



La LETTRE de l'ARUCAH BOURGOGNE FRANCHE COMTE

N° 97 Septembre 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Fin de vie : quelle place pour les aidants ?

Les aidants (ou proches aidants) sont présents aux côtés de l'aidé, pour des périodes plus ou moins longues, à tous les âges de sa vie et dans toutes les circonstances qui l'exigent : handicap, maladie. Parmi celles-ci la fin de vie constitue certainement le moment le plus important pour l'aidance.

En 2021, selon la DREES, la France comptait au moins 9,3 millions de proches aidants. Aussi lorsqu'on légifère sur la fin de vie, a-t-on le devoir non seulement de ne pas les ignorer, mais de les reconnaître.

Dans une tribune publiée dans Le Monde du 11 août, Hélène Rossinot, médecin de santé publique (qui a beaucoup publié sur l'« aidance »), et Michael Worms - Eherminger, chercheur en santé publique, livrent leur réflexion sur la place accordée à l'aidant par le législateur dans ses deux récentes lois sur la fin de vie.

« Entre le 26 mai et le 15 juillet, sans que personne ou presque ne le remarque, le législateur français a profondément altéré l'image et la dignité de millions d'aidants ».

Accompagnement et soins palliatifs :

La loi du 26 mai « visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs » lie très étroitement le patient et son entourage.

« L'accompagnement et les soins palliatifs ont pour objet [...] de garantir une prise en charge globale et de proximité de la personne malade et de ses proches ».

« Ils assurent la prise en charge de l'entourage de la personne malade en lui procurant le soutien psychologique et social nécessaire, notamment après le décès de la personne malade ».

Les maisons d'accompagnement et de soins palliatifs :

Des maisons d'accompagnement et de soins palliatifs « offrent également un accompagnement aux proches aidants et aux proches endeuillés ».

« Elles peuvent accueillir des personnes relevant d'une prise en charge palliative à des fins de répit de leurs proches. Elles offrent également un accompagnement aux proches aidants et aux proches endeuillés ».

« Les proches qui accompagnent les personnes suivies dans les maisons d'accompagnement et de soins palliatifs bénéficient d'une information sur les droits des proches aidants »,

Les ESMS :

Le projet d'établissement des services et établissements médico sociaux doit comprendre un volet relatif à l'accompagnement et aux soins palliatifs qui « précise également les modalités

d'information des personnes accompagnées et de *leurs proches* sur leurs droits en matière de fin de vie ».

L'organisation territoriale :

« Les organisations territoriales assurent la coordination des intervenants en mobilisant, dans une logique de gradation en fonction de l'évolution des besoins des personnes malades et de leurs *aidants*, notamment en vue du maintien au domicile de celles-ci ».

Les aides aux aidants :

Dans un délai de 6 mois à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le coût et sur les modalités d'une réforme du congé de solidarité familiale permettant d'en accroître le taux de recours [...] en examinant notamment les possibilités d'élargir les modalités de versement et d'allonger la durée de versement, qui propose des mesures de soutien psychologique pour les *aidants familiaux* »

Il évalue également le coût et les modalités d'une réforme du *congé de proche aidant* afin de le rémunérer sur le modèle des indemnités journalières, pour une durée d'un an fractionnable sur l'ensemble de la carrière.

Ce rapport comprend également des propositions concernant l'accès aux séjours de répit pour les *proches aidants*.

Droit à l'aide à mourir :

La loi du 18 août « relative au droit à l'aide à mourir » est beaucoup plus discrète sur la place de l'aidant : c'est une affaire entre le patient et le médecin. L'aidant apparaît comme une variable d'ajustement.

Avant :

Le médecin « propose à la personne et à ses proches de les orienter vers un psychologue ou un psychiatre et s'assure, si elle le souhaite, qu'elle puisse y avoir accès »

On notera le « elle », au singulier. Ce n'est pas un oubli, ni une faute de grammaire : l'assurance de cet accès ne concerne pas les proches.

Pourtant, en commission, un amendement proposait de garantir aux proches ce même accès, mais il a été rejeté, l'une des rapporteurs assumant sans détour que le médecin « *ne s'assure que de l'accès du patient* ». Le rapporteur général déclarera même: « *comment définir un proche ? (...) La procédure doit d'abord être consacrée au malade.* »

Le jour venu :

Le jour venu, la loi (qui deviendra l'article L. 1111-12-7 du CSP) prévoit tout : l'administration de la substance létale, sa surveillance, le médecin ou l'infirmier tenu de rester dans la pièce « *pour pouvoir intervenir en cas de difficulté* ». Puis le décès est constaté, le certificat établi, la préparation non utilisée rapportée à la pharmacie, le compte rendu rédigé.

Et le texte s'arrête là : le professionnel s'en va, et pourtant, qui reste dans la chambre ? Une épouse, un fils, une sœur, des aidants.

A croire que la mort et sa préparation nécessitent un soutien et les touchent lorsqu'ils accompagnent un patient en soins palliatifs, mais les épargnent dans cette nouvelle manière de procéder.

Après :

La loi ne se préoccupe pas du sort de ceux qui restent, dans l'avant comme dans l'après.

Et pourtant des études réalisées à l'étranger (Pays Bas et Suisse) montrent que bien préparé, le deuil après une mort assistée n'est pas condamné à être pathologique.

Quelles perspectives possibles ?

La loi est votée et ne peut être modifiée que par une nouvelle loi , ce qui est totalement inenvisageable, du moins dans le court terme.

Un espoir cependant: les décrets d'application à venir.

L'article 13 de la loi prévoit qu'un « décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application [...] , notamment :

- les modalités d'information de la personne qui demande l'aide à mourir,
- la forme et le contenu de la demande et de sa confirmation,
- la procédure de vérification des conditions,
- les modalités selon lesquelles le médecin [...] accède aux données du registre [contenant les informations relatives aux mesures de sauvegarde de justice, de curatelle, de tutelle et d'habilitation familiale].

Un décret ne nécessite pas de débats parlementaires : il relève de la seule compétence du gouvernement, mais , outre celui du conseil d'état , de nombreux avis préalables sont sollicités « CNOM, CNOSS ...).

Autrement dit : la loi ne sera pas applicable avant un « certain temps ».

Le gouvernement pourra s'inspirer de la loi du 26 mai pour inscrire l'aidant dans ces textes, de bout en bout, en créant un parcours de l'aidant d'un proche en fin de vie, que ce soit :

- des moments dédiés à l'aidant dans la procédure, distincts de l'avis consultatif prévu par la loi,
- un ou plusieurs entretiens propres, pour l'informer, le préparer au jour venu, repérer et prendre en charge sa vulnérabilité,
- un suivi de deuil systématiquement proposé aux proches, articulé aux maisons d'accompagnement, au lieu d'une simple « orientation ».

« Il s'agit, au fond, d'un changement de paradigme : sortir du face-à-face patient-médecin pour reconnaître la triade qui existe déjà dans toutes les chambres : le patient, le soignant, l'aidant ».

La France pourrait ainsi « devenir la première [nation à] : inscrire enfin dans son droit de la fin de vie, celles et ceux qui restent dans la chambre une fois que tout est fini ».

1. Le dossier du mois : pour des GHT plus d'efficients

On se souvient :

- ✓ de la circulaire du 23 avril 2025 de Mr Bayrou (éphémère 1° ministre à cette époque) relative à « l'efficience et à la performance des établissements de santé », adressée aux DG des ARS,
- ✓ de l'instruction « du 9 octobre 2025 (13 pages) de la ministre de la santé « relative à la mise en œuvre de la circulaire du Premier ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé » adressée aux mêmes DG des ARS. Elle leur donnait des instructions drastiques pour « redresser » les établissements en difficultés financières.

On pourrait aussi se souvenir du rapport commun de l'IGAS et de l'IGF publié en septembre 2025 sous l'intitulé « face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics : renforcer l'efficience par une intégration territoriale » (578 pages !)

https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2025-12/Situation_financi%C3%A8re_des_h%C3%B4pitaux%20publics%2C_renforcer_l%27efficience_par_une_int%C3%A9gration_territoriale_%28Igas-IGF%29.pdf

Voici maintenant une circulaire du 29 juillet 2026 (15 pages) de la ministre de la santé et de l'autonomie et des personnes handicapées « relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) » toujours adressée aux DG des ARS. (sans même une copie aux préfets).

Il y est aussi beaucoup question d'efficience et de territorialisation.

Les objectifs ministériels :

La circulaire fixe l'objectif général d'« identifier dans chaque GHT les marges d'efficience existantes et définir les actions à déployer pour les mobiliser », et pour ce faire de :

- ✓ dresser un autodiagnostic des GHT sous la responsabilité du binôme de gouvernance (directeur de l'établissement support et président de la CME de groupement),
- ✓ mobiliser les GHT pour renforcer les coopérations territoriales à travers la définition d'un plan d'actions.

Rappel des objectifs assignés aux GHT :

Les GHT créés par la loi du 26 janvier 2016 « de modernisation du système de santé » (articles L 6132-1 à 7° du CSP), fêtent leur 10^e anniversaire.

Il ont pour objectifs généraux :

- ✓ d'élaborer et mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Cette stratégie est formalisée dans un projet médico-soignant partagé (PMSP) garantissant une offre de proximité, ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours,
- ✓ de réaliser une rationalisation des modes de gestion par une mise en commun, obligatoire ou facultative, de fonctions et d'activités.

Un bilan et un plan d'actions dans chacun des GHT :

Il est attendu des établissements membres qu'ils réalisent conjointement une analyse précise, des réalisations, des forces et des faiblesses de leur GHT, afin d'identifier les marges de progrès existantes dans les domaines suivants :

✓ Le périmètre géographique :

L'élaboration de ce plan doit offrir l'occasion d'évaluer la pertinence du périmètre géographique définis il y a 10 ans, au regard des évolutions constatées dans l'organisation de l'offre de soins.

Des modifications de périmètre peuvent être proposées à l'ARS, sans que le nombre de GHT au niveau régional puisse toutefois pas être augmenté.

Ce qui laisse entendre que ce nombre pourrait être diminué.

A l'origine, en 2016 et sous la contrainte du calendrier, le nombre et le périmètre des GHT ont été laissés à l'initiative des établissements sans réelle politique et stratégie d'ensemble. Des ajustements ont déjà été faits : dissolution du GHT de psychiatrie (Novillars, Dole) et rattachement au GHT centre FC de ces 2 établissements, et rattachement du site de Gray au GHT de la Haute Saône, après son absorption par le GH 70.

Des modifications de périmètre pourraient encore être envisagées comme par exemple dans l'Yonne, qui compte 2 GHT : nord Yonne (Sens), et GHT Unyon (Auxerre).

✓ L'organisation des parcours de soins :

Chaque GHT devra, dans son bilan, mettre en avant, en référence à son projet médico-soignant partagé, l'impact du groupement sur :

- la gradation et la cohérence des activités déployées par les établissements parties,
- l'organisation des parcours des patients et de leur orientation entre les établissements et en lien avec l'offre de soins du territoire,
- la recomposition de l'offre de soins,
- la mise en place d'équipes de soins partagées sous les différentes formes existantes (fédération médicales inter hospitalières (FMIH), pôles inter-établissements, équipes médicales de territoire).

Chaque GHT identifiera les marges de progrès possibles pour :

- une offre de soins plus intégrée et efficiente (optimisation des plateaux techniques, efficience des filières de soins, accès aux consultations de spécialistes, renforcement de la

coordination avec les soins primaires et les ESMS, afin de limiter les hospitalisations évitables),

- un renforcement du maillage du territoire et de l'accès aux soins (consultations avancées, organisation des parcours des patients et gestion des lits, positionnement d'infirmières en pratique avancée (IPA) , téléexpertise et téléconsultation)

✓ *Les équipes médicales de territoire :*

La mise en œuvre d'équipes médicales de territoire constitue un levier majeur de consolidation de l'offre publique.

De nombreuses équipes médicales se sont d'ores et déjà organisées, sous forme de FMIH ou de pôles inter-établissements, forme plus intégrative et aboutie.

Les domaines privilégiés pour les équipes médicales de territoire sont : la gériatrie, les urgences, l'anesthésie, la gynécologie obstétrique, et les plateaux techniques : imagerie, biologie et pharmacie.

En BFC il existait déjà des équipes médicales communes bien avant l'apparition des GHT, notamment en France Comté avec l'institut régional fédératif du cancer (IRFC) : expérience innovante à l'époque et qui reste toujours exemplaire.

✓ *Les directions communes :*

Les directions communes permettent une unité managériale au sein d'un GHT, laquelle contribue à l'efficacité du pilotage du groupement, tout en conservant un management de proximité dans le respect de l'autonomie juridique et administrative des établissements.

Aujourd'hui un quart des 136 GHT connaît une situation d'unité managériale intégrale à l'appui d'une direction commune.

La ministre souhaite que lors de toute vacance de poste, la mise en place d'une direction commune soit la règle.

Il y a bien longtemps que les établissements de notre région (sous l'impulsion de l'ARS ?) appliquent ce principe. En particulier nos 2 CHU ne manquent pas une occasion d'y recourir.

Parfois même la convention de direction commune est le préalable à une fusion absorption pure et simple (ex : les EHPAD-USLD de Bellevaux et Avanne et le centre de soins des Tilleroyes (SMR) absorbés au 1^{er} janvier par le CHU de Besançon).

Le nombre de conventions de direction commune est considérable en BFC : il n'existe pas de document récapitulatif

On peut même constater un effet en cascade lorsque 2 établissements signent une convention de direction commune et que l'un d'eux est déjà en direction commune avec d'autres ;(ex : le CHU de Besançon et le CHI de Pontarlier).

Ne nous acheminons nous pas vers des « assistances publiques » (AP) sinon régionales, du moins territoriales ?

✓ *Les activités mutualisées :*

La mutualisation est la principale raison d'être des GHT ; elle a même un caractère obligatoire dans les cas suivants :

- Sous l'égide de l'établissement support :
la fonction achats, le système d'information, la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire, la coordination des instituts et écoles et le plan de formation continue et de développement professionnel continu des personnels, la définition d'orientations stratégiques communes pour la gestion des ressources humaines médicales.
- Avec ou sans intervention de l'établissement support :
L'imagerie diagnostique et interventionnelle, la pharmacie et la biologie médicale.

Les GHT peuvent recourir à des mutualisations non obligatoires et à des dispositifs dits renforcés.

✓ *Le recours aux dispositifs renforcés de mutualisation :*

Le code de la santé prévoit qu'après autorisation de l'ARS les GHT peuvent opter pour :

- l'élaboration d'un programme d'investissement ainsi que d'un plan global de financement pluriannuel (PGFP) unique,
- la mise en commun de leurs disponibilités déposées auprès de l'État (autrement dit : leurs trésoreries),
- la possibilité de conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) unique se substituant au CPOM de chaque membre.

Nous n'avons pas connaissance de telles mutualisations dans notre régions. Il faut dire, qu'en matière d'investissement et surtout de finances, les directeurs d'établissements sont plus « frileux », ce que l'on peut aisément comprendre. Tous les établissements étant en déficit.

Les GHT sont invités à prendre en compte dans l'élaboration de leurs orientations sur les parcours de soins, le renforcement des synergies avec les acteurs de l'offre de soins de proximité (CPTS, maisons et centres de santé du territoire et SAS).

Soutien à la consolidation des GHT : les moyens des ARS

Les ARS ne manquent pas de moyens pour « inciter » les établissements à jouer la carte des GHT, de la territorialisation et de la mutualisation : la circulaire les rappelle.

✓ *Le dialogue stratégique ARS-GHT :*

Plusieurs ARS ont installé des dialogues stratégiques au niveau des GHT et en présence de l'ensemble des établissements membres.

La ministre invite les ARS à systématiser cette pratique.

✓ *L'évaluation des directeurs :*

Les directeurs font l'objet d'une évaluation annuelle.

Un décret du 1^{er} août 2026 (JO du 2) (cf. infra §7) permet aux DG des ARS de confier aux directeurs des délégations départementales, ainsi qu'à d'autres directeurs de l'ARS, l'évaluation annuelle des directeurs d'établissements publics de santé et des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux, à l'exception des DG de CHU.

Ils relèvent du décret du 27 novembre 2025 portant création d'un régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel ((RIFSEEP) pour les directeurs d'hôpital

Une instruction du 28 juillet 2026 précise les modalités d'application de ce régime indemnitaire. Cette évaluation doit particulièrement prendre en compte la dimension territoriale de l'établissement : organisation des parcours et filières, équipes médicales de territoire, mutualisation des ressources...

✓ *L'intégration de la dimension territoriale dans l'allocation des ressources*

Enfin l'ARS peut mobiliser le levier budgétaire pour une meilleure intégration de la dimension territoriale.

Par exemple :

- renforcer les contreparties posées au versement des aides en trésorerie notamment en matière de redressement financier,
- s'assurer que les projets d'investissement intègrent l'efficacité territoriale dès leur conception et conditionner les aides à l'investissement à la présentation d'objectifs précis.

La dimension territoriale peut être prise en compte dans bien d'autres vecteurs de financement (FIR, dotations populationnelles...).

La mise en œuvre :

✓ *Le calendrier :*

Chaque GHT devra fournir pour le :

- 15 novembre 2026, **un bilan** comprenant l'ensemble des domaines mentionnés ci-dessus.. Il sera réalisé à l'aide du cadre méthodologique mis à disposition par l'ANAP et dont la grille est présentée en annexe 1 à la circulaire.
- 15 janvier 2027 : **un plan d'actions** de consolidation de l'offre publique, visant à décliner cette stratégie de manière opérationnelle et dont les premières concrétisations sont attendues à compter de début 2027.

✓ *Le pilotage :*

Au sein de chaque GHT, la responsabilité du pilotage de ce travail incombe au président du comité stratégique (le directeur de l'établissement support) et au président de la commission médicale de groupement (CMG) , en association étroite avec :

- les gouvernances de chaque établissement, partie,
- la CMG et la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) de groupement,

Seront étroitement associés :

- le comité ou la commission des usagers de groupement,
- le comité territorial des élus locaux.

Au regard de toutes ces consultations, le calendrier annoncé semble optimiste.

Aux RU d'évoquer cette démarche dès la prochaine réunion de la commission des usagers. Pourquoi la démarche ne serait-elle pas commune avec le comité des élus ? Leurs préoccupations devraient être proches.

✓ *Le suivi :*

Le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions sera assuré dans le cadre du dialogue stratégique entre l'ARS et le groupement, et un point d'étape sera demandé au groupement tous les 6 mois sur toute la durée de la mise en œuvre.

Un point d'étape pourrait aussi être régulièrement présenté à la commission des usagers et au comité des élus.

Les 11 GHT de BFC :

Après modification du périmètre des GHT Haute-Saône et Centre Franche-Comté et dissolution du GHT psychiatrique en 2019 (CHS de Novillars et Dole St Ylie) notre région compte 11 GHT réunissant les établissements suivants : (le 1° cité est l'établissement support)

- ✓ GHT 21-52 , Côte d'Or Haute Marne : CHU de Dijon, CHS La Chartreuse à Dijon , CH de Semur-en-Auxois, de la Haute Côte d'Or (sites de Chatillon sur Seine, Montbard, Saulieu, EHPAD de Vitteaux et Alise Ste Reine), Auxonne, Is sur Tille, Chaumont, Langres, Bourbonne-les-Bains (l'un des rares, sinon le seul GHT à réunir des établissements de 2 régions).
- ✓ GHT de la Nièvre : CH de l'agglomération de Nevers (CHAN), CH de Decize, Cosne-Cours-sur-Loire, La Charité sur Loire, Château Chinon, Lormes, St-Pierre le Moutiers , CLS de Luzy , CHS Pierre Léo La Charité sur Loire,
- ✓ GHT de Saône et Loire -Bresse Morvan : CH de Chalon sur Saône, Autun, Montceau-les-Mines, Toulon-sur-Arroux, , Chagny, La Guiche (en direction commune), CH de Louhans et CHS de Sevrey,

- ✓ GHT de Bourgogne méridionale : CH de Macon, CH du Pays Charolais-Brionnais (fusion des CH de Paray-le-Monial, Charolles, La Clayette au 01 01 2020), CH de Tournus, CH du Clunisois (Cluny-Tramayes), CH Fondation d'Aligre Bourbon-Lancy ,
- ✓ GHT Sud Yonne-Haut Nivernais (Unyon) : CH d'Auxerre, Avallon, Clamecy, Tonnerre, (en direction commune), et CHS de l'Yonne (à Auxerre)
- ✓ GHT Nord Yonne : CH de Sens (après absorption du CH de Villeneuve :Yonne), et CH Joigny en direction commune,
- ✓ GHT centre Franche Comté : CHU de Besançon, CHI de Haute-Comté, CH de Dole d'Ornans, de Morteau, Baume-les-Dames, Etablissement de santé de Quingey, et les établissements en direction commune : CHS Saint-Ylie Jura CHS de Novillars, Etapes (Dole), EHPAD de Malange, EHPAD de Mamirolle, Solidarité Doubs Handicap
Les établissements de Bellevaux (EHPAD-USLD), Avanne (EHPAD-USLD, et les Tilleryes (SMR) ont été absorbés par le CHU de Besançon le 1^{er} janvier 2026 et disparaissent du GHT
- ✓ GHT du Jura : CHI Jura Sud, CH de St Claude, Morez, Pays du Revermont (réunissant Salins les bains, Arbois et Poligny,
- ✓ GHT de Haute Saône : Groupe hospitalier de la Haute-Saône (GH 70) et les EHPAD de Saulx-de-Vesoul, et de Scey-sur-Saône en direction commune.
Sont associés à ce GHT 4 établissements privés : l'association hospitalière de BFC (AHBFC-établissement de psychiatrie de la Haute Saône et du Nord FC) , 2 établissements de SSR : le CRF de Navenne (groupe EMEIS France) et le CMPR Bretegnier à Héricourt (Fondation Arc en Ciel) et l'HAD de la mutualité Comtoise.
Le GH 70 regroupe en une seule entité juridique les sites sanitaires de Vesoul, Lure, Luxeuil, Gray et 16 sites d'hébergement.
- ✓ GHT Nord Franche Comté : Hôpital Nord FC, CHSLD du Territoire de Belfort Le Chênois (en direction commune),
- ✓ GHT Sud Cote d'or : hospices civils (CH) de Beaune, établissements associés : EHPAD Auguste Arvier de Bligny sur Ouche, EHPAD Jeanne Pierrette Carnot de Nolay, EHPAD Cordelier de Labergement -les-Seurre, EHPAD La Saône de Saint-Jean-de-Losne

Voir la carte des GHT (de mars 2023, la dernière en ligne) :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/onze-groupements-hospitaliers-de-territoire-en-bourgogne-franche-comte>

Globalement, la bilan de 10 ans d'existence des GHT est positif pour l'organisation et la rationalisation de l'offre de soins.

Néanmoins on peut regretter qu'ils laissent, encore aujourd'hui, totalement de côté les établissements privés de santé, si ce n'est sous la forme d'association, alors qu'ils constituent une part importante de l'offre de soins sur les territoires.

A noter que la circulaire ne mentionne pas la possibilité, prévue par la loi du 27 décembre 2023 « visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels » pour un GHT d' « être doté de la personnalité morale dans les cas [énumérés par l'article L 6132-5-2 du CSP].

2. Le préfet et le DG de l'ARS (suite)

Dans la dernière lettre nous avons relaté le retour en force du préfet dans la gestion des affaires de santé, sur le fondement de 2 textes :

- ✓ Le décret du 30 juillet 2025 qui donne un rôle (certes modeste) au préfet en matière de planification, d'autorisations, et de ressources humaines (évaluation des fonctionnaires),
- ✓ Le décret du 22 juillet 2026 qui consacre la participation du préfet à la gestion du FIR.

Voici une 3^e « incursion » résultant du décret du 1^{er} août (JO du 2) « relatif aux délégations départementales des ARS ».

Les délégations départementales de l'ARS :

« Chaque délégation départementale de l'ARS est dirigée par un directeur départemental placé sous l'autorité hiérarchique du DG de l'ARS » (nouvel article D. 1432-53-3 du CSP).

Les directions territoriales deviennent délégations départementales :

On ne parle donc plus de directions (ou de délégations) territoriales (DT), mais de délégations départementales (DD).

Pour autant son responsable n'a pas le titre de délégué départemental mais bien celui de directeur départemental.

Derrière ces désignations se retrouve bien la volonté de l'exécutif, de ramener le département, circonscription de l'Etat, et donc le Préfet, au centre de l'organisation des administrations publiques. Un retour à l'organisation napoléonienne.

Pour notre région, la seule conséquence est la disparition de la direction territoriale du Nord FC et son replis sur le seul Territoire de Belfort alors que la direction territoriale du Doubs réintègre dans son giron le nord du département.

La dernière décision fixant la composition de l'équipe d'encadrement de l'ARS anticipait déjà ce changement (cf. lettre N°96 d'août § 7-1 al 5)

Toutes les autres directions territoriales épousaient déjà les limites départementales.

Le positionnement du directeur départemental (DD ARS) :

Il est « nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, sur proposition du DG de l'agence et après avis du préfet du département ».

Il n'est donc plus nommé par le DG de l'ARS, mais par l'administration centrale comme les autres « fonctionnaires d'autorité » de l'Etat.

Il « représente le DG de l'ARS auprès du préfet de département, des collectivités territoriales et de leurs groupements, des régimes de base d'assurance maladie, des établissements, services et professionnels relevant des secteurs sanitaire et médico-social, des associations et des représentants des usagers ».

Missions :

Le DD ARS « participe à l'élaboration de la politique régionale de santé et veille à son adaptation dans le département, en conformité avec les orientations du projet régional de santé (PRS) et du plan régional santé environnement (PRSE) ».

Il anime la politique régionale de santé, à l'échelle du département, notamment en matière d'accès aux soins de proximité, de santé environnementale et d'offre médico-sociale, et à ce titre il :

- participe aux travaux de délimitation des territoires de santé à l'échelle infrarégionale, dans le ressort de sa délégation départementale :

- zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, (ZIP...) pour l'allocation des incitations financières,
- zones définies pour la répartition des activités et des équipements,
- coordonne la préparation et la négociation des contrats auxquels l'ARS est partie, en particulier les contrats locaux de santé (CLS) ,
- déploie des projets mobilisant les acteurs du territoire départemental pour améliorer l'accès aux soins et pour lutter contre les déserts médicaux, afin de répondre aux besoins définis par le diagnostic territorial de santé,
- met en œuvre des actions de prévention et de promotion de la santé,
- promeut les coordinations entre les professionnels de santé hospitaliers, les professionnels de soins de ville et les acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, ainsi que les projets et innovations portés dans le département en matière d'accès aux soins,
- participe à la gestion des crises sanitaires.

Le comité de l'accès aux soins de premier recours :

« Dans chaque département, il est institué un comité de l'accès aux soins de premier recours, conjointement présidé par le préfet de département, le président du conseil départemental et le directeur départemental de l'ARS ».

Il se réunit au moins une fois par an.

Composition :

Il est « notamment composé :

- d'élus : «les présidents des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre du département, et au moins 5 maires du département désignés par l'association départementale des maires »,
- d'un représentant, au niveau départemental, de chacun des régimes d'assurance maladie »

On remarquera l'absence de représentants des professionnels de santé (CDOM, URPS), des usagers, (ce que France Assos Santé n'a pas manqué de dénoncer), et même de représentants du CTS.

Le terme « notamment » laisse entendre qu'il pourrait comprendre d'autres membres à l'initiative des co-présidents. Il faut certainement attendre encore une circulaire ou une instruction.

Compétences :

Ce comité :

- concourt à l'identification des besoins de soins de premier recours au sein du département et à la détermination de l'offre de soins adaptée à ces besoins sur ce territoire,
- participe à la mise en œuvre de dispositifs incitant à l'installation de professionnels de santé et au développement de l'offre de soins de premier recours, en particulier dans le cadre du réseau des structures "France Santé",
- pilote la mise en œuvre du guichet unique départemental d'accompagnement des professionnels de santé,
- peut assurer la concertation prévue « sur l'organisation territoriale des soins » (article L. 1434-15 du CSP).

Ce texte reflète bien une « montée en pouvoir » des directeurs départementaux. Il passe totalement sous silence le rôle des CTS, déjà bien malades.

Il porte le risque de rajouter une couche administrative et donc de ralentir la gestion des choses publiques. En résumé : plus d'Etat et moins de démocratie en santé.

Enfin il ne clarifie pas la notion de projet territorial de santé déjà bien confuse avec la superposition des projets des CLS, des CPTS, des MSP, des équipes de soins primaires coordonnés ou encore le PTSM.

3. Les prises en charge en psychiatrie :

Dans le cadre du nouveau régime des autorisations d'activité, défini par les 2 décrets du 28 septembre 2022, et entré en vigueur le 1er juin 2023, les établissements sont autorisés à exercer l'activité de psychiatrie pour les mentions suivantes :

- ✓ mention psychiatrie de l'adulte,
- ✓ mention psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,
- ✓ mention psychiatrie périnatale,
- ✓ mention soins sans consentement.

Pour chacune de ces mentions, l'établissement doit pouvoir proposer trois formes de prise en charge (sur site ou par convention) :

- ✓ des séjours à temps complet,
- ✓ des séjours à temps partiel,
- ✓ des soins ambulatoires.

Depuis maintenant des décennies la psychiatrie « asilaire » en hospitalisation à temps complet a laissé la place à des prises en charge à temps partiels et surtout ambulatoires.

L'arrêté du 4 juillet 2025, « relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste de ces modes pouvant être déployés en dehors des sites autorisés », énumère ceux-ci (cf. lettre n° 84 aout 2025 § 2), qu'il s'agisse des séjours à temps partiels et des soins ambulatoires.

- Les centres d'accueil permanent,
- les centres de crise,
- les appartements thérapeutiques,
- les accueils familiaux thérapeutiques,
- les centres médico-psychologiques, (CMP)
- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, (CATTP)
- les soins à domicile,
- les hôpitaux de jour (HDJ),
- les centres de post-cure,
- les unités hospitalières spécialement aménagées, (UHSA)
- les services médico-psychologiques régionaux, (SMPR)
- les unités sanitaires en milieu pénitentiaires.

Au-delà de ces définitions, des travaux se sont poursuivis afin de rédiger des cahiers des charges pour chacun des modes de prise en charge.

Une note d'information du 7 avril 2026 fixe le cahier des charges de chacun de ces modes de prise en charge :

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2606610N.pdf>

Compte tenu de leur nombre et des acronymes utilisés, ils restent peu connus des non spécialistes, ce qui justifie une revue de détail.

Les principes communs à toutes les prises en charge :

Le nouveau régime des autorisations fixe des principes généraux qui s'appliquent à l'ensemble des modes de prise en charge.

- ✓ L'organisation générale, le matériel et les locaux du titulaire de l'autorisation sont adaptés à la nature et au volume des prises en charge,
- ✓ La présence d'un psychiatre est assurée sur site ou en astreinte dans des délais d'intervention compatibles avec la sécurité des soins,
- ✓ Le titulaire de l'autorisation organise un plan de développement des compétences pluriannuel des professionnels adapté aux publics pris en charge,
- ✓ Il dispose des équipements permettant de dispenser une activité de télésanté,
- ✓ Il s'assure du recueil et de l'analyse des données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques,
- ✓ Il assure la continuité des soins, notamment en organisant l'orientation des patients vers une autre forme de prise en charge,
- ✓ Il prend en charge le patient dans le cadre d'un parcours de soins personnalisé,
- ✓ Il concourt à la réinsertion et à l'inclusion sociale du patient, et permet l'accès aux patients, en fonction de leur situation clinique, à des soins de réhabilitation psychosociale,
- ✓ Il organise la prise en charge des comorbidités addictives,
- ✓ Les soins de psychiatrie s'inscrivent dans une prise en charge globale des patients,

Par ailleurs, l'établissement veille à ce que les modes de prise en charge soient accessibles en proximité du domicile du patient.

Les centres médico-psychologiques (CMP)

✓ Définition :

Le CMP se définit comme un dispositif de soins spécialisés de proximité, pivot de l'organisation des soins de secteur, en lien avec l'ensemble des acteurs du territoire, pour tout patient nécessitant une prise en charge par une équipe pluriprofessionnelle assurant l'accueil, l'orientation, le diagnostic, le repérage, les soins et la prévention secondaire et tertiaire.

La prise en charge se fait par la réalisation d'entretiens, de bilans et d'accompagnements du patient avec, en cas de besoin, des interventions à domicile.

✓ Missions :

Les missions du CMP sont multiples :

- accueillir toute personne et/ou son entourage se présentant dans la structure et proposer une évaluation non médicale (IDE, IPA, psychologue, etc.) et/ou médicale dans un délai raisonnable et adapté à son état clinique,
- repérer les troubles émergents ou caractérisés, poser des diagnostics et proposer l'orientation de prise en charge la plus adaptée à la situation,
- assurer des soins spécialisés en équipe pluriprofessionnelle,
- mettre en place des actions de prévention secondaire (telles que des actions de repérage et de prise en charge précoce des troubles psychiques) et tertiaire (telles que des actions d'accompagnement visant la meilleure socialisation et inclusion possible des patients),
- coordonner le parcours de soins psychiatriques du patient, en lien avec son médecin traitant et les médecins spécialistes pour une prise en charge somatique adaptée si nécessaire,
- prévenir le risque de rupture de suivi et de soin et assurer le relai auprès des partenaires impliqués dans son parcours de soins et de vie,
- participer à la réponse territoriale aux besoins de soins non programmés, aux situations de crise et à l'organisation de la prise en charge des urgences. Cette organisation se fait en lien avec le PTSM et le service d'accès aux soins (SAS) , plus spécifiquement la filière psychiatrique du SAS lorsqu'elle existe.

✓ *Public cible :*

Le CMP prend en charge :

- des majeurs, ainsi que des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement.

✓ *Intégration dans le parcours de soins :*

Le CMP peut assurer des soins après orientation par tout professionnel du secteur sanitaire, médico-social ou social. Il peut également s'agir d'un auto-adressage du patient ou de son proche. Il se présente comme la porte d'entrée à privilégier et le pivot des soins spécialisés en psychiatrie.

Il se situe à l'interface entre :

- les professionnels de premier recours (notamment les médecins généralistes) qui assurent la prise en charge et le suivi de souffrances psychologiques voire de troubles psychiatriques d'intensité légère à modérée,
- les dispositifs plus intensifs (tels que les hôpitaux de jour ou les modes de prise en charge à temps complet) qui ont vocation à prendre en charge des troubles d'intensité plus sévère et les phases plus aiguës des parcours.

Il est en lien avec les professionnels médicaux et paramédicaux du premier recours (notamment les CPTS), du secteur sanitaire, médico-social et social dans le respect de l'organisation et du périmètre de financement de chaque acteur.

Des réunions cliniques pluriprofessionnelles régulières assurent la coordination des suivis avec les autres acteurs du parcours de soins et en identifient les risques de rupture.

✓ *Fonctionnement de la structure :*

La prise en charge en CMP est effectuée sur une durée déterminée dans le cadre du projet de soins individualisé. Ce dernier est réévalué de façon systématique par l'équipe pluriprofessionnelle, sous la responsabilité du psychiatre référent, et peut donner lieu à un renouvellement de la prise en charge ou une réorientation vers d'autres dispositifs de soin en accord avec le patient.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle.

Les professionnels du CMP peuvent intervenir:

- sur le site du CMP ou ses antennes,
- en cas de besoin, à domicile,
- auprès d'institutions ou d'établissements nécessitant un appui ponctuel (établissements scolaires par exemple).

Les centres d'activités thérapeutiques et des temps de groupes (CATTG)

✓ *Définition :*

Le CATTG est un dispositif de prise en charge en groupe de patients sous forme d'activités de soins. Les soins visent une amélioration de la symptomatologie des patients, de leur autonomie et de leur qualité de vie. L'orientation des patients se fait principalement par le CMP.

✓ *Missions :*

Les missions du CATTG sont d'assurer :

- des prises en charge de groupe, en complément des prises en charge individuelles, s'inscrivant dans un parcours personnalisé pour chaque patient,
- le lien avec les partenaires du parcours de soins tout en favorisant l'intégration des proches et des aidants dans le respect de la volonté du patient.

✓ *Intégration dans le parcours de soins :*

Le CATTG dispense des soins sur prescription médicale.

Le patient est le plus souvent orienté après un passage en CMP, mais aussi après un passage en HDJ, en hospitalisation complète, ou par les acteurs de soins intervenant dans le parcours de soins gradué et individualisé du patient (notamment les psychiatres libéraux).

Le suivi en CATTG se fait le plus souvent en complément d'une prise en charge en CMP.

✓ *Public cible :*

Le CATTG prend en charge des majeurs et des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

L'organisation des soins devra s'adapter, le cas échéant et sous réserve des contraintes médicales, à l'organisation de la scolarité du patient.

Il peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé pour cette modalité.

✓ *Fonctionnement de la structure :*

Le CATTG relève d'une unité dédiée, distincte du CMP et de l'HDJ.

La prise en charge se fait sur une durée déterminée dans le cadre du projet de soins individualisé. Ce dernier est réévalué de façon systématique et peut donner lieu à un renouvellement de la prise en charge.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle.

Le temps des professionnels peut être partagés avec d'autres modes de prise en charge, notamment l'hôpital de jour.

Les hôpitaux de jour (HDJ) :

✓ *Définition :*

L'HDJ est un dispositif de prise en charge thérapeutique intensive de patients pour lesquels des soins ambulatoires s'avèrent insuffisants en raison de leur état clinique. Cette prise en charge pluriprofessionnelle peut constituer une alternative à l'hospitalisation complète. Elle se fait sur une demi-journée ou une journée.

✓ *Missions :*

Les missions de l'HDJ sont les suivantes :

- évaluer la situation globale du patient,
- définir un projet de soins personnalisé,
- assurer des soins spécialisés pluriprofessionnels,
- intégrer les proches et les aidants du patient dans le parcours de prise en charge,
- organiser en cas de besoin le relai du soin ou de l'accompagnement du patient, avec les partenaires adaptés.

✓ *Public cible :*

Idem CATTG.

D'une façon générale, l'HDJ prend en charge des patients qui nécessitent un suivi plus intensif ou plus complexe qu'en ambulatoire.

✓ *Intégration dans le parcours de soins :*

L'HDJ dispense des séquences spécifiques de soins, qui peuvent compléter des soins dispensés dans d'autres modes de prise en charge. Il s'agit d'un dispositif qui s'intègre dans le parcours de soins gradué du patient majeur ou mineur et qui peut intervenir :

- après une prise en charge en hospitalisation complète (afin de poursuivre la stabilisation du patient en dehors de l'unité d'hospitalisation à temps plein),
- en amont de l'hospitalisation complète (afin de la prévenir),

- en alternative à l'hospitalisation complète.

L'HDJ peut aussi être un mode de prise en charge permettant l'accès à des bilans, ou soins spécifiques non disponibles en ambulatoire et ne nécessitant pas une hospitalisation complète.

✓ *Fonctionnement de la structure :*

La prise en charge en HDJ se fait sur une durée déterminée dans le cadre du projet de soins.

Celui-ci est réévalué de façon systématique par l'équipe pluriprofessionnelle et peut donner lieu à un renouvellement de la prise en charge.

La prise en charge en HDJ se fait sur une demi-journée ou une journée complète. Le patient peut se rendre à l'HDJ plusieurs demi-journées par semaine, à fréquence régulière.

Il existe plusieurs types d'HDJ polyvalents, et des HDJ spécialisés relatifs

- à l'intensité de la prise en charge (avec une prise en charge de crise par exemple)
- à certaines thématiques (sur la prise en charge du psychotraumatisme par exemple)
- certaines modalités de soins.

La durée de prise en charge est déterminée par les objectifs de soins, eux-mêmes déterminés par le projet de soins individualisé en accord avec le patient.

Au sein de l'HDJ, le patient peut se voir proposer :

- des entretiens avec les soignants,
- des activités thérapeutiques en individuel ou en groupe.

Chaque séquence de soins est composée de plusieurs entretiens et/ou d'activités. L'équipe soignante est pluriprofessionnelle. Le temps des professionnels peut être partagé avec d'autres modes de prise en charge (CATTG ou CMP).

Enfin l'HDJ fait le lien avec les acteurs nécessaires afin d'assurer la prise en charge somatique des patients.

Les appartements thérapeutiques (AT) :

✓ *Définition :*

L'AT est un dispositif de soins avec hébergement permettant la prise en charge de patients ayant besoin de soutien à l'autonomie, en vue de la consolidation de leur état de santé. La présence continue d'une équipe est assurée auprès du patient.

✓ *Missions :*

L'AT répond à un objectif de rétablissement et de réinsertion sociale du patient, tout en consolidant son état de santé.

Son objectif est triple :

- préparer les patients à gérer leur vie quotidienne (en étant centré sur l'apprentissage de l'autonomie dans tous les actes de la vie courante),
- les accompagner dans leur projet d'insertion sociale dans la cité,
- les accompagner, le cas échéant, dans leur projet professionnel.

Cette prise en charge vise la réduction de la chronicisation des situations à l'hôpital tout en créant des ponts multiples vers l'extérieur avec les différents acteurs impliqués dans le parcours de soins et de vie du patient.

✓ *Public cible :*

L'AT prend en charge des patients stabilisés avec un projet de soins et de vie mais dont l'état de santé ne permet pas un retour à domicile de façon autonome à court terme.

Le patient doit être en capacité de vivre en communauté et de réaliser un certain nombre de tâches afin d'intégrer un appartement thérapeutique.

Peuvent être admises au sein d'un AT des personnes ayant ou non un logement.

L'établissement ne peut prendre en charge en AT que des patients pour lesquels il dispose des autorisations d'activité de soins correspondantes.

L'AT peut ainsi prendre en charge des mineurs sur la base d'un projet de soin et de vie et si les modalités d'accueil et de sécurité le permettent, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et que les appartements soient sur un autre lieu que ceux des adultes.

L'AT peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement. Cette prise en charge se fait alors dans le cadre d'un programme de soins.

✓ *Inscription dans le parcours de soins :*

L'AT prend majoritairement en charge des patients après un passage en hospitalisation à temps plein ou en centre de soins post-aigus. Il peut s'agir également de patients suivis à domicile en ambulatoire dont la modification de l'état de santé ne permet plus ce mode de prise en charge.

L'AT peut constituer une étape supplémentaire dans la réinsertion sociale et pour cela, l'équipe pluriprofessionnelle sanitaire doit s'articuler avec les acteurs associatifs, sociaux et médico-sociaux du territoire pour faciliter la sortie du patient de l'appartement (le plus souvent vers un retour au domicile).

✓ *Fonctionnement*

○ La durée du séjour :

Le projet de soins et de vie personnalisé établi avec le patient à son entrée, fixe les objectifs thérapeutiques. Il s'inscrit dans la durée initiale de séjour prévue par la structure (souvent entre 3 à 6 mois), à l'issue de laquelle un renouvellement peut être envisagé sur indication médicale et en fonction du bilan partagé avec l'équipe en charge du patient et celle qui l'a adressé.

○ La présence :

Une présence est assurée en continu auprès des patients. Il peut s'agir de la présence de l'équipe soignante comme de la présence d'un maître de maison ou d'un veilleur de nuit.

Une astreinte médicale doit pouvoir être contactée en permanence par l'équipe présente au sein de l'AT, sans avoir besoin de passer par les urgences ou le SAMU.

L'équipe soignante est pluriprofessionnelle, et peut être mutualisée avec d'autres modes de prise en charge (HDJ, CMP).

○ Les soins :

Les soins dispensés au sein de l'AT sont définis dans son projet de soins :

- entretiens médicaux et paramédicaux,
- accompagnement pour une prise en charge par d'autres structures (sociales, médico-sociales ou sanitaires) ou pour la réalisation de ses démarches,
- participation à des activités collectives (psychoéducation, groupes de parole, etc.).

Le patient peut être suivi dans le même temps en AT et au sein d'un autre mode de prise en charge (HDJ, CMP ou CATTG).

○ La vie dans l'AT :

L'AT peut accueillir plusieurs patients. Le patient dispose d'une chambre individuelle et partage l'accès aux parties communes (cuisine, salon, salle de bain).

Il dispose de ses clés et de la liberté d'aller et venir au sein de l'appartement.

Des règles de vie sont définies par l'établissement, les patients pouvant être associés à leur élaboration. Ces règles doivent être respectées par le patient, afin d'être maintenu dans l'AT.

○ Les liens avec l'établissement :

L'établissement est propriétaire des appartements ou peut les louer à des particuliers ou des bailleurs sociaux.

Il a la charge de l'ameublement, et de l'ensemble des frais (repas, blanchisserie). Dans le cadre de son projet de soins, le patient peut se voir attribuer un budget hebdomadaire. Les équipes pluriprofessionnelles qui interviennent au sein de l'appartement sont celles de l'établissement.

Les centres de soins post-aigus (CeSPA)

✓ Définition :

Le CeSPA est un dispositif de prise en charge de patients dont l'état de santé ne permet pas le retour à domicile après une hospitalisation à temps plein. Il est destiné à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements en vue de la consolidation de l'état de santé du patient.

✓ Missions :

Le CeSPA a pour missions :

- de consolider l'état clinique du patient,
- d'assurer de manière graduée des soins de réhabilitation psychosociale,
- de favoriser et/ou de consolider la reprise des liens sociaux et éventuellement du lien avec le travail,
- de favoriser la récupération de l'autonomie du patient.

✓ Public cible :

Le CeSPA est adapté pour des patients stabilisés, qui ne sont plus dans la phase aiguë de leur maladie mais dont l'état de santé ne permet pas encore un retour à domicile.

Il prend en charge des majeurs et des mineurs, à condition que l'établissement soit autorisé en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Un patient mineur ne peut partager sa chambre avec un patient majeur.

Il peut prendre en charge des patients en soins libres comme en soins sans consentement, à condition que l'établissement soit autorisé en soins sans consentement.

✓ Inscription dans le parcours de soins

Le CeSPA n'a pas vocation à se substituer aux prises en charge assurées par les structures sociales et médico-sociales.

Il se positionne en aval de l'hospitalisation temps plein et en amont du retour en milieu ordinaire et contribue à prévenir la chronicisation des patients et à les accompagner dans leur projet de soin et de vie.

Il s'agit d'une unité fonctionnelle de l'établissement, qui peut se trouver au sein de l'hôpital ou dans la cité.

Une proximité géographique raisonnable entre le territoire de vie et de soins du patient et le CeSPA sera recherchée afin de garantir l'inscription dans le parcours de soins et la réalité des partenariats entre le CeSPA et les acteurs et dispositifs assurant le suivi de la personne en aval du CeSPA.

✓ Fonctionnement de la structure :

La durée de la prise en charge varie de quelques semaines à plusieurs mois (généralement 3 mois), éventuellement ré-évaluable et reconduite sur indication médicale après un bilan partagé en équipe.

Le projet thérapeutique peut intégrer des alternances de retour à domicile, dans un but de réinsertion et de maintien des liens de proximité

4. Protection de l'enfance : CAMSP et CMPP

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) sont de création ancienne (1946-56)

Un décret du 26 juin (JO du 1^{er} juillet) modifiant le code de l'action sociale et de la famille (CASF) fixe le cahier des charges auxquels ils doivent se conformer.

Les CAMSP :

✓ *Les publics accueillis :*

Le CAMSP s'adresse à des enfants âgés de 0 à 6 ans ayant un risque de présenter ou qui présentent des difficultés ou des retards au cours de leur développement, liés à des troubles ou des altérations répertoriés dans les classifications internationales.

L'accompagnement dans un CAMSP est accessible directement aux personnes concernées sans qu'il nécessite une orientation de la CDAPH) de la MDPH.

✓ *Les missions :*

Le CAMSP participe au repérage et au dépistage et réalise l'évaluation, le diagnostic et l'accompagnement précoce des enfants présentant des troubles, altérations ou handicaps, en associant la famille et l'entourage

✓ *Articulations et coopérations :*

Le CAMSP s'inscrit dans son environnement territorial et s'assure de la mise en œuvre des parcours en cohérence avec l'organisation en place sur le territoire dans le cadre du service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce

✓ *L'équipe :*

Le CAMSP est placé sous la responsabilité d'un directeur, qui peut être un médecin, garant du fonctionnement de l'établissement.

Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle comprenant :

- des médecins, en particulier spécialistes, notamment des pédiatres, des pédopsychiatres, des neuropédiatres et des médecins physiques et de réadaptation,
- des professionnels de santé, dont des professionnels de la rééducation, notamment des infirmiers, des auxiliaires de puériculture, des orthophonistes, des orthoptistes, des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des kinésithérapeutes,
- des psychologues et des travailleurs sociaux intervenant auprès de jeunes enfants.

✓ *Organisation et fonctionnement :*

Le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement, prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement du centre.

Des réunions sont organisées régulièrement pour assurer la coordination de l'équipe et la mise en œuvre du projet de l'enfant et de la famille, en lien, si besoin, avec les professionnels du territoire intervenant auprès de l'enfant.

✓ *Qualité :*

Une démarche d'amélioration de la qualité mise en place par la direction et les équipes du CAMSP est définie dans le projet d'établissement.

Une évaluation obligatoire est conduite tous les cinq ans, selon la programmation des autorités de tarification et de contrôle, par un organisme évaluateur accrédité, à partir du référentiel national d'évaluation de la qualité de la HAS.

✓ *Système d'information et données d'activité :*

Le CAMSP transmet ses données d'activité. Il met en place les solutions informatiques assurant l'interface avec le système d'information de l'offre de la branche autonomie ainsi qu'avec l'espace numérique en santé.

LES CMPP :

✓ *Les publics accueillis :*

Le CMPP s'adresse aux enfants, adolescents et jeunes adultes âgés de 0 à 20 en difficulté ou en souffrance présentant des troubles psychiques, psychologiques, comportementaux, dans les apprentissages, des troubles du neurodéveloppement.

✓ *Les missions :*

le CMPP participe au repérage et au dépistage et réalise l'évaluation, le diagnostic et l'accompagnement le plus précoce possible des enfants, adolescents ou jeunes adultes présentant des troubles ou altérations, en associant la famille et l'entourage

✓ *Articulations et coopérations :*

Le CMPP s'inscrit dans son environnement territorial et s'assure de la mise en œuvre des parcours en cohérence avec l'organisation en place sur le territoire

✓ *L'équipe :*

Le CMPP est placé sous la responsabilité d'un directeur, garant du fonctionnement de l'établissement. Une double direction administrative et médicale peut être mise en place

L'équipe est composée de :

- médecins, en particulier spécialistes, notamment des pédiatres et des pédopsychiatres,
- professionnels de santé, dont des professionnels de la rééducation, notamment des infirmiers, des orthophonistes, des psychomotriciens, des ergothérapeutes, le cas échéant des auxiliaires de puériculture,
- des psychologues, des neuropsychologues, des travailleurs sociaux et des enseignants spécialisés.

✓ *Organisation et fonctionnement :*

Le projet d'établissement et le règlement de fonctionnement prévoient les modalités d'organisation et de fonctionnement du centre.

Des réunions sont organisées régulièrement pour assurer la coordination de l'équipe et la mise en œuvre du projet de l'enfant, adolescent ou jeune adulte et de la famille, en lien, si besoin, avec les professionnels du territoire intervenant auprès du jeune.

✓ *Qualité :*

Une démarche d'amélioration de la qualité mise en place par la direction et les équipes du CMPP est développée dans le projet d'établissement.

✓ *Système d'information et données d'activité*

Le CMPP transmet ses données d'activité.

Il met en place les solutions informatiques assurant l'interface avec le système d'information de l'offre de la branche autonomie ainsi qu'avec l'espace numérique en santé

Les similitudes entre ces 2 cahiers des charges sont telles que l'on peut se demander pourquoi il existe 2 structures : mais pourquoi faire simple ?

5. Vieillir en France : consultation citoyenne

Pour nourrir les travaux de la future Conférence nationale de l'autonomie, le Gouvernement a lancé le 27 juillet une consultation citoyenne ouverte à tous.

Le contexte :

D'ici 2050, un Français sur trois aura plus de 60 ans. Le nombre de personnes de plus de 85 ans doublera entre 2030 et 2050, avec plus de 700 000 personnes supplémentaires à accompagner, portant le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie à 2,8 millions en 2050.

Dix ans après la loi du 28 décembre 2015 « relative à l'adaptation de la société au vieillissement » (ASV), la conférence nationale de l'autonomie (CNA, ne pas confondre avec la conférence nationale de la santé) a été lancée le 8 juillet 2025.

Elle doit définir et inscrire dans le long terme les grandes orientations de la politique du grand âge.

Pour mémoire l'article 10 de la loi du 8 avril 2024 « portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie » prévoyait qu'« avant le 31 décembre 2024, puis tous les 5 ans, une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge détermine la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées, pour une période minimale de 5 ans ». La loi n'est toujours pas respectée et la promesse des politiques maintes fois réitérée, d'une loi « grand âge » n'est toujours pas tenue.

Il faut maintenant attendre les promesses du futur président de la République qui sera élu le 2 mai 2027

Le 20 mai, dans le cadre de la démarche « Mobilisation France Autonomie » lancée en avril, s'est réuni le comité de pilotage préparatoire à la Conférence nationale de l'autonomie, réunissant les principaux acteurs nationaux et territoriaux, ainsi que les représentants des personnes âgées.

D'ici l'automne 2026 (nous n'en sommes pas loin) , plusieurs rencontres thématiques seront organisées avec les acteurs du secteur, les collectivités territoriales, les professionnels, les associations, les représentants des personnes âgées et les aidants autour de six priorités

Les 6 thèmes de réflexion :

Les participants sont invités à partager leurs idées autour de plusieurs enjeux majeurs :

- agir pour vieillir en bonne santé,
- diversifier les lieux de vie,
- accompagner la transformation des EHPAD en Maisons France Autonomie,
- mieux connaître les solutions existantes sur les territoires pour anticiper les besoins,
- aider les aidants,
- valoriser les métiers de l'autonomie.

Participation :

Participation en ligne sur la plateforme Agora

<https://www.agora.gouv.fr/consultations/bienvieillir>

15 questions sont proposées.

Temps de réponse : annoncé 5 à 10mn , en réalité compter 15 mn.

Au 25 août on comptait 7597 répondants pour un objectif de 10 000.

Les résultats sont publiés et actualisés en temps réel.

Date limite de participation : 20 septembre

6. Ticket modérateur : de nouvelles hausses

Afin de contenir les dépenses de santé, l'usager (l'assuré social) participe à celles qui le concernent soit sous la forme d'un « ticket modérateur » proportionnel au prix de la prestation, pris en charge par les assurances complémentaires, soit sous la forme d'une participation forfaitaire comme par exemple :

- le forfait hospitalier journalier pris en charge par les complémentaires,
- les franchises médicales qui ne peuvent être prises en charges par les complémentaires

L'article R 160-5 du code de la sécurité sociale détermine les limites (basses et hautes) des taux de participation de l'assuré, entre lesquelles, le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) peut fixer la participation de l'assuré à ses dépenses de santé.

Alors que la ministre venait de renoncer au doublement (« brutal ») des franchises médicales pour annoncer ensuite une hausse de 40%, 4 décrets signés du 1^{er} ministre, de la ministre de la santé, mais aussi du ministre des comptes publics (il veille toujours) datés du 21 août, relatifs à « la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge » [de certaines dépenses de santé], ont été publiés au JO du 22 août.

Sous cette désignation se cache la possibilité donnée à l'UNCAM d'augmenter des tickets modérateurs qui cependant épargnent les patients en ALD.

Ces décrets sont brefs : ils se limitent au remplacement des « fourchettes » actuelles par de nouvelles fourchettes.

Néanmoins, comme tous décrets ils font l'objet d'un petit texte de présentation de ces mesures, qu'il nous est apparu intéressant de reproduire, ne serait-ce que pour les exemptions prévues..

Ces mesures entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Sont concernés :

Les honoraires des chirurgiens-dentistes et certains actes et soins dentaires

✓ *Les taux de participation de l'assuré :*

Les taux 35 % et 45 % sont respectivement remplacés par les taux 50 % et 60 %.

✓ *Les justifications :*

« Afin de renforcer la pérennité de notre système de santé et de permettre le financement par l'assurance maladie des soins et produits les plus essentiels, innovants et coûteux, le Gouvernement se donne les moyens avec le présent décret de modifier la répartition de la prise en charge des soins dentaires en renforçant la contribution des organismes complémentaires ».

« Le décret maintient parallèlement la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des soins liés aux affections de longue durée. Il maintient en outre à 100 % la prise en charge par l'assurance maladie des soins dentaires du panier « 100 % santé » et l'absence de reste à charge pour les rendez-vous annuels « M'T dents tous les ans ! » pour les publics cibles (patients de 3 à 24 ans). Il n'entraînera aucun reste à charge supplémentaire pour les personnes en ALD ainsi que pour les 8 millions de Français couverts par la complémentaire santé solidaire.

Certains dispositifs médicaux :

✓ *Les taux de participation de l'assuré :*

- Pour les frais de produits et prestations figurant sur la liste mentionnée à l'article L 165-1, (dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et leurs dérivés, produits de santé autres que les médicaments), les taux 40 % et 50 % sont respectivement remplacés par les taux 50 % et 60 %

- Pour les frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale et les frais relatifs aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique et aux activités de télésurveillance médicale, les taux 35 % et 45 % sont respectivement remplacés par les taux 50 % et 60 %.

✓ *Les justifications :*

« Afin de renforcer la pérennité de notre système de santé et de permettre le financement par l'assurance maladie des traitements et des dispositifs médicaux les plus innovants et coûteux, le présent décret modifie la répartition de la prise en charge des dispositifs médicaux, en renforçant la contribution des organismes complémentaires dans le cadre des contrats solidaires et responsables, qui représentent 95 % des contrats vendus ».

« Le décret préserve dans le même temps la prise en charge à 100 % dont bénéficient les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD). Il maintient en outre à 100 % la prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux essentiels, tels que les dispositifs de grand appareillage (prothèses, orthèses sur mesure) et les véhicules pour personnes handicapées. Il n'entraînera aucun reste à charge supplémentaire pour les personnes en ALD ainsi que pour les 8 millions de Français couverts par la complémentaire santé solidaire ».

Les médicaments les plus innovants et les médicaments à service médical rendu , modéré

✓ *Les taux de participation de l'assuré :*

- Pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et pour les médicaments dont le service médical rendu, a été classé comme modéré, ainsi que pour l'honoraire de dispensation: les taux 70 % et 75 % sont respectivement remplacés par les taux 85 % et 95 %
- Pour les spécialités homéopathiques, dès lors qu'elles sont inscrites sur la liste établie [...] et pour les préparations homéopathiques répondant aux conditions définies [...] prises en charge par l'assurance maladie, ainsi que pour l'honoraire de dispensation et y afférent : les taux 85 % et 90 % sont respectivement remplacés par les taux 93 % et 97 %
- Pour les médicaments dont le service médical rendu, a été classé comme faible, dans toutes les indications thérapeutiques : les taux 80 % et 90 % sont respectivement remplacés par les taux 93 % et 97 %
- Pour les allergènes préparés spécialement pour un seul individu : les taux 70 % et 75 % sont respectivement remplacés par les taux 85 % et 95 %

✓ *Les justifications :*

« L'assurance maladie consacrera en 2027 près de 16 Md€ à la prise en charge des médicaments innovants, par exemple pour la prise en charge de médicaments innovants dans le domaine de la lutte contre le cancer dont la dépense nette moyenne par patient avoisine les 6 000€/an. L'accès à l'innovation, mais aussi aux traitements du quotidien les plus efficaces, doit aller de pair avec une meilleure efficience de la dépense, fondée sur l'évaluation indépendante du service médical rendu des produits pris en charge.

Le présent décret vise ainsi à baisser le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des produits dont le service médical rendu n'est pas majeur et qui ne sont pas irremplaçables et coûteux.

Il réduit plus fortement la prise en charge des médicaments dont le service médical rendu est faible, dans le cadre d'une réforme structurelle de l'évaluation des produits de santé. Avec ce texte, le Gouvernement se donne les moyens de préserver la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie dont bénéficient, pour leurs soins notamment, les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) et les femmes enceintes, ainsi que les assurés éligibles à la complémentaire santé solidaire compte tenu de leurs faibles ressources.

Le niveau de remboursement est maintenu pour les près de 4 000 médicaments les plus efficaces, actuellement remboursés à hauteur de 65 voire 100 % par l'assurance maladie. Il modifie également la participation des assurés n'étant pas atteints d'une affection de longue durée exonérante aux frais afférents aux médicaments dont le service médical rendu a été défini par la Haute Autorité de santé comme modéré ».

Les transports sanitaires :

✓ *Les taux de participation de l'assuré :*

- Pour les frais de transport des personnes se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale : les taux 45 % et 55 % sont respectivement remplacés par les taux 50 % et 60 %,

✓ *Les justifications :*

« Afin de renforcer la pérennité de notre système de santé et de permettre le financement par l'Assurance maladie des soins et produits les plus essentiels, innovants et coûteux, le Gouvernement se donne les moyens avec le présent décret de modifier la répartition de la prise en charge des transports sanitaires en renforçant la contribution des organismes complémentaires.

Il n'entraînera aucun reste à charge supplémentaire pour les personnes en ALD ainsi que pour les 8 millions de Français couverts par la complémentaire santé solidaire (CSS).

Il prévoit par ailleurs une harmonisation des conditions de prise en charge des transports sanitaires pour tous les assurés n'étant pas atteints d'une ALD au sens [...] afin de concentrer les ressources sur les situations les plus médicalement justifiées.

Le réactions :

Cette hausse des tickets modérateurs intervient au moment où la ministre annonce une hausse des plafonds des franchises médicales (+ 40%) au 1^{er} octobre

Trop c'est trop : les réactions ne se sont pas faites attendre, en voici un 2chantillon

Pour Gérard Rémond , le président de France Assos Santé « *ces mesures financières ne sont pas à la hauteur des enjeux. Elles culpabilisent ceux qui ont le plus besoin de soins, sans s'attaquer à l'organisation de notre système de santé.* »

Pour le vice-président du syndicat de médecins généralistes MG France, « *C'est une mesure profondément injuste : une contribution supplémentaire des gens malades, qui va toucher aussi les moins aisés, car on sait que la maladie suit un gradient social* ».

La hausse des tickets modérateurs se traduit par un transfert de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance). Pour le président de la Fédération nationale de la mutualité française, le niveau de ces transferts est « *du jamais-vu dans l'histoire des transferts* ».

Ces transferts entraîneront une augmentation des cotisations aux complémentaires qui restent inégalitaires . Pour Brigitte Dormont, économiste de la santé, professeure émérite à l'université Paris-Dauphine « *les cotisations sont indépendantes du salaire, et les personnes qui doivent s'assurer individuellement, comme les étudiants ou les retraités, peuvent être contraintes à choisir des contrats moins chers qui couvrent très mal, avec des sommes importantes qui resteront à leur charge* ».

7. Veille législative et réglementaire :

Textes législatifs :

1- Loi n° 2026-794 du 18 août 2026 « relative au droit à l'aide à mourir » JO du 19/08)

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LGUWxS705dcYCbKYsBKTWVsDFihSq-tW46KWa2ISZzs=>

Elle compte 19 articles répartis sur 9 pages du JO, détaillant chacune des phases du processus. Elle introduit une section 2bis « droit à l'aide à mourir » (articles L 1111-12-1 à 13) au chapitre du code de la santé intitulé « information des usagers, expression de leur volonté et fin de vie ». Comme le veulent les règles de droit, elle entre en vigueur au lendemain de sa publication, mais ne sera applicable dans les faits qu'après la publication des textes réglementaires nécessaires à sa mise en œuvre (cf. supra édit).

Plutôt que de vouloir en rapporter le contenu, nous proposons de se reporter à l'analyse particulièrement claire et complète qu'en a fait la FHF (6 pages).

[https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-](https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-08/Loi%20du%2018%20août%202026%20relative%20au%20droit%20%C3%A0%20l%27aide%20%C3%A0%20mourir%20-%20Note%20FHF.pdf)

[08/Loi%20du%2018%20août%202026%20relative%20au%20droit%20%C3%A0%20l%27aide%20%C3%A0%20mourir%20-%20Note%20FHF.pdf](https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-08/Loi%20du%2018%20août%202026%20relative%20au%20droit%20%C3%A0%20l%27aide%20%C3%A0%20mourir%20-%20Note%20FHF.pdf)

2- Loi n° 2026-813 du 24 août 2026 (JO du 25) « visant à protéger les mineurs des risques auxquels les expose l'utilisation des réseaux sociaux ».

Cette loi est réduite à sa plus simple expression (3 articles) car vidée de son objectif par la décision du conseil constitutionnel du 14 août publiée au JO du 25, qui déclare contraire à la constitution « l'interdiction d'accès des mineurs de 15 ans aux services de réseaux sociaux en ligne fournis par des plateformes en ligne ».

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=8cBUACKfFjtils7VsY0Ftq3PzXyh2U2x_naRfEu_d_Wg=

Le conseil a estimé que « le législateur ne pouvait, sans méconnaître la liberté d'expression et de communication, instituer une interdiction de portée générale ayant pour effet de priver des mineurs de leur liberté d'accès à de nombreux services de communication en ligne, sans considération ni de la situation du mineur ni des risques propres à ces services ».

Le président de la République a aussitôt chargé le 1^{er} ministre de « travailler » à « une rédaction juridiquement robuste » de cette interdiction : un engagement de longue date qu'il souhaite voir aboutir avant la fin de son quinquennat.

Textes réglementaires :

1- Docteurs juniors de médecine générale : choix des lieux de stage

Un décret du 30 juillet (JO du 31) aménage les conditions de choix des stages des docteurs juniors de médecine générale afin qu'ils puissent choisir leur stage au niveau de la subdivision territoriale (le ressort de leur UFR d'origine).

On peut se féliciter de cette possibilité sachant que le lieu de stage peut être déterminant dans le choix d'installation de ces futurs médecins.

2- Réemploi des emballages de DASRIA:

Un décret du 4 mars 2026 (JO du 6) prévoit le cadre juridique de l'autorisation, à titre expérimental, du réemploi des emballages permettant la collecte des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRIA), de la valorisation et du recyclage de ces mêmes déchets.

Il précise les conditions à respecter pour obtenir une autorisation à participer à l'expérimentation et pour sa mise en œuvre, son suivi et évaluation.

Un arrêté du 22 juillet (JO du 31, 5 pages) fixe les modalités de dépôt du dossier de demande d'autorisation, de suivi et d'évaluation de cette expérimentation.

Sont concernés tout fabricant de dispositifs médicaux perforants utilisés par les patients en auto-traitement et par les utilisateurs d'autotests, tout opérateur de gestion des DASRIA, ou tout éco-organisme ou système individuel agréé assurant la gestion des DASRIA.

3- DES de pharmacie : compensation financière versée à l'officine

Un arrêté du 31 juillet (JO du 1/08) fixe la compensation financière versée aux officines et pharmacies accueillant des étudiants préparant le diplôme d'études spécialisées (DES) de pharmacie officinale.

Cette compensation est versée au terme de chaque stage de l'étudiant par la CPAM dont relève l'officine.

Son montant est obtenu par la somme des compensations mensuelles versées pour chacun des mois du stage.

Le montant mensuel de cette compensation est égal à la différence entre le montant brut de la gratification versée à l'étudiant, pris en compte dans la limite de 1 114€ bruts, et une gratification mensuelle minimale.

Pour une officine qui a accueilli un stagiaire pour une période effective de 6 mois, le montant total de la compensation est fixé à titre forfaitaire à 3 537 €.

4- Etablissements de santé et ESMS publics : évaluation des directeurs

Un décret du 1^{er} août (JO du 2) permet aux DG des ARS de confier aux directeurs des délégations départementales, ainsi qu'à d'autres directeurs de l'agence régionale de santé, l'évaluation annuelle des directeurs d'établissements publics de santé et des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux à l'exception des DG de CHU.

5- Délégations départementales des ARS

Un décret du 1^{er} août (JO du 2) définit les missions des directeurs des délégations départementales des ARS. Il précise les modalités de leur nomination, leurs missions, leur articulation avec le DG de l'ARS et avec le représentant de l'Etat dans le département.

Il crée un comité de l'accès aux soins de premier recours, présidé conjointement par le DD ARS, le préfet de département et le président du conseil départemental. (cf. supra § 2)

6- Rendez-vous de prévention : kinésithérapeutes

« Tous les adultes de dix-huit ans ou plus bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale, qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges. Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention... » (article L 1411-6- 2 du CSP)

L'arrêté du 28 juillet (JO du 2/08) modifie le contenu et les modalités de tarification des rendez-vous de prévention.

En particulier il ajoute les kinésithérapeutes à la liste des professionnels qui peuvent les effectuer: médecins, sages femmes, infirmiers, pharmaciens.

On peut se féliciter de cet ajout , tout en s'interrogeant sur l'absence de la prise en compte des spécificités et compétences de chacune de ces professions.

Pour mémoire , ces entretiens sont proposés aux tranches d'âge :entre 18 et 25 ans inclus, entre 45 et 50 ans inclus, entre 60 et 65 ans inclus, et entre 70 et 75 ans inclus.

Le montant du tarif de l'entretien de prévention [...] assurant la rémunération du professionnel réalisant l'entretien et pris en charge ou remboursé par l'assurance maladie est fixé à 30 €. Il ne peut faire l'objet d'aucun dépassement d'honoraire.

La facturation d'un entretien de prévention n'est pas cumulable avec la facturation d'un autre acte.

Au 30 juin 2026, plus de 612 000 bilans avaient été réalisés auprès d'un médecin, d'un infirmier, d'un pharmacien ou d'une sage-femme.

Depuis l'automne 2025, les pharmaciens sont devenus les principaux professionnels réalisant ces rendez-vous de prévention, représentant plus de la moitié des bilans effectués. Près de 10 000 professionnels de santé sont par ailleurs répertoriés dans l'annuaire Santé.fr.

7- Directeur d'hôpital : régime indemnitaire

Le décret du 22 novembre 2025 a créé un nouveau régime indemnitaire tenant compte des fonctions, des sujétions, de l'expertise et de l'engagement professionnel ((RIFSEEP) pour les directeurs d'hôpital.

L'arrêté du 30 juillet 2026 (JO du 2/08) en modifie les conditions d'application.

Une instruction du 28 juillet 2026 (26 pages) précise les modalités d'application.

8- Dispositifs médicaux : rupture d'approvisionnement

Un décret du 1^{er} août (JO du 4) détermine les modalités d'information, d'adoption et de mise en œuvre des décisions prises par l'ANSM, afin d'assurer la continuité de la prise en charge de l'état de santé des patients, en cas d'interruption ou de cessation de la fourniture de certains dispositifs médicaux ou dispositifs médicaux de diagnostic in vitro.

Il modifie le CSP et lui ajoute 6 articles

9- Etablissements d'accueil de jeune enfants : effectifs de personnel

Un décret du 1^{er} août (JO du 4) modifie les règles relatives à la composition du personnel chargé de l'encadrement des enfants des établissements et services d'accueil du jeune enfant (modalités de calcul des effectifs chargés de l'encadrement des enfants en fonction de leur qualification) et à l'autorisation de création de ces établissements et services.

10- Postes d'internes 2026-27 : répartition

Le JO du 5 août publie Le nombre d'étudiants de troisième cycle des études de médecine, susceptibles d'être affectés, au titre de l'année universitaire 2026-2027, par spécialité et par CHU. Ils seront au total 10 260 étudiant invités à choisir un poste en fonction de leur rang de classement. Soit autant (ou presque) de nouveaux médecins à partir de 2 030.

Pour les postes en BFC voir infra § 9-3) .

11- PDSA : rémunération des médecins

Un arrêté du 5 août (JO du 7) modifie les modalités de la rémunération forfaitaire des médecins participant à la permanence des soins ambulatoire (PDSA).

« Cette rémunération forfaitaire est différenciée selon le lieu de consultation : en point fixe de garde ou en visite à domicile ».

« Le cahier des charges régional peut prévoir, [...] une modulation de cette rémunération forfaitaire en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence ».

« La rémunération forfaitaire du médecin inscrit sur le tableau de garde peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites, sans être inférieure à 180 euros pour une durée de référence de douze heures ».

12- Etablissements et services pour personnes âgées : de nouveaux indicateurs

« Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale, transmettent périodiquement à la CNSA des informations relatives à leur

capacité d'hébergement, permanent et temporaire, ou d'accompagnement et à leurs tarifs [...].
(article L 312-9 du CASF)

Un décret du 8 août (JO du 9) complète l'article D 312- 211 du CASF en ajoutant 3 indicateurs (portant le total à 8) destinés à être publiés :

- ✓ le taux d'encadrement des résidents par le personnel médical, paramédical et socio-éducatif,
- ✓ le taux d'absentéisme du personnel,
- ✓ le taux de rotation du personnel.

Un arrêté du même jour donne le mode d'emploi de ces nouveaux indicateurs.

Exemple : le taux d'encadrement des résidents par le personnel médical, paramédical et socio-éducatif. Il mesure le nombre moyen de membres du personnel de l'établissement accompagnant chaque personne accueillie.

« Il est calculé en divisant la somme des effectifs du personnel médical, paramédical et socio-éducatif, en équivalent temps plein réel, au 31 décembre de l'année précédente, par le nombre de personnes accompagnées au 31 décembre de l'année précédente ».

Cette évolution réglementaire a un impact assez limité et ne représente pas de charge supplémentaire pour les gestionnaires puisque les données nécessaires au calcul de ces indicateurs sont déjà collectées depuis plusieurs années et déposées sur la plateforme du tableau de bord de la performance administré par l'ATIH, qui transmettra ces indicateurs à la CNSA.

Ces indicateurs peuvent traduire une insuffisance de moyens (le taux d'encadrement) ou un « malaise social (absentéisme et turn over).

Leur publication est une bonne chose si elle permet de comparer à un standard, une norme , ou un référentiel ;or il n'en existe pas. Néanmoins les membres du conseil de vis sociale ou les RU pourront utilement les analyser avec les directions d'établissements.

13- FPH : Heures supplémentaires - corps éligibles

Un arrêté du 7 août (JO du 9) ajoute les diététiciens, techniciens de laboratoire médical et préparateurs en pharmacie hospitalière à la liste des corps, grades et emplois de la fonction publique hospitalière (FPH) éligibles aux indemnités pour travaux supplémentaires.

14- EHESP , CNG : dotations de financement par l'assurance maladie

Les régimes obligatoires d'assurance maladie sont mis à contribution pour financer des institutions qui pourraient très bien, plutôt relever de l'impôt.

En voici 2 exemples (JO du 11 août) :

- ✓ Ecole des hautes études en santé publique(EHESP) :
 - 2025 : 47 230 000€
 - 2026 : 44 760 000€
- ✓ Centre national de gestion (CNG) des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, pour le financement des contrats d'engagement de service public (CESP)
 - 2024 : 39 967 350€
 - 2025 : 29 642 212€

15- IPA : TROD, prescription d'antibiotiques

« L'infirmier en pratique avancée (IPA) est autorisé à prescrire des traitements antibiotiques pour des infections identifiées à l'aide de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), sous condition de suivi d'une formation ».

Un arrêté du 7 août (JO du 11) fixe les modalités de cette formation spécifique.

16- Certificats de décès

Un décret du 28 juillet (JO du 30) prévoyait que « le volet administratif [du certificat de décès] est transmis par voie dématérialisée sécurisée à la commune du lieu de décès ... ».

Il a fallu attendre le JO du 12 aout pour savoir que « la transmission dématérialisée à la mairie du lieu de décès du volet administratif du certificat de décès [...] doit être effectuée par le téléservice « CertDc » du Hub d'Echange de l'Etat (HubEE) mis à disposition des mairies à titre gratuit par la direction interministérielle du numérique ».

17- Associations familiales : financement 2026

Le montant du fonds spécial destiné au financement des unions d'associations familiales pour l'exercice 2026 est fixé à 32 559 195,97 €.

La contribution de la CNAF à ce fonds est fixée à 31 662 340,27 €.

18- Utilisation d'eaux impropres à la consommation pour des usages domestiques :

Un décret du 12 juillet 2024 prévoyait qu'« à titre expérimental et jusqu'au 31 décembre 2034, l'utilisation des eaux impropres à la consommation humaine peut être autorisée pour les usages domestiques »

Plus de 2 ans après , un arrêté du 29 juillet (JO du 14 aout – 15 pages) fixe « les conditions sanitaires d'utilisation d'eaux impropres à la consommation humaine pour des usages domestiques ».

19- Fonctionnement des MDPH : financement de l'Etat

Le concours [de l'Etat] versé pour l'installation ou le fonctionnement des MDPH est composé, pour chaque département, d'une part forfaitaire et d'une part variable.

Pour 2026, l'Etat consacrera à cette part forfaitaire la somme de 8 400 000 € (JO du 14/08)

20- « France enfance protégée » : contribution des départements

Un décret du 12 aout (JO du 15) répartit entre les départements le montant de leur participation financière au groupement d'intérêt public (GIP) « France enfance protégée » au titre de l'année 2026. Ce GIP est financé à parts égales par l'Etat et les départements. La participation de chaque département est fixée au regard de l'importance de sa population.

Exemples pour notre région (les extrêmes) :

✓ Saône et Loire : 39 852,07€

✓ Territoire de Belfort : 10 097,72€

Les compétences de ce GIP sont fixées par l'article L 147-14 du CASF.

21- Transports sanitaires : PMR et bariatriques

Un décret du 13 aout (JO du 15) précise :

- ✓ les conditions distinctes pour les entreprises de transport sanitaire exerçant exclusivement une activité de transport sanitaire de personnes à mobilité réduite (TPMR), notamment les conditions de délivrance de l'agrément de ces entreprises de TPMR, et la dérogation qui leur est accordée de ne pas être mobilisable par le service SAMU. Ces dispositions entreront en vigueur le 1/01/2028,
- ✓ les normes minimales nécessaires et la composition de l'équipage pour la réalisation de transports sanitaires dits « bariatriques » (entrée en vigueur dès maintenant)

22- Carte vitale pour les mineurs :

L'article R 161-33-2 du code de la sécurité sociale dispose que « les données relatives aux personnes mineures figurent sur la carte Vitale d'au moins une des personnes dont elles sont les ayants droit. Une carte Vitale peut être délivrée à une personne mineure, avec l'accord d'au moins une des personnes exerçant l'autorité parentale ».

Un arrêté du 13 aout (JO du 28) prévoit que :

- ✓ « toute personne mineure, âgée de 16 ans et plus, peut se voir délivrer une carte Vitale, sous réserve de l'accord de l'une des personnes exerçant l'autorité parentale »,

- ✓ « toute personne mineure, âgée de 12 à 15 ans, peut se voir délivrer une carte Vitale sous forme matérielle sur demande de l'une des personnes exerçant l'autorité parentale ».
- Il définit également les conditions dans lesquelles un mineur confié à l'ASE peut bénéficier d'une carte vitale.

8. Veille parlementaire :

La rentrée parlementaire se fera le 1^{er} octobre.

Assemblée nationale :

- proposition de loi organique visant à adapter l'autorité judiciaire à la lutte contre les violences sexuelles et intrafamiliales,
- proposition de loi apportant une réponse intégrale au phénomène des violences sexuelles et sexistes contre les femmes et les enfants,

Sénat :

- proposition de loi visant à simplifier et moderniser les procédures de reprise des concessions funéraires abandonnées,
- proposition de loi d'adaptation des territoires aux effets du changement climatique,
- rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur : « De la recherche au patient : refonder le parcours de l'innovation thérapeutique »,
- proposition de loi visant à recréer des lieux de socialisation dans les zones rurales,
- proposition de loi présentée visant à simplifier l'ouverture des débits de boissons en zone rurale,
- proposition de loi visant à faciliter la création de licences IV dans les communes rurales de moins de 3 500 habitants,
- proposition de loi visant à recréer des lieux de socialisation dans les zones rurales
- proposition de loi simplifiant l'ouverture des débits de boissons dans les communes de moins de 3 500 habitants,
- proposition de loi visant à simplifier et moderniser les procédures de reprise des concessions funéraires abandonnées,

9. En Bourgogne Franche comté :

9-1 Décisions de l'ARS BFC :

Cette rubrique est habituellement consacrée aux décisions prises par la DG de l'ARS susceptibles d'intéresser tant les usagers que leurs représentants.

Nous n'en avons relevé aucune durant le mois d'Aout.

9-2 Du côté de la démocratie en santé

En aout, la démocratie en santé était également en vacances.

Nous ne doutons pas que l'ARS a activement travaillé à la constitution de la nouvelle CRSA qui doit être installée le 6 octobre.

9-3 Internes en médecine : répartition des postes

Un arrêté du 4 aout (JO du 5) fixe le nombre d'étudiants de 3^e cycle des études de médecine susceptibles d'être affectés, par spécialité et par subdivision territoriale au titre de l'année universitaire 2026-2027.

Sont proposés : 9 914 postes dont 1056 pour les spécialités chirurgicales et 8 858 pour les spécialités médicales.

Il faut y ajouter 346 postes réservés aux étudiants ayant souscrit un contrat d'engagement de service public (CESP) soit au total 10 260 futurs internes.

Pour notre région nous avons sélectionné quelques spécialités (les chiffres entre parenthèses sont les postes offerts aux CESP).

	Besançon	Dijon	France
Médecine générale	83 (+2)	99 (+8)	3 758
Médecine d'urgence	14	18	538
Médecine intensive-réa	2	2	106
Anesthésie	13	14	540
Dermatologie	3	3	129
Gériatrie	6	7	211
Néphrologie	3	3	90
Neurologie	6	5	150
Oncologie	3	4	151
Pédiatrie	9	10	468
psychiatrie	12	16	653
Radiologie	5	6	262
Chir ortho	4	4	142
Chir viscérale -digestive	3	4	101
Urologie	2	2	70

9-4 Les élections sénatoriales en BFC :

La France est un pays démocratique qui recourt fréquemment aux élections.

Les dates des élections en France :

	Prochain vote	Précédent vote	Durée mandat
Elections sénatoriales	27 Septembre 2026	Septembre 2023	6 ans
Election présidentielle	18 avril, 2 mai 2027	Avril 2022	5 ans
Elections départementales	Mars 2028	Juin 2021	6 ans
Elections régionales	Mars 2028	Juin 2021	6 ans
Elections européennes	2029	Juin 2024	5 ans
Elections législatives (1)	2029	Juin-Juillet 2024	5 ans
Elections municipales	2032	15-22 Mars 2026	6 ans

(1) Les députés ont été renouvelés le 7 juillet 2024, suite à la dissolution de l'assemblée nationale. Prochaine élection en 2029 sauf si dissolution auparavant.

Les parlementaires de BFC :

La France compte 925 parlementaires : 577 députés et 348 sénateurs.

Notre région en compte 45: 27 députés et 18 sénateurs ainsi répartis :

	Députés	Sénateurs	Total
Côte d'Or	5	3	8
Doubs	5	3	8
Jura	3	2	5
Nièvre	2	2	4
Haute Saône	2	2	4
Saône et Loire	5	3	8
Yonne	3	2	5
Territoire de Belfort	2	1	3
Total	27	18	45
France entière	577	348	925

Les sénateurs actuels en BFC :

La BFC comptent 18 sénateurs(trices) : 11 hommes et 7 femmes, inscrits dans les groupes politiques suivants :

Groupe LR : 8

Groupe union centriste : 6

Groupe rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants : 2

Groupe socialistes , écologistes et républicain : 2

Mr François Patriat , sénateur de la Côte d'Or est décédé le 19 août à l'âge de 83 ans (cf. infra § 10-5).

Au JO du 21/08 on pouvait lire que « Mme Annouck COTILLOT est appelée à remplacer, à compter du 20 août 2026 à 0 heure, en qualité de sénatrice de la Côte-d'Or, François PATRIAT, décédé le 19 août 2026 ». Elle « adhère au groupe Rassemblement des Démocrates, Progressistes et Indépendants ».

Les élections sénatoriales :

✓ *Quels département seront renouvelés le 27 septembre ?*

Pour le sénat, la circonscription électorale est le département.

Pour le renouvellement les départements sont répartis en deux séries :

- la série 1 compte 170 sièges à pouvoir, correspondant aux sénateurs élus en 2023, elle sera renouvelée en 2029,
- la série 2 compte 178 sièges à pouvoir, correspondant aux sénateurs élus en 2020 dans 63 circonscriptions, elle sera renouvelée le 27 septembre 2026. Les collèges électoraux a été convoqués par décret du 21 avril.

En BFC , tous les départements sont renouvelables (soit 14 sénateurs à élire), sauf le Jura et la Nièvre (soit 4 sénateurs) qui sont en série 1.

✓ *Durée du mandat :*

Jusqu'aux élections de 2004, le mandat était de 9 ans et le sénat était renouvelable par tiers tous les 3 ans.

Depuis la réforme de 2003, les sénateurs sont élus pour un mandat de 6 ans renouvelable. Le renouvellement se fait par moitié tous les 3 ans.

✓ *Combien de sénateurs ?*

L'article 24 de la constitution prévoit que le nombre de sénateurs ne peut excéder 348 (pour 577 députés). Il a atteint ce plafond en 2011.

12 sénateurs représentent les français établis hors de France.

✓ *Le mode de scrutin :*

Les sénateurs sont élus au suffrage universel indirect par un collège électoral d'environ 162 000 grands électeurs, selon deux modes de scrutin.

- scrutin majoritaire à 2 tours (un le matin nécessitant la majorité absolue pour être élu) , un l'après-midi en cas de ballottage, la majorité relative suffit) dans les départements où sont élus 1 ou 2 sénateurs,
- scrutin proportionnel dans les départements où sont élus 3 sénateurs et plus. Les candidats se regroupent sur des listes comportant autant de noms que de sièges à pourvoir, plus 2, avec une alternance homme / femme.

Les listes sont bloquées. Le panachage n'est pas autorisé. Les sièges sont répartis entre les listes suivant les règles de la plus forte moyenne

L'âge d'éligibilité pour être sénateur a été ramené de 30 à 24 ans en 2011.

✓ *Le collège électoral :*

Le collège électoral est composé :

- de l'ensemble des conseillers départementaux,
- des conseillers régionaux de la section départementale correspondant au département,
- des députés,
- des sénateurs,
- des délégués des conseils municipaux ou des suppléants de ces délégués (90% des électeurs).

Les modalités de désignation des délégués (de droit ou élus) varient en fonction de la population de la commune.

- moins de 9 000 habitants : les conseils municipaux élisent parmi leurs membres de 1 à 15 délégués (en fonction du nombre de conseillers),
- de 9000 à 30 000 : tous les conseillers sont délégués
- plus de 30 000 habitants, les conseils municipaux élisent des délégués supplémentaires à raison d'un délégué pour 800 habitants.

Le vote est obligatoire (c'est le seul). Si un grand électeur ne peut pas voter pour un motif légitime, il est remplacé par un autre grand électeur. Si la non-participation au scrutin n'est pas justifiée, le grand électeur encourt une amende de 100 euros.

✓ *Le cumul des mandats :*

Depuis 2020, il est interdit de cumuler la fonction de sénateur avec une fonction exécutive locale (maire, président d'un EPCI, président du conseil départemental et régional).

Jérôme Durain sénateur de Saône et Loire a abandonné son mandat lorsqu'il a été élu président du conseil régional de BFC le 5 septembre 2025 après la démission de Marie- Guite Dufay.

Les candidats sont en campagne : elle reste discrète car ne concerne que le microcosme.

9-5 « La bientraitance à l'épreuve du réel »

L'espace de réflexion éthique (ERE) de BFC organise sa 15^e université d'été « éthique et maladies neuro évolutives » sur le thème :

« La bientraitance à l'épreuve du réel »

les 15, 16 et 17 septembre à Dijon

✓ 15 septembre : La bientraitance au prisme des savoirs sur l'expérience des maladies. Journée scientifique pour les acteurs du monde de la recherche. Se déroulera dans les locaux de la région 17 bd de la Trémouille,

✓ 16 septembre : la bientraitance au quotidien

A 19h30 : projection ciné débat autour du film « Soudain » (2026), lauréat du prix d'interprétation féminine au Festival de Cannes 2026 pour Virginie Efira et Tao Okamoto (cf. infra §12-1)

Pathé Dijon, Cité Internationale de la Gastronomie et du Vin : 12 parvis de l'UNESCO -

✓ 17 septembre : les conditions de la bientraitance

Ces journées seront animées par Fabrice Gzil Professeur de philosophie et d'éthique appliquée à l'Université Paris-Saclay, codirecteur de l'Espace éthique Île-de-France / Espace national de réflexion éthique et maladies neuro-évolutives.

Programme :

[https://tr-285-](https://tr-285-4052.mo9.monooti.com/shared/tr_285_4052/medias/Programme%20UE%202026%2006-07.pdf)

[4052.mo9.monooti.com/shared/tr_285_4052/medias/Programme%20UE%202026%2006-07.pdf](https://tr-285-4052.mo9.monooti.com/shared/tr_285_4052/medias/Programme%20UE%202026%2006-07.pdf)

inscription (gratuite et obligatoire) :

<https://univ-ethique-mne-2026.teamresa.net/>

9-7 « Réflexe prévention » : Appel à manifestation d'intérêt

Les établissements de santé sont plus tournés vers le curatif que vers le préventif : c'est une évidence.

C'est la raison pour laquelle le développement de la prévention primaire dans les établissements de santé constitue une priorité politique rappelée à plusieurs reprises par le ministère dont la dernière fois par une instruction du 28 juillet 2026 (17 pages) « relative au lancement de la phase pilote de la démarche « Réflexe Prévention »

<file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHP2618979J.pdf>

Elle fait suite au rapport de l'IGAS publié en octobre 2024 sur : « le financement de la prévention primaire dans les établissements de santé » (111 pages), qui propose 13 recommandations.

<https://www.igas.gouv.fr/sites/igas/files/2024-11/Rapport%20Igas%20-%20Financement%20de%20la%20pr%C3%A9vention%20primaire%20dans%20les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9.pdf>

Cette instruction définit les modalités de lancement de la phase pilote de « Réflexe Prévention », inspirée de la démarche Making Every Contact Count (MECC), pratiquée dans les hôpitaux du Royaume Uni, dans des établissements de santé volontaires, et en fixe le cahier des charges national.

Description de la démarche « réflexe prévention »

La démarche repose sur l'exploitation de la multiplicité de contacts et d'interactions entre les patients et les professionnels de santé au sein des établissements de santé pour faire un point sur la prévention.

Pour les patients hospitalisés et volontaires, des interventions très brèves (moins de 2 minutes), brèves (jusqu'à 10 minutes) ou une orientation (vers des spécialistes au sein ou à l'extérieur de l'établissement) par les professionnels visent à prévenir des comportements non favorables à la santé.

Les objectifs de la phase pilote :

Cette phase pilote a pour objectifs de :

- ✓ Réaliser un appel à manifestation d'intérêt (AMI) afin :
 - de permettre aux établissements de mettre en œuvre la démarche « Réflexion Prévention », avec des actions de prévention primaire telles que décrites dans l'annexe 1 du rapport IGAS précité, en s'appuyant sur les outils d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte, proposés par la HAS en 20214,
 - de déterminer les conditions de réussite avant une généralisation,
- ✓ Accompagner ces établissements dans le déploiement de la démarche,
- ✓ Dimensionner au mieux les dispositifs de suivi, de pilotage, d'évaluation et de financement,
- ✓ préparer les modalités de la généralisation France entière sur l'ensemble des établissements concernés à échéance de 3 ans.

Cette phase vise à sélectionner un panel d'environ 250 établissements de santé

Les projets soutenus :

Sur la base des déterminants de santé retenus pour la phase pilote (tabac, alcool, cannabis) et du cahier des charges national, les modalités de déploiement sont laissées à l'appréciation des établissements de santé volontaires, sous la coordination des ARS.

Leur projet pourra ainsi concerner l'ensemble de la structure ou cibler un service ou un pôle, et tout ou partie du personnel et du public accueilli.

Critères de recevabilité des candidatures :

Il est souhaité que le panel d'établissements sélectionnés couvre une diversité de profils, en tenant compte notamment de leur statut (public ou privé), de leur taille, de leur champ d'activité (MCO, psychiatrie...) et de leur contexte territorial (rural ou urbain).

Compte tenu de la nécessité de tracer le nombre et le type d'interventions réalisées par le personnel de santé auprès des patients à des fins de liaison avec la médecine de ville, seuls les établissements de santé disposant du dossier patient informatisé pourront être sélectionnés.

Les ressources mises à disposition :

Les établissements pourront bénéficier

✓ d'un financement :

Il est prévu un financement moyen de 40 000€ par établissement retenu pour la phase pilote, pour une durée allant de 12 à 24 mois sur la période 2026-2028.

Il est financé par le FLCA (fonds de lutte contre les addictions) et délégué aux ARS via le Fonds d'intervention régional (FIR)

✓ d'un accompagnement méthodologique :

Il sera constitué :

- d'un outillage méthodologique destiné à faciliter le déploiement de la démarche,
- de modules de formation dématérialisés et librement accessibles, ayant vocation à cibler l'ensemble des professionnels en contact avec le public, y compris ceux peu formés aux conduites addictives, afin d'intégrer des micro-interventions de prévention dans les interactions quotidiennes,
- de ressources régionales pour développer des formations en présentiel,
- d'outils opérationnels : supports d'intervention, et documents d'aide au repérage et à l'orientation

Le calendrier :

- Lancement de l'AMI : juillet
- Dépôts des dossier de candidatures : jusqu'à mi septembre

- Conventionnement avec les établissements : fin 2026
- Début de la phase pilote : 1^{er} trimestre 2027,
- Fin de la phase pilote : 2028

En BFC :

L'ARS a publié un AMI le 24 août pour sélectionner 12 établissements (pour un objectif national sur 251).

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/ami-reflexe-prevention-dans-les-etablissements-de-sante-en-bourgogne-franche-comte>

Pour les établissements de santé le souhaitant, l'ARS propose un webinaire de 30 minutes le mercredi 2 septembre à 13H30 pour présenter le périmètre de l'AMI et répondre aux éventuelles interrogations

Les dossiers de candidature sont à déposer au plus tard le lundi 21 septembre 2026, sur la plateforme [demarche.numerique.gouv](https://demarche.numerique.gouv.fr)

Ils seront instruits par l'ARS, qui veillera à constituer un panel d'établissements représentatif de la diversité des structures du territoire.

Les établissements retenus bénéficieront d'une dotation d'amorçage de 40 000 euros pour la mise en œuvre du projet sur une durée de 18 mois, de début décembre 2026 à fin mai 2028.

Le cahier des charges est accessible en ligne

9-8 Accompagnement des référents handicap :

La loi du 21 avril 2021 « visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification » a prévu qu'« un référent handicap est nommé dans chaque établissement [de santé] ».

Un décret du 27 décembre 2022 (JO du 28) définit « les missions et le cadre de l'intervention du référent handicap dans le parcours du patient ».

Qu'est-ce qu'un référent handicap ?

Nommé par le directeur, il assure ses missions auprès des patients, ainsi que des équipes soignantes et administratives, dans le cadre du parcours du patient dans l'établissement, et à ce titre, il :

- ✓ identifie les besoins spécifiques des patients en situation de handicap dans l'organisation des soins,
- ✓ coordonne les moyens à mettre à disposition pour y répondre,
- ✓ conseille et accompagne le personnel de l'établissement dans l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de handicap,
- ✓ assure la diffusion des connaissances et des bonnes pratiques, particulièrement en ce qui concerne les prises en charge urgentes.

La situation en BFC

Dans notre région, 98 référents sont nommés. Dans les établissements publics et ESPIIC, le taux de nomination est de 75% et 46% dans les établissements privés.

Sur le 1^{er} trimestre 2026, parmi les répondants au questionnaire « handifaction » : 27% ont à mentionné ne pas avoir pu accéder aux soins dont ils avaient besoin, 17% ont subi un refus de soins et 29% ont abandonné leurs soins après ce refus.

Un appel à manifestation d'intérêt en BFC :

L'ARS a lancé le 27 août, un AMI afin d'accompagner les référents handicap parcours patients des établissements de santé dans leurs projets visant à améliorer le parcours de soins des personnes vivant avec un handicap.

En complément du financement de l'animation et de l'appui régional de l'UGECAM BFC, l'ARS a décidé de soutenir financièrement des projets non reproductibles portés par les référents handicap dans leur établissement .

✓ *Nature des projets :*

Les projets éligibles viseront à améliorer le parcours de soins des personnes vivant avec un handicap au sein d'un établissement de santé en :

- ayant recours aux savoirs expérientiels des personnes vivant avec un handicap,
- adaptant la prise en charge des personnes en situation de handicap (matériels ou équipements adaptés, objets d'apaisement, déploiement des outils de Coactis santé)
- favorisant l'habituatation aux soins (mallette d' « habituatisation », matériel adapté...)
- améliorant la communication avec les personnes (outils de communication alternative améliorée (CAA) : pictogrammes, tableau de langage assisté (TLA), kits de communication, vidéo, tablette numérique ...),
- améliorant l'accès à l'information par l'adaptation en FALC des supports de communication à destination des personnes (coordonnées du RHES, questionnaire handifaction, livret d'accueil, consentement, préparation d'un examen, sortie, droits du patient, consignes de traitement ...)
- sensibilisant les professionnels de l'établissement au handicap (événementiel, journée de sensibilisation)

✓ *Etablissements éligibles*

Cet AMI s'adresse à tous les établissements de santé quel que soit son statut (public, ESPIC, privé) et son autorisation d'activité MCO, SMR, Psychiatrie, HAD, dialyse.

✓ *Financement :*

L'ARS mobilise l'enveloppe nationale déléguée relative à la mesure des référents handicap en établissement de santé : 121 270 €.

Ne seront pas éligibles les dépenses de personnel (hors le recours aux savoirs expérientiels des personnes vivant avec un handicap) et de formation.

✓ *Candidatures, calendrier :*

Le cahier des charges est accessible en ligne :

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/165082/download?inline>

Les dossiers de candidature devront être déposés sur la plateforme « démarches simplifiées » avant le 1^{er} octobre.

L'évaluation des projets sera faite par la DOSA (*seule ?*).

Les résultats devraient être diffusés courant novembre et les crédits versés avant la fin de l'année.

Nous ne saurions trop inviter le RU à se rapprocher du référent handicap de leur établissement (s'il existe) et à contribuer à l'élaboration d'un éventuel projet.

9-9 Culture et santé : AAP 2027

Comme chaque année, l'ARS, en lien avec la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC), a lancé un appel à projets portant sur le développement culturel en milieu hospitalier et médico-social en BFC.

<https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/media/163772/download?inline>

✓ *Etablissements éligibles :*

Sont éligibles les établissements sanitaires et médico-sociaux relevant du champ de compétences de l'ARS (établissements financés par l'ARS ou conjointement par l'ARS et le Conseil départemental).

✓ *Candidatures :*

Les dossiers de candidature sont à déposer en ligne par l'opérateur culturel, via « Démarches Simplifiées », pour le 31 octobre 2026 au plus tard.

10. La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

1- Hôpitaux et établissements médico-sociaux :

✓ *Vacances d'emplois :*

Aucune vacance d'emploi n'a été publiée en juillet et août. Il faudra attendre les JO de début septembre.

✓ *Nominations :*

- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint Pierre-le-Moûtier, CHS Pierre-Lôo à La-Charité-sur-Loire : Anne Descouts DA chargée des ressources humaines du CH de Nevers et du GHT 58,
- CH de Mâcon, du Pays Charolais-Brionnais (Paray-le-Monial), du Clunisois, de Tournus et EHPAD de Bois- Sainte-Marie, Chauffailles, Digoin, Marcigny et Romena : Damien Lagneau directeur délégué du centre hospitalier du Clunisois,
- CHS Saint-Ylie (Dole), ETAPES (Dole), CHS de Novillars, EHPAD de Mamirolle et EPSMS Solidarité-Doubs-Handicap (Besançon) :
 - Candice Dias Cardoso , DA chargée des ressources humaines et des affaires médicales du CHS de Saint-Ylie,
 - Emilie Chaffiot: secrétaire générale du GPMS, chargé des finances du CHS de Saint-Ylie
- CHS de la Chartreuse (Dijon) : Maximilien Coquet, DA chargé des affaires financières et du système d'information.

2- Etablissements privés :

Mme Raphaëlle Remoleur directrice de la clinique St Vincent de Besançon (groupe Elsan) a quitté ses fonctions « afin de poursuivre de nouveaux projets professionnels ».

Succédant à Mr Jean Luc Labrosse, parti à la retraite, elle était arrivée à Besançon , en avril dernier. C'était pour elle un retour puisque qu'elle avait dirigé la polyclinique de Franche Comté. Les RU de l'établissement ont apprécié la transparence et la simplicité des relations .

3- ARS : deux nouveaux directeurs départementaux :

✓ En Haute Saône

Kildine Bataille-Bennetz a succédé, le 24 août, à Véronique Tisserand, qui a fait valoir ses droits à la retraite, après un intérim assuré dans l'intervalle par Rosario Sanchez-Albor, adjointe à la directrice territoriale.

Après une formation en communication, décision et stratégie publique Mme Bataille-Bennetz a intégré le groupe La Posten 2004 au sein duquel elle a exercé diverses responsabilités dans le domaine de la communication.

En 2010, elle rejoint la Bourgogne comme directrice de projets pour l'agence de communication interne à Dijon. Dix ans plus tard, elle est nommée déléguée au développement régional pour l'ensemble de la BFC sur les thématiques de l'engagement sociétal et du numérique, fonctions qu'elle occupait jusqu'alors.

✓ En Saône et Loire :

Fabrice Robelet succédera le 1^{er} septembre à Cédric Laperteaux qui avait été nommé directeur départemental de l'Hérault (ARS Occitanie) en avril dernier, l'intérim de direction étant assuré depuis par Charlène Falème-Joly, directrice territoriale adjointe.

Après un début de carrière à la DDASS du Rhône en tant que chargé de mission établissements de santé Fabrice Roblet rejoint l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, où il exerce plusieurs fonctions :

- chargé de mission finances hospitalières de 2010 à 2013,
- responsable du pôle d'animation territoriale du Rhône au sein de la direction de l'efficience de l'offre de soins (2013-2016)
- responsable du pôle offre de soins, au sein de la délégation départementale du Rhône et de la Métropole de Lyon (2016-2020).
- responsable du pôle performance et investissement à la direction de l'offre de soins de l'ARS ARA, où il intégrera la direction de la stratégie et des parcours (novembre 2025)

Sans omettre un passage par le réseau de santé mutualiste (RESAMUT) en tant que directeur administratif et financier (2023-2024).

Deux profils bien différents. L'ARUCAH leur souhaite la bienvenue et la réussite dans leurs nouvelles responsabilités.

4- Administration préfectorale :

✓ Saône et Loire :

Mme Armelle Piccoz , administratrice de l'Etat est nommée sous-préfète de Charolles, pour une durée initiale de 3 ans (JO 12/08),

✓ Côte d'Or :

Il est mis fin, à sa demande, aux fonctions de sous-préfet de Beaune, exercées par M. Benoît Byrski, administrateur de l'Etat, appelé à de nouvelles fonctions.

Il est remplacé par M. David Roche , sous-préfet de Charolles, pour une durée initiale de 3 ans (JO 12/08).

✓ Nièvre :

Il est mis fin, à sa demande, aux fonctions de sous-préfète, directrice de cabinet du préfet de la Nièvre exercées par Mme Béatrice Moure, magistrate de l'ordre judiciaire. Elle sera réintégrée dans son corps d'origine.

✓ Sous-préfets : maintenus dans leur emploi

Par décret du président de la République du 26 août (JO du 27), sont maintenus dans leurs fonctions de sous -préfets jusqu'au 31 août 2017 (parmi une liste d'une bonne centaine de noms) :

- Mme Emilie ACQUISTAPACE, sous-préfète de Château-Chinon,
- M. Sébastien HENNON, sous-préfet d'Avallon,
- M. Sébastien LANOYE, sous-préfet de Montbard,
- Mme Annick PAQUET, secrétaire générale de la préfecture de la Haute-Saône, sous-préfète de Vesoul,
- Mme Nathalie VALLEIX, secrétaire générale de la préfecture du Doubs, sous-préfète de Besançon.

5- In memoriam : François Patriat

La lettre de l'ARUCAH n'a pas pour habitude d'aborder les sujets politiques. Elle ne fait exception que pour les sujets liés à la santé et lorsqu'il s'agit de femmes ou d'hommes politiques de notre région aux qualités unanimement reconnues.

C'est le cas de François Patriat, sénateur de la Côte d'Or décédé le 19 août à l'âge de 83 ans, à quelques semaines du terme de son ultime mandat.

Né à Semur en Auxois de parents bourguignons (éleveurs) il revendiquait l'appellation de « bourguignon AOC ».

Après des études de vétérinaire en 1968 il reviendra dans l'Auxois pour exercer ce métier en parallèle avec une vie politique intense.

D'une famille plutôt ancrée à droite il adhère au Parti socialiste (PS) en 1974.

Elu conseiller général de Côte d'Or en 1976, il devient député de la 5^e circonscription en 1981 sous les couleurs du PS (Rocardien). Il deviendra un proche du président François Mitterrand, qu'il accompagnera dans ses parties de golf.

Réélu en 1986 et 1988, il sera battu en 1993 avec le retour de la droite. Après un passage au conseil économique et social il est réélu député en 1997.

Il cumule les mandats de : député, maire du village de Chailly-sur-Armançon (300 habitants) de 1989 à 2001, et de conseiller général jusqu'en 2008.

En octobre 2000, à la faveur d'un mini-remaniement, il fait son entrée dans le gouvernement Jospin, où il est chargé des PME, du commerce et de l'artisanat. Début 2002, il remplace Jean Glavany, pour quelques semaines, à la tête du ministère de l'agriculture et de la pêche.

En 2004, à 61 ans, il se lance à la conquête du conseil régional de Bourgogne, parvenant à déloger l'ancien ministre Jean-Pierre Soisson, figure de la droite.

En 2008, il remporte l'un des deux sièges de sénateur de la Côte-d'Or, qu'il conservera jusqu'au jour de son décès.

Pour l'élection présidentielle de 2012, il soutient logiquement la candidature de Dominique Strauss-Kahn.

En 2015, contraint par la loi à faire un choix entre son mandat de sénateur et celui de président de région, il choisit le premier (le PS lui avait préféré la Bisontine Marie-Guite Dufay pour conduire la liste en Bourgogne).

La même année, suite à un terrible accident sur l'autoroute, il sera parmi les premiers socialistes ralliés à Emmanuel Macron dont il sera le conseiller officieux, l'ardent soutien et même l'ami. Il viendra lui rendre hommage lors de ses obsèques le 25 août à Semur en Auxois.

(Source Le Monde du 20/08)

6- Université de Bourgogne Europe :

Un décret du 25 août (JO du 28) approuve la modification des statuts de l'Université Bourgogne Europe. Créée par décret du 4 décembre 2024 cette université a le statut d'établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel expérimental,

7- Besançon : un EHPAD sans personnel de nuit

Dans la nuit du 8 au 9 août, les 96 résidents d'un EHPAD privé du groupe DomusVi de Besançon ont été livrés à eux-mêmes pendant une nuit entière, sans aucun personnel pour les surveiller et les assister.

Les familles ont été officiellement informées de la situation deux jours après les faits.

L'établissement indiquait que 3 agents de nuit, inscrits au planning n'avaient pas pris leur service et que les agents de jour n'étaient pas restés sur place comme le prévoit la procédure.

Les familles ont créé un collectif qui a rapporté l'incident au Conseil départemental et à l'ARS dont voici réponse : « l'ARS veille à ce que les actions nécessaires soient engagées pour mettre fin au dysfonctionnement et prévenir sa réitération. La réclamation de plusieurs familles de résidents a été prise en charge et fait l'objet d'un traitement, selon les procédures habituelles de l'Agence ».

8- CHU de Besançon : un jardin sur le toit

Le 24 août, le CHU Besançon a inauguré son nouveau jardin thérapeutique et sensoriel au sein de son unité de soins palliatifs.

Imaginé à partir des besoins exprimés par les patients et leurs proches, cet espace de plus de 400 m² situé sur la terrasse du 4^e étage attenante au service de soins palliatifs, offre une véritable ouverture sur l'extérieur aux personnes en fin de vie.

Ce projet a été conçu par l'équipe soignante du service et réalisé par un paysagiste bisontin.

D'un montant de 157 000 €, ce projet a pu voir le jour grâce à une importante mobilisation autour du fonds Phisalix : particuliers, associations et entreprises ont contribué à sa réalisation sous forme de dons financiers, dons en nature et mécénat.

Il est accessible à tous les patients y compris fauteuil roulant et même en lit médicalisé.

Les professionnels du service pourront également en bénéficier, afin de prendre un temps de détente et se détacher momentanément d'un lieu « où la charge émotionnelle liée à l'accompagnement de la fin de vie est importante ».

11.Brèves :

1- Droit à l'aide à mourir : ce qu'a dit le conseil constitutionnel

Après le vote de la loi, le 15 juillet, le conseil constitutionnel avait été saisi par 60 députés de la droite et du centre, 60 sénateurs, le Rassemblement National et, ce qui est plus rare, par le président du Sénat et le 1^{er} ministre (soit 5 saisines).

Il avait un mois pour se prononcer. Rendue publique le 14 août, sa décision a été publiée au JO du 19 (22 pages)

https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=LGuWxS705dcYCbKYsBKTWd_gRqcUA3qn9Cpuf_2cwJA=

Le conseil constitutionnel valide la loi...

Il valide cette loi qu'il juge conforme à la constitution estimant que « la liberté personnelle » d'un malade d'accéder à l'administration d'une substance létale à sa demande et après accord d'un médecin est régie par des dispositions qui ne méconnaissent pas, « le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine ».

... avec 3 réserves :

Le conseil émet néanmoins 3 réserves :

- ✓ Pour les patients sous tutelle ou curatelle, qui demanderaient une aide à mourir, le médecin chargé de donner ou non son feu vert devra « prendre en compte » les observations du tuteur, sans être contraint à s'y conformer,
- ✓ La clause de conscience dont bénéficient les médecins et les infirmiers doit être étendue aux pharmaciens chargés de préparer le produit létal,
- ✓ Une clause de conscience pour les établissements privés :

Les établissements de santé ou médico-sociaux privés et associatifs devraient être exemptés de l'obligation de permettre la réalisation d'une aide à mourir dans leurs murs : une sorte de clause de conscience pour l'établissement.

Le conseil estime qu'un établissement privé peut refuser de pratiquer l'aide à mourir « lorsqu'une telle procédure est manifestement contraire aux missions statutaires ou au projet de l'établissement » et à condition qu'il ne soit pas seul à pouvoir répondre aux « besoins locaux ».

Il considère que l'obligation de permettre cet acte dans ses murs, porte atteinte à la « liberté d'entreprendre » (comme si les établissements publics n'avaient pas cette liberté) et « d'association » des institutions privées.

Il a ainsi fait droit à la revendication d'une clause de conscience collective portée essentiellement par les établissements d'inspiration catholique, relayée par toutes les saisines, dont celle du 1^{er} ministre.

2- Transformation du système hospitalier : comité stratégique

Dans la circulaire du 29 juillet dernier relative aux GHT (cf. supra §1) la ministre de la santé nous apprend que le 17 juin elle a lancé les travaux du comité stratégique consacré aux transformations du système hospitalier.

Elle nous apprend également que ladite circulaire « sera complétée par une instruction dédiée aux autres axes de la démarche nationale de transformation du système hospitalier. Elle précisera notamment les modalités de mise en œuvre des travaux relatifs au juste recours à l'hôpital, des diagnostics organisationnels et des outils de suivi associés, afin de garantir une approche cohérente et articulée de l'ensemble des chantiers engagés ».

3- Franchises médicales : un pas en arrière, un pas en avant

La pratique devient habituelle : une annonce suivie d'un démenti quelques semaines après .

Un pas en arrière :

Déjà envisagée en 2025, dans le cadre du PLFSS pour 2026, sous le gouvernement de François Bayrou, avant d'être rejetée, la mesure de doublement, de 100 à 200€, des franchises médicales avait de nouveau été annoncée par le ministre le 23 juillet (cf. lettre n°96 d'août § 9-4 et 5)

Elle vient de faire marche arrière en reconnaissant que ce choix avait pu apparaître « *brutal* ».et que « *le doublement annoncé n'a pas été compris* » et encore qu'il « *avait donné lieu à des caricatures* ».

Est-ce la conséquence des vives réactions de France Assos Santé qui avait dénoncé « *une erreur monumentale* » qui allait « *culpabiliser* » les personnes vulnérables et atteintes de multiples pathologies , du syndicat de médecins MG France, du syndicat « Convergence infirmière » et des mutuelles ? On peut le penser.

Pour mémoire les franchises médicales (non prises en charge par les complémentaires) comprennent les franchises stricto sensu de 1€ par boîte de médicament et par acte paramédical et 4€ par transport sanitaire, et les « participations forfaitaires » de 2€ par consultation.

Un pas en avant :

Mais il ne fallait pas se réjouir trop vite car après ce pas en arrière, un nouveau pas en avant est fait par la ministre adepte du tango : finalement la note sera moins salée , elle ne sera que de 140€ (soit + 40%).

Selon l'exécutif, ce nouveau plafond (70 euros pour les consultations et 70 euros pour les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires) correspond à la prise en compte de l'inflation depuis 2005, date de fixation du précédent maximum.

Le projet de décret soumis à l'avis de l'assurance maladie devrait prévoir une entrée en vigueur dès le 1^{er} octobre, ainsi qu'une réévaluation du montant tous les ans ou tous les deux ans, indexée sur l'inflation.

La réaction des usagers :

Cette annonce intervient en même temps que la publication au JO du 22 août de 4 décrets relatifs à « la soutenabilité de notre système de santé et à la prise en charge » où sous ce titre cachent une augmentation sensible de divers tickets modérateurs

Le 25 août, Gérard Raymond, président de France Assos Santé déplorait : « *on fait payer les malades sans véritablement repenser l'organisation et le fonctionnement du système en vue d'une meilleure qualité, d'une meilleure efficacité* », en s'attaquant par exemple à la pertinence des prescriptions et au paiement à l'acte.

4- Prestations sociales : un recul

Le même jour que le pas en arrière de la ministre de la santé sur les franchises, le 1^{er} ministre démentait d'autres pistes d'économie sur les prestations sociales : suppression des APL [aides personnalisées au logement] pour les étudiants, gel du RSA ou du minimum vieillesse, remise en cause du crédit d'impôt pour les services à la personne.

5- Urgences : les « patients brancards »

Ça aurait pu être un simple fait divers passé inaperçu dans l'actualité brûlante de l'été.

Une patiente de 85 ans admise le 18 juillet aux urgences de CHU d'Orléans (bien connu de la ministre qui y exerçait comme rhumatologue il y a encore un an) pour une hémorragie intestinale, en est ressortie le 23 après avoir signé une décharge. Durant tout ce temps elle est restée sur un brancard.

Ce fait a connu un puissant écho médiatique qui a consacré l'expression de « patient brancard » pour désigner ces patients qui restent aux urgences sur un brancard, faute de lits d'aval pour les recevoir.

Cette expression fit écho à l'indicateur « lits brancards estimés » (LBS) utilisés par les établissements et les observatoires régionaux des urgences (ORU) pour mesurer le degré de saturation des urgences et/ou le degré de fluidité de la filière d'aval.

Il représente le nombre de patients présents à 22h et encore présents le lendemain à 8h.

Cet indicateur devrait intéresser les RU dans les établissements disposant d'un service d'urgences. Ils devraient en suivre l'évolution pour mesurer l'impact de la régulation de l'accès aux urgences et la mise en place des SAS.

Le sujet nous renvoie au rapport « Alternatives et aval des urgences » remis le 15 juillet à la ministre (cf. lettre 96, aout § 10-7)

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

6- Recevoir des visites en EHPAD : affiches et flyers

Pour accompagner la publication de l'instruction du 1er avril 2026 qui a rappelé le cadre législatif du droit de recevoir des visites dans les ESMS (principe posé par l'article 11 de la loi bien vieillir du 8 avril 2024), le gouvernement propose des outils de communication (affiche et flyer) pour informer le grand public sur les règles en vigueur.

Ils sont téléchargeables par le lien :

<https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2026-07/Flyer-A5-droit-de-visite-etablissement.pdf>

12. Publications et bibliographie :

1- «Soudain »

La sortie début aout de ce long métrage (3h15) du réalisateur japonais Ryusuke Hamaguchi a suscité de nombreuses critiques favorables et connaît encore un grand succès dans les salles.

Il a reçu un double prix d'interprétation féminine au Festival de Cannes, en mai, pour ses 2 héroïnes : Marie-Lou (Virginie Efira) et Mari (Tao Okamoto).

Il est l'adaptation d'un échange épistolaire entre Makiko Miyano, une philosophe atteinte d'un cancer, et Maho Isono, une anthropologue de la santé.

Ce film retrace la rencontre et l'amitié de 2 femmes :

Marie-Lou (Virginie Efira), anthropologue (master obtenu au Japon) est devenue directrice d'un EHPAD privé à la suite du décès de sa mère.

Prise en tenaille entre la direction financière du groupe et le personnel toujours prêt à dénoncer le manque de moyens et réfractaire à toute évolution, elle tente d'appliquer une manière particulière de s'occuper des résidents, en particulier ceux qui sont atteints de troubles cognitifs, fondée sur une approche thérapeutique intitulée « l'humanité », concept créé dans les années 1980.

Mari, (Tao Okamoto) philosophe (diplôme obtenu en France) est une dramaturge japonaise atteinte d'un cancer et qui met en scène un acteur japonais vénérable et son petit fils handicapé mental, dans un petit théâtre parisien.

Leur rencontre est l'occasion de longs échanges, à Paris, dans l'EHPAD et à Kyoto sur les collines qui dominent la ville, en français et en japonais (sous-titré).

Ils sont une suite de réflexions sur la vieillesse, la maladie mentale, le bon soin voire même une critique du capitalisme dénonçant une économie grignotant notre temps privé et ne considérant les individus qu'à l'aune du travail et de leur capacité à produire.
Un film essentiel qui ne peut laisser indifférent.

2- Situation des EHPAD en 2023

La DREES a publié, le 27 juillet, les éléments d'analyse des données 2023 de la base BADIANE (base de données inter administrative des ESMS) qui rassemble des informations relatives au fonctionnement, à l'activité, au personnel et au public accueilli dans les EHPAD .

Ces données sont publiées en « open data » à la fois par thèmes et par départements :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/datadrees_badiane_2019/information/

Elles donnent accès à un nombre considérable de tableaux Excel et de cartes . La FHF en a fait une synthèse dont sont issus les principaux enseignements qui suivent.

<https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-08/La%20situation%20des%20EHPAD%20en%202023%20-%20donn%C3%A9es%20de%20la%20base%20BADIANE%20-%20DREES.pdf>

✓ Le nombre de résidents en EHPAD n'a pas retrouvé son niveau d'avant Covid, sauf dans les EHPAD privés à but non lucratif ;

Après une forte baisse du nombre de résidents accueillis dans les EHPAD en 2020 avec la pandémie de Covid (- 22 900 résidents), et ce quel que soit leur statut juridique, ce nombre s'était stabilisé en 2021 et 2022 autour de 594 000 résidents. Il diminue à nouveau en 2023 pour atteindre 590 800 résidents, en raison d'une baisse dans les EHPAD publics.

✓ Après s'être stabilisé entre 2020 et 2022, le nombre d'ETP dans les EHPAD baisse en 2023 : Le nombre d'ETP a fortement augmenté entre 2019 et 2020 quel que soit le statut juridique (+35 700 ETP), mais cette progression a été freinée par la pandémie de Covid. Il a atteint 411 200 ETP en 2022 avant de chuter brutalement en 2023 (- 14 800 ETP), sauf dans les EHPAD privés à but lucratif, dans un contexte de baisse globale d'activité des EHPAD (moins 73 établissements et 2 800 places entre 2022 et 2023).

Les EHPAD publics hospitaliers voient leur nombre d'ETP baisser sur la période (- 4 400 ETP depuis 2019) après une hausse en 2020 (- 10 200 ETP depuis 2020).

✓ Des tarifs dépendance en hausse continue depuis 2019, quel que soit le niveau de besoin d'aide à l'autonomie :

Les tarifs dépendance médians augmentaient de façon linéaire depuis 2019, l'augmentation s'accélère en 2023 quel que soit le niveau de GIR considéré. Ils atteignent 6 € par jour pour les GIR 5, 14,1€ pour les GIR 3 et 4 et 22,3 € pour les GIR 1 et 2.

✓ Des disparités territoriales au niveau de l'encadrement par le personnel soignant

Le ratio d'encadrement des personnels soignants dans les EHPAD se situe en médiane à 33,8 ETP de personnels soignants pour 100 résidents sur la France entière.

Il masque des disparités départementales, avec notamment des ratios d'encadrement plus élevés en Bretagne et en BFC et plus faibles dans les départements d'IDF.

✓ L'offre de places confrontée aux réalités des territoires :

Le nombre de places en EHPAD rapporté au nombre de personnes âgées de 75 ans ou + permet d'obtenir un taux d'équipement.

En 2023, ce ratio se situe à 87 places / 1 000 habitants de 75 ans ou +. Le taux d'équipement baisse depuis 2019 (98 places / 1 000 en 2019). Les territoires ruraux sont ceux pour lesquels le taux d'équipement est le plus élevé.

L'IDF et la Corse, ont, à l'inverse des taux d'équipement faibles

✓ Plus de la moitié des résidents en EHPAD sont en GIR 1 – 2

Quel que soit le statut juridique de l'établissement, les résidents en GIR 1 - 2 représentent plus de la moitié des effectifs.

Les EHPAD privés à but lucratif sont ceux pour lesquels la part des résidents les plus dépendants est la plus élevée (58 %).

✓ Des places habilitées nombreuses dans tous les départements et particulièrement dans les EHPAD publics,

Les places habilitées permettent aux résidents de bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement, versée par le conseil départemental aux personnes ayant des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement en établissement.

En 2023, 457 500 places d'EHPAD sont habilitées (soit 75 % des places). En 2019, il y avait 38 200 places habilitées (72 % des places).

C'est dans les EHPAD publics non hospitaliers qu'il y a le plus de places habilitées : 161 200, soit 97 % des places de ces établissements.

Les EHPAD privés à but non lucratif offrent 150 600 places habilitées, soit 84 % de leurs places.

Il y a moins de places habilitées dans les EHPAD publics hospitaliers (128 400) car ces établissements offrent moins de places, mais 99 % d'entre elles sont habilitées.

3- EHPAD : valeur du point GIR en 2025

La CNSA publié en juin la « synthèse des valeurs de points GIR 2025 et des GIR moyens pondérés (GMP) départementaux 2025 » (13 pages).

https://www.cnsa.fr/sites/default/files/2026-06/PUB-Rapport_VPG-GMP_2025.pdf

Pour mémoire, la grille AGGIR est utilisée pour évaluer le niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée.

À l'issue de l'évaluation, la personne âgée est classée dans 1 des 6 Gir (groupes iso-ressources) possibles. Selon son GIR, elle peut ou non percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

✓ du Gir 1 au Gir 4, la personne âgée peut obtenir l'APA (à domicile ou en établissement),

✓ pour les Gir 5 et Gir 6, elle ne peut pas l'obtenir, mais elle peut demander une aide-ménagère, ou une aide financière auprès de la caisse de retraite.

Le « GIR moyen pondéré » (GMP) départemental correspond au niveau de dépendance moyen des résidents des EHPAD du département.

Les principaux enseignements de cette synthèse sont les suivants :

✓ En 2025, la valeur moyenne du point GIR départemental s'élève à 7,73 €, en hausse de 1,1 % par rapport à 2024 et de 8,6 % sur la période 2008-2015,

✓ A titre de comparaison, la valeur du point GIR moyen pondéré soins (GMPS) qui sert au calcul de la dotation soins des EHPAD a progressé de 2,4 % en 2025 et de 13,8 % entre 2018 et 2015 (sachant que l'évolution du GMPS ne reflète que partiellement l'évolution des financements soins alloués aux EHPAD),

✓ La valeur médiane du point GIR est de 7,63 € en 2025, contre 7,57 € en 2024, soit une augmentation de seulement 0,8 %,

✓ Dans 57 départements, la valeur départementale de point GIR a été gelée en 2025,

✓ La valeur maximale est constatée en Corse (9,47 €) et la valeur minimale est observée dans le Val d'Oise (6,90 €), soit un écart de 37 %.

La faible évolution des valeurs départementales de point GIR n'est pas étrangère à la situation budgétaire très dégradée des EHPAD depuis 4 ans, avec des déficits concentrés sur les sections hébergement et dépendance.

Pour la BFC :

- ✓ GIR : le 25 et le 71 ont des GIR compris entre 8,09 et 8,78, les autres entre 7,39 et 8,09
- ✓ GMP départementaux : 25 entre 7,75 et 8,07, les 90, 70, 39, 71 entre 7,42 et 7,75, le 21 entre 7,10 et 7,42

4- Les médecins généralistes libéraux travaillent 46 heures par semaine :

Le bulletin « études et résultats » d'août de la DREES est consacré au temps de travail des médecins généralistes libéraux(4 pages).

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2026-08/ER1381_Temps_travail_g%C3%A9n%C3%A9ralistes.pdf

En 2025, les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 46 heures par semaine, dont 36 h30 en consultations, téléconsultations ou visites à domicile.

Ils consacrent 6 heures à la gestion du cabinet et à la coordination avec d'autres professionnels et 2 h30 à la mise à jour de leurs connaissances médicales.

Il s'agit de moyennes qui masquent des disparités selon l'âge et le sexe.

Le temps de travail est de 44 heures pour les femmes médecins généralistes, contre 48h30 pour les hommes.

Les médecins de moins de 45 ans travaillent en moyenne 43 heures, soit 5 h30 de moins que les médecins plus âgés.

Les médecins de moins de 45 ans consacrent en moyenne 5 h30 au travail administratif dans une semaine ordinaire, soit une heure de moins que ceux âgés de 45 à 59 ans.

La durée moyenne d'une consultation au cabinet est de 19 minutes, variable selon les caractéristiques du médecin.

Près des 3/4 des médecins réalisent des visites au domicile de leurs patients et un tiers des téléconsultations.

Près de 6 médecins généralistes sur 10 déclarent bénéficier d'une bonne conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle.

En 2025, plus d'un médecin sur deux termine sa journée de travail le soir après 20 heures au moins une fois au cours d'une semaine de travail ordinaire. Les plus jeunes sont moins nombreux à déclarer arrêter leur activité après 20 heures (43 % des moins de 45 ans, contre 59 % des 45 ans ou plus).

13. Agenda de septembre :

- **1° septembre** : 14h CTS 70 commission santé mentale
- **10 septembre** :
 - **CTS 25** : réunion plénière 13h30 à la DT ARS 25
 - **CSOS** : 14h (*ordre du jour encore inconnu le 30 août*)
 - **CCAR SMR** : 14h
- **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 congrès 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,
La soirée du 30 à partir de 19h est spécialement dédiée aux médecins libéraux sur le thème de la télé expertise
- **1^{er} 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 définitif 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 :

- **1^{er} octobre** : 10h CCAR psychiatrie
- **1^{er} octobre** : 12h30-13h30 Omédit BFC 3^e webinaire « Déprescription au quotidien : expériences et enseignements de professionnels engagés »
Inscription :
<https://events.teams.microsoft.com/event/26b87bbf-b581-409a-b1e8-52ca3f795cfd@ae404428-9b5b-41f9-9166-4d86199f0857>
- **6 octobre** : réunion d'installation de la nouvelle CRSA à Dijon sur la journée
- **4 octobre : 5^e édition de l'événement Opportunités seniors (PGI BFC)**
Le PGI organise le mercredi 14 octobre la 5^e 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^e édition du **Hacking Health** à Besançon

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

Inscription gratuite mais obligatoire, participation en distanciel possible

L'ARUCAH vous souhaite une bonne rentrée

Si vous ne souhaitez plus recevoir cette lettre, nous vous invitons à exercer votre droit de désinscription en envoyant un message à arucah.bfc@gmail.com