sénat avait rejeté la copie élaborée par sa commission des affaires sociales, qui visait à contrer la version du Palais-Bourbon, jugée « *bien trop permissive* ».

Il a persisté le 7 juillet , non pas en votant un texte mais en votant une question préalable (169 pour soit la totalité des LR et 5les 2/3 des centristes, 164 contre)et 29 abstentions évitant ainsi le débat et une 3° lecture.

Les sénat a donc préféré renoncer définitivement à modifier le texte de l'assemblée et ainsi « s'en laver les mains ».

*15 juillet : l'Assemblée vote la loi*

Comme prévu, le gouvernement a donné le dernier mot à l'assemblée nationale qui, le 15 juillet a définitivement voté, à une courte majorité, (291 pour, 241 contre) la loi instaurant un droit à l'aide à mourir, devant des tribunes publiques combles. la ministre de la santé était absente.

A gauche, les socialistes et LFI ont voté pour à la quasi-unanimité, plus des trois quarts des députés macronistes et la plus grande partie du centre droit ont soutenu le texte, alors que les groupes de droite ont voté contre, comme la quasi-totalité des députés du Rassemblement national (RN).

Le texte adopté est accessible par le lien suivant :

[https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0332\\_texte-adopte-seance](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0332_texte-adopte-seance)

*Et après :*

Les patients en fin de vie devront encore patienter et attendre que la loi soit applicable.

Le texte de loi est promulgué par le président de la République dans les 15 jours qui suivent son adoption par le Parlement.

Pendant ce délai, le Président peut en demander un nouvel examen et le Conseil constitutionnel peut être saisi pour vérifier qu'il n'est pas contraire à la Constitution. La loi promulguée entrera en vigueur après sa publication au Journal officiel.

Le conseil constitutionnel a été saisi :

- ✓ Le 15 juillet par le président du sénat,
- ✓ Le 16 juillet par plus de 60 sénateurs,
- ✓ Le 17 juillet par le 1<sup>er</sup> ministre,
- ✓ Le 20 juillet par plus de 60 députés.

Dès la veille du scrutin, le 1<sup>er</sup> ministre avait annoncé son intention de saisir le conseil constitutionnel *pour bien sécuriser certains sujets du texte*. La saisine porte sur 3 points :

- le délai de rétractation du patient fixé à 2 jours une fois reçu l'accord du médecin,
- l'accès à l'aide à mourir des personnes majeures protégées sous tutelle.
- la constitutionnalité d'une « *clause de conscience d'établissement* » que souhaiteraient pouvoir invoquer certaines institutions médicales souvent liées à des congrégations religieuses.

Le conseil constitutionnel a un mois pour rendre son avis.

La loi pourrait donc être publiée au JO aux alentours du 18 août, mais il faudra encore attendre la publication de plusieurs décrets prévus par le texte, voire même les conclusions de la HAS et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) qui seront chargées de définir et d'évaluer les substances létales qui seront utilisées pour l'aide à mourir et d'établir des recommandations de bonnes pratiques.

## **2- Sécurité sociale : de nouvelles économies en 2026 ?**

Avant même le début des discussions pour la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2027, le 2<sup>ème</sup> comité d'alerte sur les finances publiques (Bercy) a confirmé le 7 juillet la nécessité de faire de nouvelles économies pour la sécurité sociale, et cela dès 2026.

Il faut trouver 1 milliard d'euros d'ici septembre, en plus des 2 milliards annoncés il y a deux mois.

La seule solution : diminuer les remboursements par la sécurité sociale par une augmentation des tickets modérateurs pouvant être pris en charge par les régimes complémentaires (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance).

Autrement dit il s'agit d'un transfert de charges à double détente : un 1<sup>er</sup> transfert de la sécurité sociale vers les organismes complémentaires, puis un 2<sup>ème</sup> transfert de ceux-ci vers les assurés par le biais de l'augmentation des cotisations et primes d'assurance, sans oublier que 2,5 millions de Français (4% de la population) n'ont pas de mutuelle.

Au final c'est donc les assurés sociaux qui sont une nouvelle fois pénalisés et parmi ceux-ci les plus modestes et le plus âgés.

Ces intentions nous rappellent la hausse des forfaits en 2026 et le doublement des franchises médicales (non prises en charge par les complémentaires) en 2024.

Ces nouvelles mesures pourraient donc intervenir dans la torpeur de l'été par un simple décret (une loi n'est pas nécessaire).

La Fédération des institutions paritaires de protection sociale et France assos Santé ont déjà vivement réagi.

La ministre de la santé s'est refusée à préciser le projet, sans l'écarter pour autant. : il est vrai que son jeune collègue ministre de l'action et des comptes publics (David Amiel) détient un plus grand pouvoir qu'elle.

### **3- Economies pour la sécu : l'idée du 1<sup>er</sup> ministre**

Le 22 juillet, le 1<sup>er</sup> ministre a émis une autre idée pour faire des économies : pénaliser les gros consommateurs de soins, à savoir ceux qui consomment plus de 50 boîtes de médicament par an et ceux qui consultent leur médecin plus de 25 fois sur la même durée.

S'est-il posé la question du conditionnement des médicaments (la taille de la boîte) et de la durée de la prescription ?

Sait-il que pour certaines affections chroniques le patient est condamné de prendre à vie certains médicaments ( ex : statines, anti-hypertension, anti agrégants plaquettaires) et qu'il doit consulter très régulièrement son médecin pour renouveler la prescription ?

Imagine-t-il que c'est une faute de consommer les médicaments prescrits par le médecin ?

### **4- Doublement des franchises médicales :**

Le 23 juillet la ministre de la santé a annoncé son intention d'augmenter à 200€ (donc doubler) le montant maximum annuel des sommes qui restent à la charge des patients sur les médicaments ou les consultations (les franchises médicales).

Le dispositif des franchises médicales mis en place sous le quinquennat de Nicolas Sarkozy en 2008 correspond à la franchise de 1 euro sur les boîtes de médicaments, ainsi que les « participations forfaitaires », aujourd'hui de 2 euros, à chaque consultation chez le médecin, ou encore sur les examens radiologiques et les analyses de biologie.

Payées par la majorité des assurés, y compris les patients en ALD, ces sommes ne peuvent dépasser certains plafonds par an et par personne : 50 euros pour les franchises, ainsi que 50 euros pour les participations forfaitaires, soit un total annuel de 100 euros par patient.

[https://www.lemonde.fr/societe/article/2026/07/23/le-gouvernement-relance-le-projet-sensible-du-doublement-des-plafonds-des-franchises-medicales\\_6730677\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2026/07/23/le-gouvernement-relance-le-projet-sensible-du-doublement-des-plafonds-des-franchises-medicales_6730677_3224.html)

### **5- Nouveaux transferts vers les mutuelles :**

A chaque jour sa mauvaise nouvelle : le 24 juillet la ministre de la santé a précisé sa feuille de route d'économies pour la santé.

Elle ouvre 2 fronts :

✓ *Le ticket modérateur pris en charge par les complémentaires :*

Sont visés :

- Les médicaments dont le « *service médical rendu* » est jugé faible  
Aujourd'hui remboursés par l'Assurance-maladie entre 15 % et de 30 % (le reste étant pris en charge par les complémentaires), ils le seront, demain, entre 5 % et de 15 %.
- Les transports sanitaires passeront d'un remboursement de 55 % à 50 %,
- les consultations chez le chirurgien-dentiste ou les dispositifs médicaux verront ce taux diminuer de 60 % à 50 %

Ces déremboursements pourraient s'appliquer à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2027, et représenter 1,4 milliard d'euros d'économies. Ils entraîneront un nouveau transfert de charges vers les complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) et par voie de conséquence une nouvelle augmentation des cotisations des assurés.

✓ *Les franchises non prises en charge par les complémentaires (cf. supra §4)*

La ministre a confirmé le doublement du plafond annuel

- des « franchises médicales » : 1€ par boîte de médicament et par acte paramédical et 4€ par transport sanitaire,
- des « participations forfaitaires » ( c'est la même chose) de 2€ par consultation

Ce seuil maximal, par an et par assuré, aujourd'hui de 100 euros (50 euros sur les franchises, 50 euros sur les participations), devrait passer à 200 euros, pour 750 millions d'euros d'économies.

En sont exonérés, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les femmes enceintes, et les mineurs.

Ce même projet avait été abandonné en dernière minute fin 2025 lors du débat sur la LFSS de 2026.

Cinq projets de décrets ont été envoyés pour avis à la CNAM pour ces différentes « réformes ».

#### *De nombreuses réactions :*

Elles viennent de toutes parts :

- Gérard Raymond, président de France Assos Santé y voit « *une erreur monumentale* ».
- L'UNSA, qui condamne « *un affaiblissement inédit de notre modèle solidaire* », et une « *logique de transfert progressif des dépenses de santé vers les complémentaires* » qui « *remet en cause le principe fondateur de notre protection sociale* »
- la Mutualité française souligne qu'une « *dépense de santé transférée ne disparaît pas : elle continue d'être financée par les Français, directement ou au travers d'une augmentation de la cotisation de leur complémentaire santé* ».
- L'Institut Santé adresse « appel solennel » (6 pages) à la ministre de la santé, particulièrement bien documenté et accompagné étude d'impact :

<https://www.institut-sante.org/wp-content/uploads/2026/07/LettreMinistreSante-Institut-27072026.pdf>

#### **6- Prévention : la CNAM propose 3 mesures**

Dans son rapport annuel préparant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, la CNAM propose au gouvernement 40 mesures qui permettraient de réaliser 4 milliards d'euros d'économie.

Parmi celles-ci elle propose :

- ✓ d'interdire la vente de cigarettes aux personnes nées après 2009 (qui ont donc 17 ans aujourd'hui). Le Royaume-Uni a récemment voté une mesure identique pour les jeunes nés après 2008,
- ✓ de « *rendre le Nutri-Score obligatoire sur les produits emballés et en parallèle, ajouter une information sur le caractère ultra transformé du produit* ».
- ✓ de rendre obligatoire le casque à vélo et sur les « *engins de déplacement personnel motorisés* » pour les plus de 12 ans. Les accidents de trajet ont augmenté de 7,6% en 2024 et doublé depuis 2017.

#### **7- Transition écologique en santé : un diplôme**

Depuis cette année, l'EHESP propose un diplôme d'établissement « **Transition écologique en santé : agir et former** », destiné à accompagner les établissements de santé dans la mise en œuvre opérationnelle de la feuille de route de planification écologique du système de santé.

Il se déroulera du 2 février au 16 septembre 2027.

#### **8- Vaccination des soignants contre la grippe: avis de la HAS**

La vaccination annuelle des soignants contre la grippe est un sujet récurrent : la HAS y est revenue le 20 juillet en publiant de nouvelles recommandations en faveur de l'obligation.

La couverture vaccinale des soignants contre la grippe est particulièrement basse : sur la saison 2024-2025 elle n'était que de 20 % en établissement de santé et de 21 % en Ehpad.

Elle recommande « *la mise en place d'une obligation vaccinale contre la grippe pour l'ensemble des professionnels de santé [libéraux et/ou salariés] et des autres professionnels travaillant dans les établissements de santé ou dans les établissements médicaux sociaux hébergeant des personnes âgées, en contact avec des personnes à risque de grippe sévère* ».

Pour mémoire, depuis 2006, la loi oblige les professionnels exerçant en Ehpad à être vaccinés contre la grippe.

Le débat n'est cependant pas clos : Le Canard Enchaîné du 29 juillet rapporte en effet que la HAS n'a pas suivi l'avis de sa commission technique des vaccinations (CTV) composée d'experts dont 11 sur 13 ont voté contre l'obligation. Elle a visiblement répondu au vœu l'exécutif.

### **9- Doctolib fait de la recherche avec nos données de santé**

Ceux qui ont l'habitude d'utiliser Doctolib pour prendre leurs rendez-vous médicaux sont nombreux à avoir reçu, le 14 juillet, un mail de la société les informant de son intention de lancer un projet de recherche sur le thème « améliorer les parcours de soins grâce à l'intelligence artificielle ».

L'objectif annoncé : améliorer les parcours de santé des patients grâce à leurs données de santé connues de Doctolib.

La société se prévaut du partenariat de trois institutions scientifiques françaises de premier plan : l'Inria, l'Inserm et l'Université Paris Cité. Ce que Le Canard Enchaîné du 22 juillet met fortement en doute.

Ce premier projet démarrera le 1<sup>er</sup> août pour une durée de 3 ans et les données seront conservées 5 ans au maximum.

Doctolib se fait fort de protéger les données des patients mais ne demande pas leur accord préalable, se limitant à leur donner la possibilité de s'opposer (qui ne dit mot consent).

Le Monde du 27 juillet décrypte ce projet en apportant une réponse à 6 questions dont :

- quel est ce projet ?
- de quelles données parle-t-on ?
- vont-elles servir à entraîner des IA grand public comme ChatGPT ?
- seront-elles anonymisées ?
- est-ce légal sans avoir demandé le consentement explicite des patients ?
- Comment s'opposer à l'utilisation des données ?

Les réponses apportées peuvent justifier un refus, suivant ainsi la Ligue des droits de l'homme (LDH) qui par un communiqué publié le 16 juillet, a appelé « *toutes les patientes et tous les patients à refuser l'utilisation de leurs données dans ce cadre* ».

## **10. Publications et bibliographie :**

### **1- « Urgence vitale : pourquoi l'hôpital public craque »**

Nicolas Berrod, éditions Flammarion, mai 2026, 327 pages 22€

L'auteur est journaliste au « Parisien Aujourd'hui en France » chargé des sujets de santé.

Ce livre est le résultat d'un journalisme d'investigation tel « complément d'enquête » ou « envoyé spécial ». Il est alimenté par de nombreux témoignages de professionnels (Nicolas Revel DG de l'APHP, le Pr André Grimaldi, des soignants et un DA d'un CHU de BFC..) dont beaucoup sous couvert de l'anonymat.

Il dissèque avec précision les maux qui affectent l'hôpital public.

Ce qui frappe c'est la fréquence du mot « maltraitance » que l'on trouve dans le titre de 3 (sur 4) de ses parties : les patients maltraités, les soignants maltraités, l'institution maltraitante.

La 4<sup>e</sup> nous entraîne dans la « caste des intouchables » que constituent les derniers mandarins car il en existe encore. Elle est illustrée par les démêlés du célèbre Pr Bertrand Dousset chef du service de chirurgie digestive de Cochin.

Plus dramatiquement il évoque le suicide des Pr Barrat de l'hôpital Avicenne de Bobigny, et Jean Louis Mégnien cardiologue à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, victimes d'un véritable harcèlement.

Le livre nous entraîne dans les grands hôpitaux parisiens : Cochin, la Pitié-Salpêtrière, avec un crochet par les CHU de Brest et Poitiers.

Il nous fait même explorer le « rifi en Haute Marne » en rapportant la saga politico-administrative de 20ans, de la reconstruction des hôpitaux de Langres et Chaumont rattachés au GHT (21-52) du CHU de Dijon.

Nous plongeons aussi dans l'univers de l'activité privée à l'hôpital public avec ses dérives et ses dépassements d'honoraires.

L'hôpital public peut encore être sauvé, à condition [...] d'assumer des choix politiques ambitieux ». « A quelques mois de l'élection présidentielle les candidats feraient bien de s'emparer du sujet. »

*Addendum* : cette lecture pourrait être complétée par celle de l'article du Canard Enchaîné du 29 juillet qui rapporte les sanctions (12 mois d'interdiction d'exercice dont 6 avec sursis) prononcées par la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins de Bretagne à l'encontre de l'ancien chef de service de neurochirurgie du CHU de Rennes, et de son successeur pour « manquements déontologiques » (entendre harcèlement ).

Des plaintes ont également été déposées par la DG du CHU et le conseil de l'ordre d'Ille et Vilaine.

Cerise sur le gâteau la juridiction hospitalo-universitaire, saisie par le ministère a condamné le successeur, vice doyen de l'UFR, (parti exercer en Suisse) à 18 mois d'exclusion sans salaire

Tous les 2 continuent à nier et à épuiser toutes les voies de recours (appel en conseil d'Etat).

## **2- « Les établissements de santé en 2024 » édition 2026 (DREES)**

Comme chaque année, la DREES a publié le 9 juillet, sa statistique annuelle des établissements de santé (avec un décalage dans le temps) (248 pages).

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/Les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20en%202024%20-%20%C3%89dition%202026\\_0.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/Les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20en%202024%20-%20%C3%89dition%202026_0.pdf)

Ce panorama est une mine d'informations qui fait référence. Retenons que :

- ✓ fin 2024, le secteur hospitalier comptait 2 962 établissements de santé : 1 330 hôpitaux publics, 977 cliniques privées et 655 établissements privés à but non lucratif
- ✓ l'activité de 2024 a été de :
  - 10,8 millions de séjours d'hospitalisation complète, (avec nuitée), hors long séjour,
  - 20,5 millions de journées d'hospitalisation partielle,
  - 21,3 millions de passages aux urgences,
  - 7,7 millions de journées d'HAD,
  - 7,8 millions de séances de dialyse,
  - 4,1 millions de séances de radiothérapie,
  - 3,6 millions de séances de chimiothérapie,
  - 142 millions d'actes et consultations externes (ACE).
- ✓ les 682 structures des urgences ont traité 21,3 millions de passages en 2024 (+2,5 % par rapport à 2023)
- ✓ l'activité d'hospitalisation partielle croît fortement (+5,7 % de journées) et l'hospitalisation complète plus modérément (+1,4 % de séjours),
- ✓ la situation financière des hôpitaux publics s'est dégradée de nouveau en 2024 avec un déficit de 2,9 milliards d'euros,
- ✓ le résultat net des cliniques privées à but lucratif baisse mais reste faiblement bénéficiaire dans son ensemble, à 194 millions d'euros,

- ✓ les capacités d'hospitalisation complète diminuent régulièrement sur une longue période : 367 100 lits d'hospitalisation complète fin 2024, soit une diminution de 45 700 lits depuis fin 2013,
- ✓ l'activité d'HAD s'est accélérée de nouveau en 2024 en nombre de séjours (+10,4 %, après +8,4 % en 2023) et en nombre de journées (+6,1 %, après +5,9 %),
- ✓ les établissements publics continuent d'assurer des prises en charge plus complexes,
- ✓ quatre accouchements sur cinq s'effectuent dans les maternités de types 2 et 3. Le nombre des maternités est passé de 456 fin 2023 à 445 fin 2024,
- ✓ la part des IVG réalisées hors des structures hospitalières continue de progresser. En 2024, 251 300 IVG ont été réalisées ? soit 7 000 de plus qu'en 2023 (+2,9 %). 139 000 IVG ont été pratiquées dans un établissement de santé (142 300 en 2023), dont plus de 9 sur 10 dans le secteur public (93 %),
- ✓ Les établissements publics emploient 77 % des effectifs salariés du secteur hospitalier ? soit 1,41 million de salariés.

### **3- Démographie des professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2026**

En juillet, la DREES a mis en ligne un communiqué relatif à la démographie des professionnels de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/260702-demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2026>

Des chiffres plutôt encourageants. Retenons que :

- ✓ 242 200 médecins sont en activité soit 5 000 de plus qu'un an auparavant. Dont 101 000 médecins généralistes et 141 200 médecins spécialistes. L'effectif des premiers progresse de nouveau de + 1,0 % en un an et celui des seconds continue d'augmenter fortement (+ 2,9 % entre les 1<sup>er</sup> janvier 2025 et 2026).
- ✓ Les effectifs de kinésithérapeutes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sage-femmes et pédicures-podologues continuent d'augmenter :
  - 111 400 kinésithérapeutes sont en activité, en progression de 3,1 % par an en moyenne depuis 2017,
  - 48 700 chirurgiens-dentistes,
  - 26 400 sages-femmes,
  - 4 600 pédicures-podologues sont en activité
- ✓ 508 800 infirmières exercent une activité salariée fin 2023 (+1,6%) et 98 900 ont exercé une activité libérale au cours de la même année. (l'insuffisante qualité, des données relatives aux infirmières dans le RPPS ne permet pas de les utiliser pour élaborer des statistiques sur leurs effectifs).

### **4- Déficit des hôpitaux publics**

La DREES consacre le n° 1380 de juillet de sa revue « études et résultats » (8 pages) au déficit des hôpitaux publics en 2025.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/ER1380\\_%C3%89tablissements\\_sant%C3%A9\\_2025.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/ER1380_%C3%89tablissements_sant%C3%A9_2025.pdf)

Il diminue mais reste à un niveau élevé.

D'après une première estimation basée sur leurs comptes non définitifs à la fin juin 2026, le déficit global des hôpitaux publics atteindrait 2,3 milliards d'euros soit 2,1 % de leurs recettes en 2025, pour 2,9 milliards (2,7 % des recettes) en 2024.

En 2025, les charges d'exploitation ont continué d'augmenter, à un rythme moins soutenu qu'en 2024, mais les comptes sont toujours grevés par le paiement des intérêts des emprunts, La hausse des charges liées aux salaires des personnels a ralenti. Elle atteint +3% (1,9 milliard d'euros), après +4,1% (2,5 milliards d'euros) en 2024, année où des revalorisations salariales avaient été mises en œuvre.

#### **5- « Etats généraux de la bioéthique 2026 » rapport de synthèse**

Le CCNE a publié (juin ) le rapport de synthèse des états généraux de la bioéthique

<https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2026-07/EGB26-RAPPORT-DE-SYNTHESE-2026-NUM-vf.pdf>

Il compte 338 pages , mis il est possible de se reporter :

- Au dossier de presse (18 pages)  
[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2026-07/CCNE\\_DP\\_RapportDeSynthese.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2026-07/CCNE_DP_RapportDeSynthese.pdf)
- Voir au communiqué de presse (2 pages)  
[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2026-07/CCNE\\_CP\\_RapportDeSynth%C3%A8se\\_20260707\\_presse.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2026-07/CCNE_CP_RapportDeSynth%C3%A8se_20260707_presse.pdf)

#### **6- Partenariat en santé et patients partenaires**

Le 28 mai, le collège de la HAS a adopté le guide « partenariat en santé et patients partenaires » (92 pages).

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-06/dir3/has\\_151\\_guide\\_partenariat\\_sante\\_patients\\_artenaires.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-06/dir3/has_151_guide_partenariat_sante_patients_artenaires.pdf)

Il est accompagné d'une synthèse et de 4 fiches illustrant des partenariats inspirants dans la recherche, la formation et l'enseignement, les parcours de soins et l'adaptation de l'offre de soins.

Il répond à 2 objectifs :

- ✓ poser les principes du partenariat en santé et formuler des repères appréhendables par les établissements, les professionnels de santé et les associations de patients ou d'utilisateurs, dans une perspective didactique,
- ✓ concourir à la promotion des patients partenaires dans le système de santé français.

On trouve les développements suivants :

- ✓ Le partenariat en santé est une des modalités de l'engagement des usagers,
- ✓ Place et rôles des patients partenaires dans les établissements et services de santé,
- ✓ Quelles conditions pour un exercice optimal des patients partenaires ?
- ✓ Le partenariat avec les patients nécessite le respect d'un cadre de référence,
- ✓ Partenariat avec les patients et les patients partenaires : quels effets ?

#### **7- « Alternatives et aval des urgences »**

En septembre 2025 les ministres chargés de la santé (Vautrin et Neuder) ont mandaté un groupe de 6 personnes (inconnues du grand public) pour élaborer des recommandations visant deux objectifs :

- ✓ définir des parcours de prise en charge alternatifs aux urgences lorsque cela est pertinent,
- ✓ recenser la palette de solutions concrètes pour fluidifier les parcours des patients entrés via les urgences. »

Le 15 juillet, elles ont remis leur rapport (93 pages) à la ministre :

« Alternatives et aval des urgences ou comment le système de sante peut-il prendre le virage du vieillissement de la population et des polypathologies »

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-mission-aval-alternatives-aux-urgences.pdf>

Ce rapport est construit autour de 7 axes de travail avec pour chacun des « recommandations fortes » (9 RF au total) et des propositions complémentaires (13 PC au total)

✓ *Axe 1 : Faire des parcours des personnes âgées une priorité absolue.*

« La problématique principale des urgences est la prise en charge de personnes âgées en situation de fragilité ».

- RF 1 : Obligation de décliner dans chaque territoire, et avec tous les acteurs un projet territorial pour la personne âgée et en confier le fonctionnement opérationnel à la CPTS
- PC 1 : Soutenir les médecins coordonnateurs en renforçant leurs prérogatives vis-à-vis de la prise en charge des résidents et en favorisant les communautés de pratique
- RF2 : Créer la mention gériatrie pour les IPA et les de ployer dans les EHPAD et les établissements de santé pour constituer un maillage territorial

✓ *Axe2 : Pour une gouvernance territoriale et effective des parcours patients*

- RF 3 : missionner les CPTS sur la coordination des parcours des patients fragiles en y créant des cellules de coordination ville-hôpital-médico-social, co-pilote e avec les filieres de soins gériatriques labelisées le cas échéant, en y associant les cellules de parcours complexe des établissements de santé et en désignant les DAC comme l'effecteur privilégié des parcours complexes dans le cadre d'une « responsabilité populationnelle » partagée
- PC 2 aboutir à un outil de communication informatique compatible ville-hôpital
- RF 4 : Coordonner les horaires de PDSES et de PDSA (18h30-8h30 la nuit ; 12H-18h30 le samedi, 8h30-18h30 dimanches et jours fériés)

✓ *Axe 3 : Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours patients*

- RF 5 : Déployer et généraliser les organisations ayant fait la preuve de leur efficacité pour fluidifier les parcours patients (SAMU-SAS, re orientation avant ou au SU, unité d'évaluation médicale rapide, numéros d'appel d'avis seniorisés, hospitalisation d'accès direct, cellules d'ordonnancement et leur déclinaison territoriale, salons d'entrée sortie, cellules de parcours complexes, équipes mobiles spécialisées, recours à l'HAD, etc.).

✓ *Axe 4 : Faire évoluer l'offre hospitalière vers une plus grande capacité de prise en charge polyvalente, intégrée dans une organisation plus agile avec les spécialités d'organe et favorisée par une formation médicale et paramédicale basée sur les besoins en santé publique*

- RF 6 : Organiser les établissements de santé autour d'unités de médecine polyvalente ou de médecine interne destinés aux patients non programmés, dont la taille et l'équilibre avec les services de spécialités dépendent de la taille et de la vocation de l'établissement (CHU, gros CH, CH de petite et moyenne taille, hôpitaux de proximité ). Définir par un contrat de liaison entre services polyvalents et spécialités d'organe l'accès s aux plateaux me dico-techniques et la dispensation des avis spécialisés dans la structure. Evaluer les besoins et refonder la formation de médecine polyvalente hospitalière
- PC3 : Privilégier en augmentant préférentiellement les effectifs, les spécialités transversales (médecine générale, médecine interne, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, médecine d'urgence) lors de la majoration du nombre d'internes à venir

- PC4 : Promouvoir l'interprofessionnalité et développer un continuum de métiers complémentaires,
- 
- ✓ *Axe 5 : Spécificités de la pédiatrie*
  - RF7 : Généraliser les grilles de réorientation dans tous les SAU pédiatriques
    - PC 5 : Amélioration de la régulation pédiatrique par la formation des IOA et l'usage de la visio régulation,
    - PC 6 : Renforcer les liens avec la pédopsychiatrie,
    - PC7 : Sensibiliser les familles via des campagnes sur les bonnes pratiques,
- ✓ *Axe 6 : Spécificités de la psychiatrie*
  - RF 8 : Structurer la réponse à la crise psychique adulte et infanto-juvénile
    - PC 8 : Raccourcir les délais de rendez-vous en aval des urgences psychiatriques
    - PC 9 : Sécuriser la sortie des urgences en cas de non-hospitalisation
    - PC 10 : Développer la réponse en post-urgence pour le public infanto-juvénile
- ✓ *Axe 7 : développer un financement prenant en compte la complexité des parcours et les efforts faits pour éviter les hospitalisations*
  - RF 9 : Améliorer le financement des séjours des personnes âgées polypathologiques complexes en prenant en compte l'âge, le cumul de morbidité, l'accès direct ainsi que la carence d'aval
    - PC 11 : Pour le financement des admissions directes non programmées, simplifier le recueil (par exemple par échantillonnage une semaine donnée) et augmenter les enveloppes régionales. Prendre en compte les indicateurs relatifs aux personnes âgées dans les calculs de la dotation populationnelle des urgences (part des personnes âgées, etc.)
    - PC 12 : Financer les unités d'évaluation rapide, les cellules d'ordonnancement, les salons d'entrée et de sortie par une dotation dédiée dans le compartiment MS pour les établissements de santé mettant en œuvre une autorisation d'urgence. Prendre en compte les patients réorientés dans la file active de la dotation populationnelle des urgences
    - PC 13 : Soutenir budgétairement le développement des expertises en gériatrie : équipes mobiles de gériatrie (FIR), un ETP de chef de projet par département/GHT pour porter le projet territorial pour la personne âgée (FIR), IPA (financement à hauteur de 50% les trois premières années d'exercice).

*Conclusion des experts :*

« Les échéances électorales à venir doivent être l'occasion d'une interrogation profonde sur ce que nous voulons comme système de santé, de la prévention au soin, de la prise en charge du plus courant jusqu'à l'excellence de la médecine de pointe pour être au rendez-vous de la confiance que nous accorde nos concitoyens ».

*On ne peut qu'y souscrire.*

**8- Mortalité périnatale : la situation se dégrade**

La DREES consacre le n° 1378 de juillet de sa revue « études et résultats » à la mortalité périnatale.

[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/ER1378\\_Mortalit%C3%A9\\_p%C3%A9rinatale.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-07/ER1378_Mortalit%C3%A9_p%C3%A9rinatale.pdf)

En 2024, le taux de mortalité périnatale (nombre d'enfants nés sans vie ou décédés au cours des 7 premiers jours de vie, rapporté à l'ensemble des naissances à partir de 22 semaines d'aménorrhée s'élève à 11,2 pour 1 000 (‰).

Il augmente depuis 2021, et plus particulièrement en 2024, après avoir fluctué entre 2014 et 2021 autour de 10,5 ‰.

Le taux de mortinatalité (enfants nés sans vie du fait d'une mort fœtale spontanée ou d'une interruption médicale de grossesse) est de 9,2 pour 1 000 naissances totales en 2024 : c'est la principale cause de mortalité périnatale.

La mortalité néonatale précoce (enfants nés vivants et décédés dans les 7 premiers jours de vie) s'élève à 2,0 pour 1 000 naissances.

En 2019, la France se situait au 16e rang européen (sur 28) pour la mortalité périnatale, parmi les pays aux taux les plus élevés.

### **9- « La greffe rénale à partir d'un donneur vivant » (Renaloo)**

Avec France Rein créée en 1972), Renaloo (créée en 2002) est l'une des 2 grandes associations de patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC).

Elle vient de publier un guide (25 pages) sur le greffe de rein à partir d'un donneur vivant

[https://renaloo.com/wp-content/uploads/2026/06/BROCHURE-DONNEURS-VIVANTS-RENALOO\\_Id.pdf](https://renaloo.com/wp-content/uploads/2026/06/BROCHURE-DONNEURS-VIVANTS-RENALOO_Id.pdf)

En 2024, 598 greffes ont été réalisées à partir de donneurs vivants, soit une progression de 41 greffes par rapport à 2023, et encore en deçà du record de 2017 (611 greffes).

Ces greffes ne représentent que 16 % du total des transplantations rénales (environ 43% aux Pays Bas, 29% au Royaume Uni, 28% en Norvège)

L'objectif national est de 20% pour les 45 équipes de greffes autorisées en France.

Ce guide est un véritable plaidoyer : il est exhaustif et clair.

## **11. Agenda aout- septembre :**

Comme chaque année, si aout reste calme, septembre verra L 'activité reprendre.

### **○ 10 septembre :**

- **CTS 25** : réunion plénière 13h30 à la DT ARS 25

- **CSOS** : 14h

- **CCAR SMR** : 14h

*Quand l'ARS aura-t-elle un agenda partagé ?*

### **○ 14 septembre : 17h CTS 70 : bureau**

### **○ 14 au 18 septembre : la semaine de la sécurité des patient (SSP) sur le thème**

**« La sécurité des soins pour les personnes atteintes de pathologies chroniques »**

### **○ 15-16-17 septembre : « la bientraitance à l'épreuve du réel » ERE BFC**

### **○ 22 septembre : 9H30 CTS 39 bureau**

### **○ 23 septembre : 9h CSOS *annulée***

### **○ 30 septembre- 1° octobre :**

**Journées régionales de la e-santé en BFC**

Organisées par le GRADeS et l'ARS au palais des congres de Beaune.

*2 journées thématiques en parallèle du programme principal :*

- **30 septembre : la cybersécurité** : parce que la protection des données et la sécurité des systèmes d'information en santé est l'affaire de tous,
- **1<sup>er</sup> octobre : l'intelligence artificielle** : découvrir les solutions et expérimentations qui redessinent la e-santé en région.

#### *Programme principal sur 2 thèmes*

- **Santé mentale** : Comment le numérique accompagne, soutient et transforme la prise en charge ?
- **Santé des enfants** : Quels outils pour mieux suivre, coordonner et protéger les plus jeunes ?

Tables rondes, retours d'expérience terrain et temps d'échange rythmeront ces deux journées, en présence d'intervenants nationaux et régionaux.

#### *Public ciblé :*

Professionnels de santé, établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, fédérations, URPS, représentants des usagers, étudiants en santé et médico-social, acteurs de santé du territoire, partenaires institutionnels, etc.

Le programme et la liste des intervenants sont en ligne :

<https://www.esante-bfc.fr/wp-content/uploads/Programme-JRE-2026.pdf>

Inscription gratuite et obligatoire

#### *Après septembre :*

- **6 octobre** : réunion d'installation de la nouvelle CRSA à Dijon sur la journée
- **14 octobre : 5<sup>e</sup> édition de l'événement « Opportunités seniors » (PGI BFC)**  
Le PGI organise le mercredi 14 octobre la 5<sup>e</sup> édition de son événement régional de la silver économie « opportunité seniors » sur le thème :  
**« intelligence artificielle et robotique : développements usages et perspectives dans le champ du bien vieillir »,**

#### *Programme :*

- **Matin : (10h-11h)**  
Conférence : intelligence artificielle et robotique face au vieillissement : ce qui marche, ce qui reste à prouver (Alexandre Faure consultant en silver économie)
- **Après midi :**  
Laboratoire des innovations : découverte des innovation présentées par les porteurs de projets présents (14h-16 h 30)  
Rendez-vous professionnels programmés entre les participants (14h-16h45) : créneaux de 20mn afin de découvrir les entrepreneurs et professionnels présents

#### *Renseignements pratiques*

- **Lieu** : Besançon CCI Saône-Doubs (parking sur place)
- **Horaires** : 9h30-17h
- **Buffet** sur place
- **Inscription** : avant le 9/110

<https://pgi.make-an-event.com/fr/inscription>

- **16 octobre** : 9h-17h ARUCAH journée de formation sur l'« **Expérience Patient** » (Besançon à la Maison des Familles)
- **16-18 octobre** : 10<sup>e</sup> édition du **Hacking Health** à Besançon

○ **5 novembre** : Journée régionale des RU de BFC  
Organisée par France Assos Santé BFC , la 4<sup>e</sup> journée régionale des RU en BFC se déroulera le 5 novembre sur le thème :

**« Ensemble créons les conditions d'un mandat réussi »**

Elle est ouverte à l'ensemble des représentants des usagers (RU) de la région et aux professionnels des établissements de santé pour étudier les conditions permettant aux RU de remplir leurs missions.

Programme

<https://bourgogne-franche-comte.france-assos-sante.org/2026/06/19/journee-regionale-des-ru-de-bfc-2026/>

Lieu : Dijon « salle le 9 bis », 9bis Boulevard Voltaire (9h-17h)

Inscription (gratuite) :

<https://forms.cloud.microsoft/Pages/ResponsePage.aspx?id=ckTIQT7km06l1HD3qDhhXcVS-GwRHZNcubde0cvbn8FUNetPQ0EyR1BYRFlOWTRPUE5ISzExS0dJRS4u>

- **20 novembre** : « Regards croisés sur les données de la maltraitance à enfants »  
Dans le cadre de la Journée internationale des droits de l'enfant, un séminaire sera organisé le 20 novembre de 9h à 17h à Dijon (CCI 2 avenue de Marbotte) sur le thème

**Regards croisés sur les données de la maltraitance à enfants »**

Cette rencontre réunira chercheurs, professionnels et représentants institutionnels afin de favoriser les échanges autour des pratiques, des données et des perspectives liées à la prévention et au suivi des situations de maltraitance.

Le programme s'articulera autour de trois tables rondes :

- la première consacrée au recueil et à la diffusion des données,
- la deuxième centrée sur la prévention, la qualification de la maltraitance et sa prise en charge,
- la troisième dédiée à la formation des professionnels de santé.

Programme :

[https://zimbra.aliceadsl.fr/service/home/~/.260709\\_Flyer%20Regards%20Crois%C3%A9s.pdf?auth=co&loc=fr&id=684189&part=2](https://zimbra.aliceadsl.fr/service/home/~/.260709_Flyer%20Regards%20Crois%C3%A9s.pdf?auth=co&loc=fr&id=684189&part=2)

Inscription gratuite mais obligatoire, participation en distanciel possible

***L'ARUCAH vous souhaite un doux mois d'août***

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