La LETTRE de l'ARUCAH
BOURGOGNE FRANCHE COMTE
N° 99 Novembre 2026

La lettre des représentants des usagers du système de santé

Une journée particulière

Le mardi 6 octobre, sous un beau soleil d'automne, venant de tous les coins de la Bourgogne Franche Comté, les membres de la nouvelle CRSA ont rejoint Congrexpo , le palais des congrès de Dijon, pour la séance d'installation de cette instance, et le début d'un mandat de 5 ans qui les conduira jusqu'en octobre 2031.

Une organisation millimétrée :

Seul le palais des congrès pouvait accueillir cette séance inaugurale, non pas en raison du nombre de participants, mais tout simplement en raison de la nécessité de pouvoir disposer concomitamment d'un nombre de salles suffisant pour accueillir les différents collèges et commissions de la CRSA.

Ainsi après avoir franchi l'entrée « Chambertin » du palais des congrès, les participants se sont retrouvés dans des salles aux noms évocateurs : Clos de Vougeot, Pommard, Corton, Meursault. Dijon est bien en Bourgogne !

L'ARS avaient mobilisé les moyens humains et techniques nécessaires à la bonne organisation de la journée telle que prévue par l'ordre du jour : accueil, allocution de la DG de l'ARS, présentation de la CRSA, élection du président, réunions par collèges pour la constitution des commissions spécialisées, réunions des commissions pour l'élection de leurs présidents avec bien sûr une pause déjeunatoire.

Seul l'examen du règlement intérieur a été retiré de l'ordre du jour : sage décision pour un document de 50 pages pouvant nécessiter un débat.

En résumé une organisation millimétrée que la participation des suppléants n'a pas compromise.

Qui ? … Combien ?

Etaient là une majorité de membres titulaires et quelques suppléants représentant ou accompagnant leur titulaire, puisqu'après avoir écarté leur présence, l'ARS avait, in extrémis, convié les suppléants.

Etaient là un nombre important de membres de la précédente mandature qui étaient heureux de se retrouver en présentiel après 5 années de réunions en distanciel.

Etaient là encore de nouveaux membres (titulaires et suppléants), soit en mission commandée par les organisations ou les structures qu'ils représentent, soient tentés de faire l'expérience de la démocratie en santé, soit les deux.

A défaut de connaitre le nombre exact de participants on peut dire qu'il y avait 67 votants au scrutin de l'élection du président. Pouvaient, en plus, être aussi présents des suppléants accompagnant leur titulaire et n'ayant par conséquent pas pris part au vote.

Si l'on rapporte ce nombre à l'effectif théorique de la CRSA (107 titulaires et 210 suppléants soit 317) et au nombre des membres nommés par l'arrêté du 14 septembre modifié le 5 octobre (92 titulaires et 136 suppléants), le taux de présence avoisinait 72%, ce qui parait bien modeste pour une séance inaugurale.
Une mention particulière pour les membres du collège 2 (représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux) qui avaient répondu nombreux à l'invitation après s'être rencontrés le 30 septembre à l'initiative de France Assos Santé pour présenter la CRSA aux nouveaux membres et préparer cette séance.

De bonnes intentions…
L'intérêt de cette séance inaugurale était bien d'entendre la directrice générale de l'ARS exprimer sa perception de la démocratie en santé et du rôle de la CRSA , et d'entendre le candidat (unique) à la présidence exposer son programme pour la prochaine mandature.

La Directrice Générale de l'ARS :
La directrice générale de l'ARS a confirmé sa volonté de consulter la CRSA sur tous les grands sujets de la politique régionale de la santé et de l'autonomie affirmant : « sur tous ces sujets, l'ARS a besoin de votre expertise, de votre connaissance du terrain et de votre liberté de parole », ainsi que de lui rendre compte de la suite réservée aux avis qu'elle donne.
Dès 2027, la CRSA devrait être étroitement associée aux travaux d'élaboration du prochain projet régional de santé qui débutera en 2029.
Elle a souligné l'importance de la place des représentants des usagers dans les différentes instances de la démocratie en santé.
Constatant une certaine « érosion » de la CRSA elle a souhaité retrouver une dynamique de participation et un renforcement des liens avec les CTS.
Pour elle, la CRSA doit être un lieu de débats même en l'absence de consensus et elle doit savoir s'emparer des sujets.

Le candidat :
Le candidat président a exposé ses 3 priorités :
- Renforcer la place des usagers et le lien avec les citoyens,
- Faire de la CRSA un lieu de réflexion et de participation ou puissent être abordés collectivement, avec toutes les parties prenantes et l'ARS, les sujets majeurs de la santé et de l'autonomie : l'accès aux soins, la prévention, la santé mentale, le vieillissement et l'autonomie, le handicap, la santé des enfants et des jeunes...
- Renforcer la vitalité de la CRSA et la visibilité de ses débats et avis auprès des usagers et des citoyens.

Il a aussi souligné la nécessité de nourrir la CRSA des travaux des CTS et des CDCA , ces autres instances de démocratie en santé.
Enfin il a confirmé son intention de poursuivre son mandat de membre de conférence nationale de la santé (CNS) renouvelée, qui lui a récemment confié la présidence de sa nouvelle commission dédiée à la maltraitance (ou bientraitance pour être plus positif).

… qui ne répondent pas à toutes les attentes :
Pour de nombreux participants, ces propos sont apparus comme des propos de circonstance: ils n'ont pas entendu tout ce qu'ils auraient pu souhaiter entendre à une séance d'installation.
Par exemple, ils n'ont rien entendu en qui concerne la formation et l'acculturation des nouveaux membres peu familiers du système de santé, les moyens matériels et humains qui pourraient être mis à la disposition tant de la CRSA et de ses commissions que des CTS.
Ils n'ont rien entendu non plus en ce qui concerne la politique de communication en direction des membres de la CRSA, du public, ou encore l'organisation de débats thématiques sur des thèmes d'actualités intéressant les usagers, sans que cette liste soit exhaustive.

Les attentes des représentants des usagers:

Les représentants des usagers ne sont pas les seuls membres de la CRSA et de ses commissions spécialisées, mais ils y tiennent une place importante et active comme ils l'ont démontré dans la précédente mandature, et ils entendent bien poursuivre un dialogue avec tous les autres : élus, offreurs de soins, partenaires sociaux.

Ils seront attentifs aux points suivants sans que cette liste soit exhaustive:

- ✓ *Le respect des compétences et la capacité d'auto-saisine*

La CRSA doit veiller au respect de toutes ses compétences réglementaires telles que définies par le code la santé publique, qu'il s'agisse des avis qu'elle doit donner à l'ARS, ou des informations qu'elle doit recevoir de celle-ci.

Jusqu'à présent la pratique laisse apparaitre un écart important par rapport à cette exigence.

Pour autant, la CRSA ne doit pas être une « machine à délivrer des avis » pour satisfaire une exigence réglementaire, ni se limiter à recevoir une information descendante.

Contrairement à ce qu'affirme l'ARS dans son communiqué du 8 octobre pour rendre compte de l'installation de la CRSA, et même son président dans une interview récente donnée à un journal local, la CRSA n'est pas le « parlement régional de la santé ».

Ses membres sont désignés par le représentant de l'Etat en matière de santé (l'ARS)

Bien que n'ayant aucun pouvoir de décision elle doit utiliser sa capacité d'auto-saisine et être force de proposition sur les thèmes qui lui semblent prioritaires.

A cette fin les présidents des différentes composantes de la CRSA doivent reprendre la main sur la détermination de leurs ordres du jour, et l'ARS doit répondre à leurs attentes.

Les coopérations entre commissions spécialisées et avec les CTS doivent être développées.

✓ *L'accès aux soins et la réduction des inégalités :*

C'est une préoccupation essentielle, mais elle ne se limite pas au seul volume de l'offre.

L'accès aux soins passe aussi par la coordination de tous les acteurs de santé : coordination des acteurs libéraux entre eux, des acteurs libéraux et des établissements de soins, et des établissements publics et privés.

Il est urgent de réduire les fractures géographiques pour que chaque habitant de Bourgogne-Franche-Comté dispose d'une solution de santé de proximité.

L'accès aux soins c'est aussi l'accès aux urgences avec ses deux aspects particuliers : la régulation et l'accompagnement, en particulier, des personnes vulnérables.

✓ *La qualité, la sécurité et la pertinence des soins :*

Dans les établissements de santé, les RU veillent à la qualité et la sécurité des soins et contribuent à leur certification.

L'expertise professionnelle est une garantie de la qualité , mais l'expérience du patient peut aussi contribuer à la faire progresser. Lorsqu'elle est recueillie, confrontée et analysée avec les autres regards, elle peut devenir une véritable contribution à l'amélioration du système de santé.

Les représentants des usagers veilleront à ce que les activités de soins ne soient pas examinées sous un angle uniquement administratif, ou d'accès à des soins de proximité mais évaluées à l'aune de leur pertinence réelle sur le terrain.

La CSDU devra élargir son trôle et ne plus se limiter à un rapport annuel purement quantitatif.

✓ *L'autonomie des personnes vulnérables :*

Les personnes vulnérables, du fait de l'âge ou de leur situation de handicap, doivent rester au centre des préoccupations de la CRSA. Sa commission spécialisée « pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux » (CSMS) doit reprendre toute sa place.

Une attention particulière devra être portée aux personnes en situations de handicap psychique et à nos établissements de santé mentale qui restent en grande tension.

✓ *L'attractivité des métiers de la santé:*

L'attractivité des métiers de la santé est la clé de voûte de notre système. Sans professionnels formés, en nombre suffisant et soutenus dans leur exercice, point de garantie pour les usagers. Leurs représentants en CRSA seront attentifs à leur formation tant quantitativement (détermination des effectifs à former), que qualitativement, avec une attention particulière pour les nouveaux métiers (IPA, ARM, assistants médicaux).

Bien que le 6 octobre n'ait pas été la journée particulière attendue , restons persuadés que les membres de la CRSA , anciens et nouveaux, resteront les gardiens de la démocratie en santé .

1. Le dossier du mois : le juste recours aux séjours hospitaliers :

La performance et l'efficience sont les maitres mots des administrations de tutelle des établissements de santé.

On a déjà parlé dans cette lettre de :

- la circulaire du 1°ministre du 23 avril 2025 relative à l'efficience et à la performance des établissements de santé,
- l'instruction du 9 octobre 2025 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,
- l' instruction interministérielle du 11 mai 2026 relative au financement de l'investissement des établissements de santé,
- la circulaire du 29 juillet 2026 relative aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans laquelle il est beaucoup question d'efficience.

Voici maintenant la circulaire du 29 septembre « relative à l'appui à la mise en œuvre de la démarche de performance des établissements de santé sur le champ du juste recours » adressée aux ARS.

file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2624581C.pdf

L'objectif:

Le juste recours à l'hôpital est l'un des objectifs du comité stratégique consacré aux transformations du système hospitalier, installé par la ministre le 17 juin dernier (dans la plus grande discrétion).

Il est en effet souhaitable de promouvoir des parcours de soins au sein desquels les alternatives à l'hospitalisation prennent toute leur place et où les soins hospitaliers soient aussi pertinents que possible.

Autrement dit la pertinence et le juste recours impliquent de limiter le nombres de séjours et de journées en hospitalisation complète en établissement par :

- la « chasse » aux journées d'hospitalisation complète injustifiées : ne pas rentrer trop tôt et sortir dès que possible, « densifier » les séjours
- le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète : l'hospitalisation de jour (HDJ) et la chirurgie ambulatoire,
- le recours à l'hospitalisation à domicile(HAD).

L'objet de cette circulaire est de faire un diagnostic de ces pratiques au sein de chaque établissement et de les inviter à faire des propositions d'amélioration.

Les alternatives à l'hospitalisation progressent:

Le recours aux alternatives à l'hospitalisation complète progresse.

- le taux de chirurgie ambulatoire a progressé de 14 points en 10 ans,

- l'HAD a progressé de 67 % en nombre de séjours et 36 % en nombre de journées entre 2019 et 2025,
- l'hospitalisation de jour (HDJ) en MCO a augmenté de 45 % entre 2018 et 2025.

Cette dynamique doit encore être amplifiée.
Pour cela chaque établissement est invité à réaliser une démarche d'autoévaluation de son positionnement par rapport aux bonnes pratiques et objectifs nationaux dans les trois domaines qui suivent.

Renforcer le recours à l'HAD :
Le recours à l'HAD est possible aussi bien en admission directe depuis le domicile qu'en transfert depuis une hospitalisation.
Des progrès ont été faits , mais la ministre souhaite que cette dynamique se poursuive et que le recours s'amplifie à un niveau significatif au cours de ces prochaines années.
Les établissements de santé priorisés par le niveau national (un panel) sur la base d'indicateurs usuels évaluent leur situation en menant les actions suivantes :

- les établissements MCO et hôpitaux de proximité doivent réaliser un autodiagnostic accessible sur le site de l'ANAP et analyser les indicateurs du « tableau de bord HAD »
- les établissements d'HAD doivent également réaliser un autodiagnostic accessible sur le site de l'ANAP et analyser leur file active sur leur territoire d'intervention.

Ces analyses leur permettront de définir un plan d'actions de renforcement du recours à l'HAD ou de développement de leur activité, en cohérence avec la stratégie du PRS.

Améliorer le recours à l'ambulatoire :
Le développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires (HDJ) figure de longue date parmi les préoccupations organisationnelles des chefs d'établissement et des communautés médicales.
Le développement de l'ambulatoire en substitution à l'hospitalisation complète doit se poursuivre dans une logique d'amélioration continue des parcours, tant en chirurgie qu'en médecine.
Chaque établissement doit analyser sa situation à l'aide des outils existants (Visuchir de la CNAM et les indicateurs de l'ATIH).
Sur la base du diagnostic partagé chaque établissement devra se fixer des objectifs et élaborer un plan d'actions.

Éviter les journées d'hospitalisation non pertinentes :
La durée des hospitalisations complètes mérite également toute l'attention des établissements et doit faire l'objet d'un examen fin, à leur niveau.
Cette analyse (chasse aux journées inutiles et/ou aux hospitalisations inadéquates) peut impacter sur la capacité des services (nombre de lits) et la gestion des sorties.
Les DG des ARS sont invités à

- Organiser une enquête régionale de pertinence des séjours « un jour donné », portant sur les activités de médecine et chirurgie et de soins médicaux et de réadaptation (SMR).dans tous les établissements concernés, y compris les hôpitaux de proximité,
- Encourager les établissements à généraliser les pratiques d'admission à J0 (c'est-à-dire le jour du soin plutôt que la veille) pour les activités programmées, à chaque fois que cela est possible et a minima pour les activités chirurgicales et interventionnelles, et également à intégrer une stratégie de mobilisation de l'hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour les patients éligibles. (*qui restent encore trop peu usitées)*

Calendrier
Chaque établissement devait réaliser :

- Pour le 30 octobre, l'analyse des indicateurs d'activité et l'autodiagnostic organisationnel HAD disponibles sur la plateforme ANAP,
- Le 15 octobre l'enquête un jour donné sur la pertinence des séjours.

Les ARS doivent veiller à la bonne conduite des opérations et faire de ce sujet un élément des CPOM et du dialogue de gestion (évaluation annuelle du directeur) avec les établissements..

L'analyse de la cour des comptes :

L'analyse de la circulaire précitée nous ramène au « rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale » (mai 2026- 381 pages) de la cour des comptes, dont le chapitre 8 (page 259) est intitulé : « les hospitalisations inadéquates ; des parcours de soins à réorganiser , des économies importantes à mobiliser »
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-09/20260527-RALFSS-2026.pdf

La cour des comptes propose 3 recommandations à mettre en place « d'ici 2027 » :

- ✓ définir un plan pluriannuel de transformation de l'offre et d'économies résultant des réorganisations conduites,
- ✓ mettre en place un codage des séjours dans les statistiques hospitalières pour les patients ne nécessitant plus une hospitalisation complète,
- ✓ en raison du vieillissement rapide de la population, redimensionner les capacités-cibles de la filière de soins gériatriques, en cohérence avec l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux

2. Psychiatrie : les équipes mobiles de crise (EMC)

Nous avons récemment (lettre N° 97 de septembre §3) présenté les différentes prises en charge citées par l'arrêté du 4 juillet 2025, « relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie et à la liste (12) de ces modes pouvant être déployés en dehors des sites autorisés », et même pour certaines détaillé le cahier des charges joint à une note d'information du 7 avril.
Toutes , pas tout à fait puisqu'il manquait les équipes mobiles de crise (EMC) , et pour cause puisqu'elles n'ont aucune base réglementaire.
Pourtant il en existe, car de nombreuses EMC ont été financées ces dernières années suite à des appels à projets financés par le « fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie » (FIOP), elles ont été évaluées puis pérennisées. Nous ignorons si de telles équipes existent actuellement en BFC.
Aujourd'hui le ministère souhaite étendre ce modèle à l'ensemble du territoire et poursuivre son déploiement en cohérence avec la mesure 11 du « Plan psychiatrie : repérer, soigner reconstruire» lancé en juin 2025.
Une note information du 21 septembre 2026 « relative au déploiement des équipes mobiles de crise en psychiatrie » en fixe la cahier des charges.
file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2624996N.pdf

Qu'est-ce qu'une EMC ?

- ✓ Définition de l'EMC :

Une EMC a pour objet d'organiser, au plus près du milieu de vie de la personne, l'évaluation, l'orientation et la prise en charge des situations de crise psychique nécessitant une intervention rapide, intensive et limitée dans le temps.

- ✓ La notion de crise :

La crise psychique prise en charge correspond à un moment aigu de souffrance et de détresse psychologique qui se manifeste par un changement de comportement. Elle ne se confond pas nécessairement avec la situation d'urgence caractérisée par un danger immédiat pour la personne ou pour son entourage, qui relève des dispositifs d'urgence.

Ses missions :

Les EMC sont chargées :

- ✓ d'assurer une évaluation clinique rapide des situations de crise psychique signalées, dans leur contexte et au plus près du milieu de vie de la personne,
- ✓ de proposer un accompagnement à partir d'un projet individualisé afin de soulager les symptômes de la crise, en proposant une prise en charge adaptée,
- ✓ d'organiser, le cas échéant, l'orientation de la personne vers le relais de prise en charge le plus adapté à son état de santé, en constituant si nécessaire un binôme hybride (un professionnel de l'EMC et un professionnel du relais),
- ✓ de préparer et sécuriser les relais nécessaires avec les professionnels et structures participant au parcours de soins et de vie,
- ✓ d'apporter, lorsque cela est pertinent, un appui aux professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux confrontés à une situation de crise psychique,
- ✓ d'apporter, un appui aux proches et aux aidants de la personne en situation de crise psychique,
- ✓ de contribuer à la continuité des soins et à la coordination des acteurs intervenant auprès de la personne.

Elles exercent ces missions dans le respect du libre choix de la personne et de ses droits fondamentaux.

Le public cible :

L'équipe peut intervenir auprès :

- ✓ de personnes ayant un suivi psychiatrique, pour lesquelles elle intervient en complément d'autres modes de prise en charge. Il est nécessaire de veiller à l'articulation avec les dispositifs de suivi existants,
- ✓ de personnes non suivies en psychiatrie au moment de la « saisine ».

Elle peut proposer une prise en charge à des personnes majeures mais également mineures, à condition que l'établissement de rattachement bénéficie des autorisations adéquates («psychiatrie de l'adulte » et « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ») et qu'elle dispose des compétences nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de la personne.

L'inscription dans le parcours de soins :

L'EMC est un dispositif qui peut agir à une échelle sectorielle ou intersectorielle et qui s'inscrit dans l'organisation territoriale de la psychiatrie, en complémentarité avec les autres dispositifs participant à la prise en charge des personnes en situation de crise psychique, notamment :

- o les dispositifs sanitaires (CMP, centres d'accueil et de crise, etc.) les structures d'urgence,
- o les professionnels de santé de premier recours,
- o les établissements et services sociaux et médico-sociaux,
- o les dispositifs de réhabilitation psychosociale,
- o les associations d'usagers et d'aidants lorsque leur intervention est nécessaire,
- o les dispositifs de forces de sécurité intérieure (FSI) et de secours dans leur ensemble.

Des protocoles peuvent formaliser ces coopérations.

Le fonctionnement de l'EMC :

✓ *Caractéristiques :*

La composition de l'EMC relève de l'appréciation de l'établissement de rattachement, en fonction des caractéristiques du territoire. Les professionnels qui la composent doivent être formés à la prise en charge de la crise.

Elle doit disposer des moyens nécessaires à sa mobilité, afin d'assurer des interventions au plus près du milieu de vie des personnes prises en charge.

Une attention particulière doit être portée à l'interopérabilité des systèmes d'information pour fluidifier et sécuriser le partage des données entre professionnels.

✓ *Modalités de saisine :*
La saisine peut être faite, de manière non exhaustive, par les professionnels de santé (notamment le médecin généraliste du patient), les établissements de santé, les structures sociales ou médico-sociales, ainsi que par le service d'accès aux soins (SAS - notamment sa filière psychiatrique si elle existe).
Elle peut également être réalisée directement par le patient ou par ses proches, si possible avec l'appui d'un professionnel de santé.

✓ *Evaluation initiale :*
L'EMC assure une évaluation clinique initiale de la situation, en accord avec la personne concernée, dans un délai adapté à la situation clinique de la personne et généralement dans les 24 à 72 heures suivant sa saisine.
Cette évaluation peut notamment permettre :

- d'évaluer les besoins de la personne, appréhender ce qui a généré la crise et identifier l'opportunité de réorganisation qu'elle peut représenter (ses fonctions),
- de déterminer les modes de prise en charge les plus adaptés et, le cas échéant, d'orienter la personne vers une autre réponse sanitaire, sociale, médico-sociale, un appui par les pairs, ou la filière psychiatrique du SAS lorsqu'elle existe,
- de définir conjointement, avec le patient et son médecin traitant s'il existe, les objectifs de la prise en charge durant la période de la crise, les modalités de suivi à court terme et les perspectives de fin de prise en charge.

✓ *Modalités d'intervention :*
Les modalités d'intervention peuvent comprendre :

- des visites dans des lieux diversifiés tels que le lieu de vie (par exemple le domicile) ou un autre lieu qui permet de sortir de la crise (choisis par la personne ou proposés par l'équipe, avec l'accord de la personne),
- des consultations,
- des entretiens téléphoniques,
- des actions de coordination,
- tout autre mode d'intervention adapté à la situation clinique et aux besoins de la personne.

Les soins sont réalisés par une équipe pluriprofessionnelle, associant dans la mesure du possible des compétences relevant des champs sanitaire, médico-social et psychologique, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre.

✓ *Durée de la prise en charge :*
La durée de l'intervention est limitée au temps nécessaire à la stabilisation de la situation et à l'organisation d'un relais adapté. Elle est généralement comprise entre 4 et 6 semaines.

✓ *Continuité et permanence des soins :*
L'EMC assure une permanence téléphonique pour les personnes suivies ainsi que leurs proches (sous réserve de l'accord de la personne concernée), accessible pendant les heures d'ouverture du dispositif et, autant que possible, en dehors de celles-ci.
Elle doit être disponible sur des horaires qui permettent une intervention rapide, réactive et adaptée à la situation de crise, incluant autant que possible les soirées, les week-ends et les jours fériés.

✓ *Préparation de la sortie et organisation des relais :*

Dès le début de l'intervention, l'EMC anticipe les modalités de sortie du dispositif et organise les relais nécessaires pour assurer la poursuite de l'accompagnement.

La sortie du dispositif s'accompagne de la transmission des informations utiles à la continuité de la prise en charge, dans le respect des règles relatives au secret professionnel.

Le déploiement et son financement :

Il est demandé aux DG des ARS de diffuser ce cahier des charges à l'ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie afin que les futures EMC comme celles déjà existantes puissent s'y conformer.

Les crédits délégués par la 2° circulaire budgétaire de 2026, proratisés sur 4 mois s'élèvent à 2633 333 € dont 106 035 € pour la BFC.

Ils seront reconduits en 2027 et une enveloppe de 7,9M€ est réservée en année pleine au déploiement des EMC dont 318 105€ pour la BFC.

Ces crédits sont imputés sur le compartiment « transformation » du financement des établissement de santé mentale.

Ils doivent permettre :

- ✓ en priorité la création de nouvelles EMC si possible d'ici la fin de l'année 2026 en soutenant les projets les plus matures,
- ✓ subsidiairement la mise en conformité au cahier des charges, des EMC déjà existantes par un renfort , en fonction du besoin observé.

Les autres équipes mobiles en psychiatrie :

Les EMC ne sont pas les seules équipes mobiles en psychiatrie.

On connait aussi :

- ✓ les ELSA : équipes de liaison et de soins en addictologie
- ✓ les EMPP : équipes mobiles de psychiatrie -précarité
- ✓ les EEMILAH : équipes intersectorielles de liaison pour adultes handicapés,
- ✓ les EMPPA : équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée,
- ✓ les EMTAA : équipes mobiles de transition vers l'âge adulte,
- ✓ Les équipes mobiles de réhabilitation psycho-sociale.

Cette liste n'est certainement pas exhaustive car il existe des équipes mobiles dans certains domaines spécialisés (autisme, emploi...) et pour certains publics (adolescents…) qui peuvent être développées par des initiatives territoriales dans le cadre des PTSM et en conformité avec les orientations de l'ARS.

Il existe une « association des équipes mobiles en psychiatrie » (AEMP) et le 10° congrès national des équipes mobiles en psychiatrie s'est tenu les 1° et 2 octobre à Perpignan.

Enfin, il existe un DIU équipes mobiles en santé mentale porté par les université de Paris Cité et Rennes.

Ces EMC présentent un intérêt pour le patient, sa famille, ses aidants, et les professionnels libéraux. Elles peuvent éviter le recours aux urgences psychiatriques (en tension), à l'hospitalisation complète (en tension) y compris l'hospitalisation sous contrainte.

Le cahier des charge reste peu précis sur les moyens et les compétences nécessaires à leur fonctionnement et dans un contexte de rareté des ressources humaines on peut se demander si elles ne viendront pas en concurrence avec les autres formes de prises en charges ambulatoires comme les CMP, les hôpitaux de jour … .

Enfin ce même cahier des charges n'apporte aucune précision en ce qui concerne l'évaluation de ce dispositif.

3. L'accompagnement aux urgences

Une « charte de l'accompagnant aux urgences, » élaborée en concertation avec l'ensemble des parties prenantes, a été officiellement présentée le 19 mai 2026 lors du salon SANTEXPO .
Pour télécharger la charte :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/affiche_a3_charte_vf.pdf

Une note d'information du 14 octobre précise les modalités de son déploiement dans les établissements de santé.

Contexte et enjeux:
Il n'est pas besoin de rappeler l'importance et la complexité de l'accueil dans les services d'urgences, surtout dans la situation de tension chronique que nous connaissons actuellement.
✓ *Le contexte :*
Selon une enquête de la DREES) publiée en juillet 2024
- 64 % des services n'autorisent la présence d'un accompagnant qu'à titre exceptionnel ,
- 32 % l'autorisent de façon systématique ,
- 4 % l'interdisent systématiquement.

✓ *Les enjeux*
Cette charte s'inscrit dans les politiques publiques visant à :
- améliorer l'expérience des patients et de leurs proches,
- renforcer la qualité et la sécurité des soins,
- prévenir les tensions et les incivilités au sein des services.

Présentation de la charte :
Nous avons déjà présenté la charte dans la lettre n° 94 de juin, mais il n'est pas inutile d'en rappeler ici les grandes lignes.

✓ *Un Principe general d'accompagnement:*
Sous réserve des contraintes liées à la sécurité et à l'organisation du service, chaque patient peut être accompagné, s'il le souhaite, par une personne de son choix (proche, personne de confiance, interprète, etc.).
Le refus d'accompagnement doit demeurer exceptionnel, justifié par des contraintes identifiées et expliquées au patient et à l'accompagnant.

✓ *Une attention particulière aux situations de vulnérabilité :*
Lorsque les capacités d'accueil sont limitées, une priorité est accordée à l'accompagnement des patients les plus vulnérables (enfants, personnes âgées, personnes en situation de handicap, patients en fin de vie).

✓ *Des engagements réciproques :*
- les équipes soignantes s'engagent à informer, et à écouter les informations transmises par le patient et son accompagnant,
- les accompagnants s'engagent à respecter le fonctionnement du service, la confidentialité des informations et le travail des équipes.

En cas de difficulté, la charte encourage le dialogue avec l'équipe soignante et, le cas échéant, le recours à la commission des usagers (CDU).

Modalités de diffusion:

✓ *Les ARS sont invitées à :*
- assurer la diffusion de la charte auprès des établissements concernés,

- veiller à la bonne appropriation de la charte, notamment dans le dialogue de gestion avec les établissements de santé,
- faire remonter à la DGOS toute initiative locale exemplaire ou difficulté rencontrée.

Rappelons que dès le 28 mai l'ARS BFC a largement diffusé cette charte ainsi que la lettre d'engagement de ses signataires, et invité les destinataires a « bien vouloir assurer sa diffusion et sa mise en œuvre au sein de [leurs] services d'urgences ».

✓ *Les établissements disposant d'un service d'urgences sont invités à :*
- présenter la charte aux équipes, en associant les représentants des usagers siégeant en CDU,
- personnaliser la charte (logo, coordonnées CDU),
- afficher la charte de manière visible dans les espaces d'accueil et d'attente des urgences,
- publier la charte sur leur site Internet,
- intégrer les principes de la charte dans leurs démarches de qualité et de sécurité des soins.

Ils sont encouragés à accompagner cette diffusion d'actions de sensibilisation, notamment dans le cadre des démarches d'amélioration de l'expérience patient.
L'objectif est un déploiement effectif dans l'ensemble des services d'urgence avant la fin de l'année 2026.

Nous ajoutons :
✓ *Les RU sont invités :*
- *à veiller au respect de ces préconisations,*
- *à contribuer en lien avec l'établissement à la diffusion de cette charte,*
- *à évaluer son impact sur l'accueil aux urgences.*

Voilà un sujet qui pourrait intéresser la nouvelle CSDU de la CRSA pour faire un recensement des pratiques dans les 29 services d'urgence de la région.

4. « Handi bloc »

Le mois dernier (lettre 98 §7-6) , nous avons présenté l'appel à candidatures lancé par l'ARS BFC pour susciter auprès des établissements publics de santé (MCO) l'organisation de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap, dans le cadre du dispositif « handi-consult ».
Par une instruction du 30 septembre , le ministère a lancé un « appel à candidatures national pour le déploiement de dispositifs handiblocs en établissement sanitaire » (18 pages).
file:///C:/Users/33770/Downloads/Handi%20bloc.pdf

Contexte et enjeux :
La mesure 29 du Ségur « améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap »avait l'ambition de « lancer un programme d'adaptation des conditions de soins pour les personnes handicapées ».
Plus récemment, la garantie de « la qualité du parcours diagnostique, de l'accès aux soins et des interventions de tous les professionnels » a été rappelée dans la Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement (TND).
Pour les personnes en situation de handicaps complexes (notamment relevant de troubles du neurodéveloppement, déficiences intellectuelles sévères, polyhandicap), les freins à l'accès à la santé restent importants, notamment pour les soins somatiques courants ou encore la réalisation des examens nécessaires au dépistage.
Ces obstacles tiennent à la fois aux insuffisances d'une offre de soins adaptée sur le territoire, et aux situations particulières et besoins spécifiques qui peuvent rendre impossible une consultation ou la réalisation d'un geste technique dans des conditions standards.

Les aidants , les établissements médico-sociaux, les associations concernées et même les professionnels de santé, connaissent bien les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de handicap : c'est la double peine.

Qu'est-ce que le dispositif handibloc ?

Le 1° dispositif handibloc a été organisé par le CHU de Brest en 2019.
Le Handibloc est un dispositif en ambulatoire dédié aux personnes en situation de handicap impliquant la coordination de plusieurs professionnels de spécialités différentes qui interviennent au cours du même temps d'anesthésie générale (AG).

Articulation avec les autres dispositifs :

Ce dispositif s'inscrit dans une offre graduée sur 3 niveaux, complémentaire au droit commun, dans un contexte de structuration d'une offre spécialisée :

- Niveau 1 : soins de droit commun accessible (en ville et à l'hôpital),
- Niveau 2 : soins dédiés de premier recours, en cas d'échec de soins dans le droit commun (consultations dédiées -handi consult),
- Niveau 3 : soins dédiés de second recours, en cas d'échec de soins dédiés de premier recours et de recours nécessaire à une anesthésie générale (Handibloc).

Les publics cibles :

Handibloc propose un accompagnement sans condition d'âge, aux enfants et adultes en situation de handicap complexe pour lesquels :

- ✓ les niveaux 1 et 2 ne sont pas suffisants ou pertinents pour répondre aux besoins du patient dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité,
- ✓ des actes de diagnostic, de soins médicaux et/ou chirurgicaux ne sont envisageables que sous anesthésie générale compte tenu de leur(s) handicap(s) et/ou des troubles associés.

Il est particulièrement adapté dès lors que le patient présente un trouble du comportement associé à son handicap.

L'organisation :

✓ *Les soins socles :*

En priorité est attendue une offre de soins dentaires à laquelle peuvent s'ajouter une offre :

- de gynécologie, de dermatologie, d'ophtalmologie,
- d' actes techniques : prélèvements sanguins (biologie médicale), électrocardiogramme (ECG), imagerie, endoscopie, fibroscopie,
- d'actions de dépistage et de prévention, notamment de dépistages sensoriels (ORL), prévention des cancers (dont colon-sein-utérus), et du geste de vaccination.

✓ *Les ressources humaines :*

Les ressources humaines nécessaires sont celles d'un bloc ordinaire pour l'activité considérée. Il faut bien sûr des chirurgiens (et chirurgiens-dentistes), des IBODE, des IADE, des aide soignants, voire un infirmier coordinateur (IDEC).

✓ *Les locaux :*

Les locaux doivent être adaptés à la prise en charge de personnes en situation de handicap : salle d'accueil, de consultation et salle de réveil adaptée.
Du matériel d'apaisement doit être disponible dans ces lieux. Un espace calme, de retrait et d'apaisement, est disponible dans la structure.
L'ambulatoire constitue le mode de prise en charge privilégié, avec possibilité de recours à une hospitalisation complète lorsque l'état du patient le nécessite.
Une attention particulière est à porter à l'accueil et la place des proches et des accompagnants

avant, pendant et après les actes effectués lors de l'anesthésie générale.

Le financement :

Dans le cadre du dispositif HandiBloc, plusieurs actes relevant de spécialités différentes peuvent être réalisés au cours d'une même anesthésie générale afin de limiter le nombre de venues, et d'améliorer la prise en charge des patients en situation de handicap.

Toutefois, ce regroupement d'actes n'emporte pas de valorisation supplémentaire, le financement demeurant limité à un seul GHS (groupe homogène de séjour), alors même qu'il mobilise des ressources et une organisation renforcée.

Cette situation ne permet pas de couvrir l'intégralité des surcoûts liés au dispositif et peut constituer un frein à son développement.

Dans l'attente d'un nouveau modèle de financement, le financement des dispositifs labellisés repose sur un modèle mixte associant :

- ✓ la facturation de l'activité selon les règles de droit commun,
- ✓ le versement d'une dotation au titre d'une mission spécifique (anciennement mission d'intérêt général -MIG) destinée à couvrir les coûts de prise en charge non financés par les GHS, et les fonctions de coordination du dispositif.

Le montant de cette dotation est fixé à 2 040 € par Handibloc et par patient en sus du GHS facturé dans le droit commun. Elle se substitue au financement actuel par le FIR et elle est versée mensuellement par la CPAM compétente.

Le suivi :

Les données remontées par les dispositifs labélisés feront l'objet d'un suivi national.

L'ANAP) est mobilisée afin de structurer la capitalisation des retours d'expérience et produire des outils communs tels que des fiches pratiques, des schémas organisationnels…

L'appel à candidatures:

✓ *L'objectif :*

L'objectif est de labelliser 9 sites en 2026 et à terme 18 sites (un par région).

✓ *Les établissements éligibles :*

Sont éligibles les établissement MCO disposant :

- o d'un plateau technique permettant la réalisation d'actes sous anesthésie générale dans plusieurs spécialités, dont les soins bucco-dentaires conservateurs, ainsi que d'un service de chirurgie ambulatoire,
- o d'un dispositif de consultation dédiée, ou justifier d'un partenariat formalisé avec un tel dispositif,
- o d'une équipe pluridisciplinaire compétente dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap complexe,
- o des locaux adaptés aux spécificités du public accueilli.

✓ *Candidatures et calendrier :*

Les projets ne doivent pas dépasser les 20 pages, au-delà ils ne seront pas expertisés.

Les candidats devront déposer leur dossier, en ligne, avant le 20 novembre.

Les résultats seront notifiés à chaque candidat à l'issue du comité de sélection qui se tiendra le 15 décembre.

✓ *Critères de sélection :*

Une attention particulière sera portée à :

- o la coopération avec les professionnels de santé et les autres établissements du même territoire, notamment avec les structures médico-sociales,
- o la localisation géographique,

- la pertinence du projet au regard des besoins territoriaux
- la place des familles, de l'entourage et des aidants tout au long du parcours de soins.

✓ *Le jury :*
Un jury national est constitué dont :
✓ des représentants des personnes en situation de handicap et de leurs proches,
✓ le président du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

En dehors des CHU peu d'établissements sont susceptibles d'être motivés pour ce dispositif.

5. Veille législative et règlementaire :

Textes législatifs :

1- Loi n° 2026-975 du 21 octobre 2026 visant à assouplir la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux à caractère expérimental

Cette loi ne comporte qu'un article. Il prévoit que les « peuvent être renouvelées au vu des résultats positifs d'une évaluation, dans la limite d'une durée totale de dix ans. Au terme de cette période d'expérimentation et sous réserve d'une nouvelle évaluation positive, l'établissement ou le service peut être autorisé dans les mêmes conditions ».
Sont concernés les établissements à caractère expérimental cité par l'article L 312-1 du code de l'action sociale et des familles , sans autre précision.

Textes réglementaires :
L'actualité réglementaire de ce mois d'octobre a été bien modeste pour le domaine qui nous préoccupe, tant par le nombre que par l'importance des textes publiés. On peut s'en accommoder puisque cette situation n'aggrave pas l'inflation normative, mais on peut aussi regretter l'absence de textes nécessaires à l'application des lois votées par la représentation nationale (ex : ceux qui sont nécessaires à la mise en œuvre des lois du 26 mai visant à garantir l'égal accès de tous à l'accompagnement et aux soins palliatifs et du 18 aout relative au droit à l'aide à mourir).

1- Femmes victimes de violence :

Un décret du 30 septembre (JO du 1/10) précise les conditions du déploiement de dispositifs sanitaires consacrés à la prise en charge des femmes victimes de violences dans chaque département.
« Le DG de l'ARS labellise dans chaque département au moins un dispositif d'un établissement de santé dédié à la prise en charge des femmes victimes de violences ».
« Le dispositif labellisé « Maison des Femmes - Santé » assure, conformément à un cahier des charges défini par arrêté une prise en charge sanitaire spécifique et adaptée aux besoins en soins somatiques et psychiques des femmes victimes de violences ».

2- Accidents du travail et maladies professionnelles : indemnisation

Le décret du 30 septembre (JO du 1/10) révise les paramètres de calcul de l'indemnité journalière servie par la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, afin de responsabiliser davantage les employeurs.
Tout en maintenant des conditions d'indemnisation plus favorables pour les assurés pris en charge au titre des risques professionnels que celles prévues en cas d'arrêt maladie, le décret fixe la limite maximale de rémunération annuelle, utilisée dans le calcul des indemnités journalières servies à la victime à 0,226 % du plafond annuel de sécurité sociale, soit l'équivalent de 1,8 salaire minimum interprofessionnel de croissance contre 0,834 % de ce plafond actuellement.

3- Expérimentation du paiement en équipe

L'ouverture d'une période transitoire à la suite des expérimentations d'un paiement en équipe de professionnels de santé en ville en centres de santé (PEPS 2 CDS) , et en en maisons de santé pluriprofessionnelles 2 (PEPS 2 MSP) a été autorisée (JO du 3/10).

4- PDSA : statut des médecins participants

Un décret du 2 octobre (JO du 4) modifie les dispositions attribuant la qualité de collaborateur occasionnel du service public aux médecins assurant la régulation de l'accès à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), pour tenir compte du fait que leur rémunération sera désormais fixée dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

5- Statistique annuelle des établissements (SAE) :

Chaque année les établissements de santé publics et privés doivent faire remonter au ministère les informations nécessaires à l'établissement de la SAE.
Un arrêté du 21 septembre (JO du 9/10) modifie les conditions de collecte et transmission de ces informations.
Les données recueillies auprès portent principalement sur :

- L'identification et l'organisation des structures,
- le suivi de certaines politiques nationales,
- le personnel concourant à l'activité, les capacités d'accueil et l'activité,
- l'équipement, l'activité et le personnel concourant à l'activité du plateau technique,
- l'équipement, l'activité et le personnel concourant à l'activité des activités de soins soumises à autorisation
- les effectifs des personnels médicaux salariés rémunérés ou libéraux en activité, des internes, des faisant fonction d'internes et des docteurs juniors, des sages-femmes et des personnels non médicaux.

6- Vaccination :

Un décret du 9 octobre (JO du 10) fixe la liste des vaccins et des lieux dans lesquels certains vaccins peuvent être détenus et administrés par les professionnels de santé (médecins, sage-femmes, infirmiers libéraux) et les centres de santé.
Il fixe également les conditions d'approvisionnement, de conservation et de traçabilité applicables à ces vaccins.
Sont concernés les vaccins contre la grippe saisonnière et la covid 19.
« A compter de la délivrance par les pharmaciens, […] , le transport et la détention des vaccins s'effectuent sous la responsabilité des centres de santé ou des professionnels […] dans les conditions nécessaires à leur bonne conservation ».
« A la suite de l'administration des vaccins […] , l'inscription dans le carnet de santé, le carnet de vaccination et le dossier médical partagé ainsi que l'information du médecin traitant s'effectuent dans les conditions définies décret ».
Un arrêté du 13 octobre (JO du 17) fait obligation aux professionnels de disposer d'une « enceinte réfrigérée portative, s'agissant de la vaccination à domicile ».

7- Vaccination : majoration d'honoraires

« Les centres de santé ainsi que les médecins, les sages-femmes et les infirmiers, dans le cadre de leur exercice libéral, peuvent s'approvisionner en vaccins et détenir des vaccins en vue de leur administration aux personnes ciblées par les recommandations vaccinales du calendrier des vaccinations » (article L 4211-4 du CSP).

Un arrêté du 8 octobre (JO du 11) prévoit que lorsque, [ces professionnels] exerçant à titre libéral ou un centre de santé employant l'un de ces professionnels, s'approvisionnent en vaccins, les stockent et les administrent, ils peuvent facturer l'une des majorations : SKA, SKB ou SKC.

8- Concours national de recrutement des praticiens hospitaliers :

Le concours national de praticien hospitalier des établissements publics de santé, session 2026, est ouvert.
« La période d'inscription au concours est fixée du mercredi 21 octobre 2026, 10 heures, heure de Paris au lundi 16 novembre 2026 inclus (au plus tard à 17 heures, heure de Paris) ».
(arrêté du 16 octobre-JO du 17-3pages).

9- Contrat d'engagement de service public (CESP):

On croyait tout savoir sur le CESP jusqu'à la publication d'un arrêté du 16 octobre au JO du 20 (12 pages).
Rien n'est laissé au hasard, tout y est passé en revue

- le dépôt de la candidature
- la procédure de sélection des candidats et les modalités de signature des contrats
- l'engagement de service public
- l'allocation,
- la portabilité du contrat en cas de changement de filière,
- les modalités de suspension du contrat et de report d'installation,
- le choix du lieu d'exercice,
- la résiliation du contrat.

Il est même annexé à cet arrêté un modèle type de contrat
Important : « le montant de l'allocation s'élève à 1 200 euros brut par mois pendant toute la durée des études ou du parcours de consolidation des compétences ».

10- Objectifs nationaux de formation des professionnels de santé :

Arrêté du 16 octobre (JO du 20) cf. infra §7-5

11- IPA : expérimentation de l'accès direct

La loi du 19 mai 2923 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé prévoyait qu' « à titre expérimental et pour une durée de 5 ans, l'Etat peut autoriser les infirmiers en pratique avancée (IPA) à prendre en charge directement les patients dans le cadre des structures d'exercice coordonné »,et qu' « un décret, pris après avis de la HAS , détermine les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation ».
3 ans et 5 moi après cette loi , ce décret est arrivé le 23 octobre(JO du 24) complété par un arrêté de la même date.
Les conditions :
Dans les 6 départements éligibles (dont l'Yonne) à l'expérimentation, l'IPA déclare sa participation à l'expérimentation auprès du DG de l'ARS, au moyen d'une application sur le site internet de l'ARS.
Il joint à sa déclaration un document justifiant son exercice dans une CPTS.
Les IPA peuvent déclarer leur participation à l'expérimentation jusqu'à 6 mois avant la fin du dispositif.
Le DG de l'ARS :

- publie la liste des IPA autorisés à participer à l'expérimentation sur le site internet de l'ARS,
- transmet les noms des IPA intégrant l'expérimentation aux organismes de sécurité sociale locaux concernés.

Les modalités :
L'IPA répondant à ces conditions « peut, à titre expérimental, prendre en charge directement les patients ».
« En cas de besoin, le patient est réorienté vers son médecin traitant ou, le cas échéant, vers un médecin impliqué dans la prise en charge du patient ou exerçant dans la CPTS, ou, en cas d'impossibilité, vers tout autre médecin ».
« A l'issue de la consultation, un compte rendu des soins réalisés par l'IPA est adressé au médecin traitant, ou le cas échéant au médecin impliqué dans la prise en charge du patient ou exerçant dans la CPTS par tout moyen garantissant la confidentialité des échanges et la sécurisation des données transmises.
Ce compte-rendu est reporté dans le dossier médical partagé ou, à défaut, le dossier informatisé du patient.

L'évaluation :
Les ARS sont chargées de l'évaluation de l'expérimentation sur leurs territoires.
Elles effectuent un état des lieux de la prise en charge par les IPA exerçant au sein d'une CPTS. Elles centralisent annuellement tout au long de l'expérimentation les informations relatives à la qualité de la prise en charge, notamment le nombre d'IPA participant à l'expérimentation, le nombre de patients reçus en accès direct et les motifs de consultation, le nombre moyen de consultations pour ces patients et le nombre d'actes réalisés, le nombre de dossiers médicaux partagés mis à jour ainsi que les potentiels événements indésirables et le pourcentage de patients orientés vers un médecin.

L'entrée en vigueur :
L'expérimentation débute le 1er décembre 2026 pour une durée de cinq ans.

Les domaines d'intervention (pour mémoire)
Actuellement les IPA interviennent dans les domaines suivants :
- pathologies chroniques stabilisées, en prévention et polypathologies courantes en soins primaires (AVC, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et de type 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, épilepsie),
- oncologie et hémato-oncologie,
- maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ,
- psychiatrie et santé mentale,
- urgences.

12- FMIS : financement
Un décret du 17 juin 2021 a prévu que le fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS) « peut prendre en charge, dans la limite d'un montant arrêté conjointement par les ministres [compétents] les frais engagés par les ARS dans le cadre d'actions ayant pour objet l'accompagnement des dépenses engagées pour les opérations relevant du périmètre du fonds ».
A ce titre, le FMIS prend en charge les dépenses engagées par chaque ARS au titre de leurs emplois (hors plafond d'emploi) dont les missions concourent au déploiement de la politique nationale du numérique en santé dans les territoires, en particulier les priorités du Ségur numérique, la promotion de Mon espace santé et de la cybersécurité.
Pour 2026, cette enveloppe est fixée (arrêté du 21 octobre, JO du 24) à 4 738 600€ dont 260 100€ pour la BFC.

13- Formations des orthophonistes :

Un arrêté du 22 octobre (JO du 24) fixe les conditions et le contenu de la formation suivie par les orthophonistes pour la réalisation de l'aspiration orale, nasale et pharyngée, et trachéale chez une personne trachéotomisée.

14- PDSES : la participation des docteurs juniors :

Les internes ont toujours participé aux gardes et astreints des établissements de santé, autrement dit à « la permanence des soins en établissements de santé » (PDSES), pour lesquelles ils perçoivent une rémunération fixée par voie réglementaire et régulièrement revalorisée.

✓ *Le docteur junior :*

« Le docteur junior, à sa demande, peut être autorisé à participer, dans le cadre de ses obligations de service en stage et compte tenu des nécessités pédagogiques, au service de gardes et astreintes médicales ».

On entend par « docteurs juniors » les étudiants de 3° cycle des études de médecine, de pharmacie et d'odontologie qui accomplissent la phase 3 dite de consolidation pendant la durée du stage prévue dans les maquettes de formation ».

La phase 3 dite phase de consolidation correspond à la consolidation de l'ensemble des connaissances et des compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la spécialité.

✓ *L'autorisation :*

« L'autorisation est délivrée par le directeur de la structure d'accueil, en accord avec le praticien dont il relève, pour la durée restante du stage, et après avis du chef de service. Elle est transmise au conseil de l'ordre auquel le docteur junior est inscrit. Le conseil de l'ordre fait figurer au « tableau spécial » la capacité du docteur junior à assurer des gardes ou des astreintes médicales. (article R 6153-1-5 du CSP)

✓ *Les spécialités concernées :*

Un arrêté du 23 octobre (JO du 25) fixe la liste des spécialités pour lesquelles le docteur junior peut être à participer, à sa demande, au service des gardes et astreintes .

Il énumère une longue listes de spécialités chirurgicales, médicales, pharmaceutiques et odontologiques . Il eut mieux valu indiquer les spécialités exclues.

Cette participation implique donc le choix du docteur junior de prendre des gardes et l'autorisation du chef d'établissement, mais on voit mal comment il pourrait en être autrement : non seulement ils sont indispensables à l'organisation de la PDSES mais davantage encore elles sont indispensables à leur formation.

15- Pharmaciens d'officine : évaluation des situations cliniques

L'article L 5125-1-1 A du CSP donne la liste des 14 compétences des pharmaciens d'officine dont celle de « contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques » dont la liste est fixée par un arrêté

Un décret du 26 octobre (JO du 28) précise les conditions de mise en œuvre de cette compétence.

Le pharmacien peut :

- ✓ concourir aux soins de premiers recours,
- ✓ orienter le patient vers un autre professionnel de santé ou vers un service d'urgence,
- ✓ dispenser des dispositifs médicaux ou des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire.

Pour l'application de ces dispositions, il respecte la confidentialité des échanges avec le patient., et à cette fin, il dispose de locaux permettant un accueil individualisé, conformes à un cahier des charges.

Il inscrit dans le DMP du patient les informations énumérées par le décret dont la description des symptômes et signes cliniques présentés par le patient et la conclusion de l'évaluation de la situation clinique.
En cas d'évaluation et de prise en charge ayant donné lieu à dispensation d'un produit de santé, un document est remis au patient comportant la dénomination du produit de santé, sa posologie et la durée du traitement.
Le pharmacien transmet également l'ensemble de ces informations au médecin traitant par une messagerie sécurisée de santé.

16- Délégué ministériel du numérique en santé :

Il aura été éphémère : le délégué ministériel du numérique en santé crée en av il 2025, a bien disparu depuis la création au sein du ministère d'une direction générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé.
Un décret du 28 octobre (JO du 30) tire les conséquences de cette substitution.

17- 3° cycle désuétudes de médecine : rémunération des maitres de stage

Le praticien agréé-maître de stage des universités accueillant dans des docteurs juniors en médecine générale perçoit, le cas échéant, une rémunération supplémentaire aux honoraires pédagogiques composé :

- ✓ De primes conditionnelles de :
  - 400€ bruts, par mois de stage et par étudiant, si le praticien exerce en zone d'intervention prioritaire (ZIP), en zone ZAC ou dans un quartier prioritaire de la politique de la ville,
  - 400 € bruts, par mois de stage et par étudiant, s'il participe à la supervision du docteur junior dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires,
- ✓ D'une compensation forfaitaire de 300 ou 600€ si, au cours de l'année précédant l'accueil du docteur junior, en fonction de la part de sa patientèle du praticien bénéficiant d'une exonération à la participation aux frais d'hospitalisation.

Arrêté du 26 octobre (JO du 30).

18- Affectation des internes :

L'arrêté du 27 octobre (JO du 30 – 187 pages) donne la liste nominative des affectations, par spécialités et par CHU, des 10 446 étudiants en médecine ayant satisfait aux épreuves nationales donnant accès au troisième cycle des études de médecine organisées au titre de l'année universitaire 2026-2027

6. Veille parlementaire :

Assemblée nationale :

- proposition de loi visant à étendre aux membres du Gouvernement l'interdiction du cumul avec une fonction exécutive locale
- proposition de loi constitutionnelle visant à encadrer le nombre de membres du Gouvernement
- proposition de loi instaurant une seconde demi part fiscale pour la naissance du deuxième enfant,
- proposition de loi visant à garantir l'accès à l'assurance vieillesse des aidants,
- proposition de loi visant à construire et refonder une politique nationale de l'enfance,
- proposition de loi favorisant l'inclusion des personnes soumises à des restrictions alimentaires pour raisons médicales,
- proposition de loi abolissant les frais commerciaux des plateformes de téléconsultation,
- proposition de loi visant à garantir l'accès effectif à la formation professionnelle des bénéficiaires du congé parental d'éducation et à sécuriser leur retour à l'emploi,

- proposition de loi visant à améliorer le dispositif du temps partiel thérapeutique pour les fonctionnaires,
- proposition de loi visant à supprimer la clause de conscience spécifique en matière d'interruption volontaire de grossesse,
- proposition de loi visant à mieux reconnaître et à valoriser les aidants actifs,
- proposition de loi visant à garantir l'accès à une mutuelle publique gratuite pour tous les jeunes de 18 à 25 ans,
- proposition de loi visant à valoriser l'engagement associatif bénévole dans le calcul des droits à la retraite,
- proposition de loi visant à améliorer la reconnaissance et la prise en charge du lipœdème
- proposition de loi assurant l'accès à un médecin traitant pour chaque patient,
- proposition de loi visant à revaloriser l'allocation de solidarité aux personnes âgées au niveau du seuil de pauvreté et instaurer l'automaticité du versement,
- rapport déposé par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux sur la pétition n° 4753 « Pour rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score sur les emballages des aliments en France »
- proposition de résolution visant à structurer une politique de santé publique de prévention, de documentation et de réduction des risques liés à l'usage de drogues,
- proposition de loi visant à assouplir la procédure d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux à caractère expérimental,
- proposition de résolution invitant le Gouvernement à financer par le Fonds vert la climatisation des crèches, des Ehpad et des établissements accueillant un public vulnérable,
- proposition de loi visant à refonder le financement, l'organisation et les pratiques de la psychiatrie française,
- proposition de loi visant à maintenir les pharmacies existantes dans les communes rurales (déposée par Mme Corneloup),
- proposition de loi visant à autoriser le diagnostic préimplantatoire des aneuploïdies au bénéfice des couples, et des femmes engagées dans une démarche d'assistance médicale à la procréation,
- proposition de loi visant à protéger les enfants de la publicité pour les produits trop gras, trop sucrés, trop salés et ultra-transformés sur le modèle britannique,
- proposition de loi visant à abroger les zones à faibles émissions,
- proposition de loi visant à prévenir l'exposition des mineurs et jeunes adultes aux boissons énergisantes et aux boissons alcooliques,
- proposition de loi visant à interdire l'utilisation de l'hexane dans la fabrication des aliments destinés à l'alimentation humaine et animale, ainsi que la mise sur le marché des produits qui en dérivent,
- proposition de loi relative à la garantie de l'exercice des droits fondamentaux des personnes handicapées,
- proposition de loi visant à étendre le crédit d'impôt pour frais de garde des enfants jusqu'à onze ans,
- proposition de loi visant à simplifier les démarches de stationnement des titulaires de la Carte Mobilité Inclusion mention « stationnement pour personnes handicapées »,
- proposition de résolution appelant à un moratoire sur les projets de centres de données non souverains,
- rapport d'information sur l'évaluation des conditions de travail des étudiants en médecine,
- proposition de loi visant à faciliter l'accès à l'interruption volontaire de grossesse,
- proposition de loi constitutionnelle visant à inscrire l'aide médicale de l'État dans la constitution,
- proposition de résolution visant à faire reconnaître l'origine professionnelle du cancer du sein,

- proposition de loi visant à améliorer la prévention, la détection, la reconnaissance et la prise en charge du Covid long,
- proposition de loi visant à garantir l'accès à un panier diversifié de denrées alimentaires favorables à la santé et vendues à prix coûtant,
- rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à créer un parcours de soins intégralement pris en charge par la sécurité sociale pour toutes les victimes de violences sexuelles,
- rapport fait au nom de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi visant à rétablir l'interdiction de l'acétamipride et du flupyradifurone pour garantir la protection de la santé humaine, de la biodiversité, de l'environnement et notre souveraineté alimentaire,
- rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur la santé des femmes,
- proposition de loi pour abroger Parcoursup et restaurer un droit d'accès à l'enseignement supérieur pour tous les titulaires d'un baccalauréat ou diplôme équivalent,
- proposition de loi visant à valoriser les activités de bénévolat des lycéens à l'épreuve du baccalauréat,
- proposition de loi portant obligation de vaccination des jeunes de 11 à 26 ans contre les papillomavirus humains,
- proposition de loi visant à généraliser les contrats locaux de santé en France,

Sénat :

- proposition de loi visant à permettre un rétablissement des anciennes régions,
- proposition de loi visant à garantir un service public de proximité dans chaque commune,
- proposition de loi visant à pérenniser les structures d'exercice coordonné participatives,
- texte de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi révisant le dispositif des stocks de sécurité des médicaments,
- texte de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à accélérer le développement de la médecine nucléaire thérapeutique en oncologie,
- proposition de loi visant à mieux valoriser l'engagement associatif et citoyen tout au long de la vie,
- résultat des travaux de la commission des affaires économiques sur la proposition de loi visant à garantir l'accès à un panier diversifié de denrées alimentaires favorables à la santé et vendues à prix coûtant,
- proposition de loi visant à autoriser le remboursement de la licence sportive sur prescription médicale,
- proposition de loi permettant aux patients résidant dans un « désert médical » et ne parvenant pas à trouver un médecin traitant le remboursement de leurs frais de transport pour accéder à des soins éloignés de leur domicile,
- proposition de loi visant à créer un parc social d'un million d'automobiles électriques à loyer modéré,
- proposition de résolution appelant le Gouvernement à instaurer un moratoire sur le déremboursement des cures thermales,
- proposition de loi visant à mieux valoriser l'engagement associatif et citoyen tout au long de la vie,
- proposition de loi créant un parcours de soins intégralement pris en charge par la sécurité sociale pour toutes les victimes de violences sexuelles.

7. En Bourgogne Franche comté :

7-1 Décisions de l'ARS BFC :

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

1- ***Centre santé dentaire d'Auxerre : refus d'agrément définitif***

Par décision du 20 octobre 2025 la DG de l'ARS avait accorder un agrément provisoire au centre de santé médico- dentaire d'Auxerre porté par l' »Association Centre Médico-Dentaire d'Auxerre ».

Par décision du 30 septembre, elle lui a refusé l'agrément définitif au motif que les élément du dossier de demande d'agrément « mettent en évidence les liens fonctionnels, capitalistiques et organisationnels, existant entre plusieurs des personnes et structures intervenant dans la gestion ou l'organisation du centre de santé » et que font défaut « des déclarations d'intérêts exhaustives, exactes et sincères ».

2- ***PTSM 71***

Le diagnostic territorial partagé de santé mentale de Saône-et-Loire et le projet territorial de santé mentale (PTSM) 2026-2030 du territoire de Saône-et-Loire ont été adoptés et validés par l'ARS.

3- Regroupement d'EHPAD dans l'Yonne :

Par décision conjointe de la DG de l'ARS er du Président du conseil départemental de l'Yonne, les autorisations de gestion, délivrées aux EHPAD (établissements publics autonomes) de THIZY Fondation Burlot, L'Isle sur Serein, et Noyers, sont transférées à l'établissement public « Maison Gérontologique de la Vallée du Serein » à compter du 1er janvier 2027.

Un protocole de fusion a été conclu le 23 juin 2026 entre les 3 EHPAD concernés, qui entrera en vigueur la 1° janvier 2027.

La « Maison Gérontologique de la Vallée du Serein » est un GIP constitué du regroupement des 3 EHPAD, et érigé en établissement public social et médico-social intercommunal par délibérations concordantes des 3 communes.

Cette autorisation deviendra caduque de plein droit en l'absence de réalisation de la fusion de ces établissements au bénéfice de l'établissement « Maison Gérontologique de la Vallée du Serein » au plus tard le 31 juillet 2027.

Cette autorisation est donnée pour une capacité globale de 203 places réparties sur les 3 sites :

- ✓ Site principal l'Isle sur Serein : 76 places,
- ✓ Site secondaire de Noyers : 64 places
- ✓ Site secondaire de Thizy : 63 places.

Chaque site dispose d'un accueil temporaire pour personnes âgées (aucune place de PASA).

Bel exemple de mutualisation et de coopération intercommunale.

4- CRSA : modification de la liste des membres

Un arrêté « portant modification de la liste des membres de la CRSA » a été publié le 5 octobre, soit la veille de la séance d'installation.

Nous n'avons pas fait l'analyse comparative avec l'arrêté du 14 septembre, mais il semble qu'il s'agissait de corriger une erreur concernant l'affectation de l'un des membres à un mauvais collège.

5- GHT de Haute Saône :

La DG de l'ARS a approuvé l'avenant n°4 à la convention constitutive du GHT 70 ainsi que la modification de sa composition à compter du 1° septembre.

Il regroupe désormais :

- ✓ le groupe hospitalier de la Haute Saône (GH 70), seul établissement sanitaire aves ses 4 sites de Vesoul, Lure, Luxeuil et Lure, mais aussi avec sa nébuleuse d'EHPAD et USLD
- ✓ l'EHPAD Jean Michel à Saulx-de-Vesoul
- ✓ l' EHPAD Villa Saint-Joseph à Scey-sur-Saône,
- ✓ l'EHPAD Alfred Dornier à Dampierre-sur-Salon.

Nous ignorons s'il existe d'autres EHPAD publics qui ne fassent pas partie du GHT.

6- CCAR : composition

La composition du comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR) a fait l'objet d'une nouvelle publication (arrêté du 22 septembre) pour ses 3 sections (urgences, psychiatrie, SMR). Les usagers sont représentés dans chacune des sections.
Une 2° modification a été faite par arrêté du 2& octobre prenant en compte une modification des membres représentant la FHF

7- CTS 25 : composition

L'ARS a procédé à la publication de la composition du CTS 25 mise à jour.

8- CRSA : composition des commissions spécialisées :

L'ARS a publié le 27 octobre ses arrêtés du 23 fixant la composition de la commission permanente et de commissions spécialisées de la CRSA telles que constituées lors de l'installation du 6 octobre (cf. ci-après)

7-2 Du côté de la démocratie en santé

1- La CRSA nouvelle est arrivée :

Sa composition :

La composition de la CRSA avait été fixée par un arrêté publié le 14 septembre.
Un nouvel arrêté signé et publié le 5 octobre (veille de la séance d'installation) a été, le même jour, adressé aux membres de la CRSA .
Emmanuel Ronot (collège 7e , URIOPSS, directeur général EPNAK) a retrouvé son siège de président.

Les commissions spécialisées : cartes d'identité

- ✓ *Commission permanente*
  - Président :Emmanuel Ronot (es qualité président de la CRSA)
  - Vices Présidents : Les 4 présidents des commissions spécialisées es qualité
  - Composition : 13 titulaires nommés hors président et vices présidents soit 18 membres Tous les sièges de titulaires sont pourvus.
  - Représentants du collège 2 :
    - Martine Wezolek : 2a, URAF,
    - Hervé Matey : CFDT UD 90 retraités,
  - Compétences : article D 1432-33du CSP,

- ✓ *CSOS : (commission spécialisée de l'organisation des soins)*
  - Président Yves Bard (réélu), collège 4b, U2P BFC
  - vice-président : Pedro Feirrera, collège 7h, infirmier DE, MSP de St Loup Géanges (71)
  - Composition : 46 membres titulaires (41 nommés)
  - Représentants du collège 2 :
    - Cheikh Cherfaoui : 2a,URAF
    - Serge Lecomte :2a, ARUCAH,

- Hervé Mathey : 2b, CFDT UD 90 retraités
- Catherine Verneau : 2c, Yonne accessibilité pour tous

- Compétences : article D 1432-38 du CSP

✓ *CSP (commission spécialisée prévention) :*

- présidente Isabelle Millot (réélue), collège 6d , Promotion Santé
- vice-présidente : Francine Chopard (collège 1a conseil régional)
- Composition : 3à membres titulaires (25 nommés)
- Représentants du collège 2 :
  - Mireille Lobreau : 2a, JALMAV Dijon,
  - Martine Wesolek : 2a, URAF,
  - Bernard Drujon : 2a, association des diabétiques de l'Yonne,
  - Marie Catherine Ehlinger : 2a, France Assos Santé,
  - Marie José Lafay : 2b, UNSA,
  - Anne SophieBlanchard : 2c, APF 58
- Compétences : article D 1432-36 du CSP

✓ *CSMS : Commission spécialisée médico-sociale*

- Président : Lionel Meunier, collège 7f, URIOPSS,, Directeur général VYV3
- Vice-président : Alain Milot (collège 7e, NEXEM, (organisation professionnelle d'employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé non lucratif), Directeur général PEP CBFC
- Composition : 30 membres titulaires (27 nommés)
- Représentants du collège 2 :
  - Maurice Deckmin : 2a, France Assos Santé,
  - Olivier Compin : 2a, Unapei BFC,
  - Hervé Mathey: 2b, CFDT UD 90 retraités,
  - Anne Sophie Blanchard : 2c, APF 58
- Compétences : article D1442-40 du CSP

✓ *CSDU : (commission spécialisée droits des usagers) :*

- Présidente Marie Catherine Ehlinger, collège 2a, France Assos Santé
- Vice-présidente : Michelle Le Goff , collège 3, CTS 89
- Composition : 14 membres titulaires (10 nommés)
  Restent à pourvoir : Collège 1 (élus) : 1, collège 2b : 1, collège 2c : 1, collège 3 (CTS) : 1,
- Représentants du Collège 2 :
  - Serge Lecomte, 2a, ARUCAH
  - Mireille Lobreau : 2a, JALMAV Dijon,
  - Marie Catherine Ehlinger : 2a, France Assos Santé,
  - Hervé Mathey : CFDT UD 90 retraités,
  - Catherine Verneau: 2c, Yonne accessibilité pour tous
- Compétences : article R 1432-42 du CSP.

Les président(e)s de la CRSA, de la CSOS et de la CSP se représentaient, bien que s'agissant d'un 3° mandat. En effet, l'impossibilité « d'assurer plus de 10 ans consécutivement des fonctions de président ou vice-président quelle que soit la formation de la CRSA prise en compte pour le calcul de cette durée » (article D 1432-44 du CSP) ne pouvait s'appliquer puisque « les mandats effectués avant la 1° octobre 2021 (date de la réforme) ne sont pas pris en compte pour le calcul de la durée de 10 ans ».
Les Président(e)s de la CSMS et de la CSDU ne se représentaient pas.
Pour voir le « trombinoscope » des président(e)s :

La reprise d'activité :
Les présidents des commissions spécialisées, érigés en bureau, se réuniront le 6 novembre en présence du président de la CRSA.
Pas de projet à ce jour de réunion de la commission permanente.
Depuis leur constitution le 6 octobre, seule la commission spécialisée prévention s'est manifestée : elle se réunira les 12 novembre (14h) et 17 décembre.
La 1° réunion se déroulera de préférence en présentiel pour faire connaissance, partager le bilan de la précédente mandature, valider les modalités de fonctionnement de la commission et discuter des 1ères pistes de travail.

2- Le comité consultatif d'allocation des ressources (CCAR)

✓ *Section urgences :*
Le groupe de travail « dotation populationnelle » du CCARU s'est réuni le 15 octobre. Il a « planché » sur la modélisation de la répartition de la dotation SMUR
Le CCAR se réunira en formation plénière le 3 novembre. A l'ordre du jour :

- Restitution des travaux du GT
- le point sur les hélismur : réalisé 2025, « atterrissage » 2026
- la répartition des mesures nouvelles 2026 à répartir
- la réforme des autorisations de médecine d'urgence, dernières autorisations
- la régulation de l'accès aux urgences : situation actuelle, évaluation, stratégie nationale , présentation du guide DGOS -ANAP

✓ *Section psychiatrie :*
Le CCAR psychiatrie s'est réuni le 1° octobre. A l'ordre du jour :

- Les « activités spécifiques régionales » (ASR)
- Simulations de la méthode régionale de répartition de la dotation populationnelle
- Campagne 2026

✓ *Section SMR :*
La section SMR s'est réunie le 10 septembre. Il s'est prononcé sur 4 propositions d'avis concernant l répartition de la dotation populationnelle pour 2026.

Les 3 sections du CCAR doivent relever la même défi : déterminer les indicateurs de répartition de chaque dotation populationnelle pour répondre aux besoins de la population tout ne prenant soin de « sécuriser » les ressources des établissements : l'occasion pour les statisticiens de se livrer aux exercices les plus complexes.

3 - Numérique en santé

✓ *Copil télé-santé*
Le copil télé santé s'est réuni le 12 octobre. A l'ordre du jour :

- Le point sur le marché de télémédecine
- Le centres de ressources

✓ *Costra e-santé :*
Le costra e-santé se réunira le 5 novembre de 14 à 16h sous la présidence de Mme Ligier, DGA de l'ARS. A l'ordre du jour :

- retour sur les Journées Régionales e-santé et nouvelle organisation DGRINES
- suivi de l'avancement des travaux menés dans les COPIL Télésanté et Cybersécurité
- modèle national e-Parcours : présentation des dynamiques en construction

7-3 Dotations régionales de financement 2026

L'arrêté du 8 octobre 2026 (JO du 11) fixe le montant des diverses dotations régionales de financement (DAF, dotations populationnelles, missions spécifiques…) pour 2026, pour les activités de MCO, SLD, SMR et psychiatrie.
Il remplace l'arrêté du 26 mai.
Ces montants sont encore susceptibles d'ajustements.

En milliers d'euros
Champs MCO – USLD

Date arrêté	Objectifs santé publique	Missions spécifiques	DAF		urgences	
			Hors USLD	USLD/FGU	Dotation populationnelle	Dotation qualité
30/10/25	37 818	304 175	2 944	62 054	176 843	0
6/01/26	49 233	344 244	2 987	62 046	176 843	4 500
26/05/26	41 507	305 790	3 017	64 727	178 381	0
8/10/2026	46 934	325 947	3 017	64 828	178 381	0

Champs SMR:

Date arrêté	Dotation MIGAC	Dotation populationnelle	Dotation pédiatrique	Dotation PTS
30/10/25	48 473	176 191	922	4 809
6/01/26	49 579	176 191	922	4 809
26/05/26	50 200	181 394	1 023	5 237
8/10/26	50 876	181 394	1 863	5 320

Champs psychiatrie (historique):

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

26/05/26	426 983	2 278	5 329	282	31 506
8/10/26	426 983	2 278	5 329	282	35 949

Focus dotations populationnelles :

Date arrêté	Urgences	Psychiatrie	SMR
27/03/25 Année 2024	177 550	417 798	176 296
30/10/25	176 843	421 864	176 191
6/01/26	176 843	421 864	176 191
26/05/26	178 381	426 983	181 394
8/10/26	178 381	426 983	181 4

7-4 Postes d'assistants spécialistes partagés (ASTP) :

Comme chaque année à pareille époque est publiée la répartition, par région, des postes d'assistants spécialistes à temps partagés entre établissements de santé et entre structures ambulatoires et établissements de santé.
Pour en savoir plus sur ce dispositif voir la lettre 88 de décembre 2025.
Pour la période 2026-2028 le nombre des postes et leur répartition restent identiques à la période précédente (note d'information du 2 octobre).

	ASTP entre établissements		ESTP entre éts et ambulatoire	
	2025-27	2026-28	2025-27	2026-28
BFC	28	28	4	4
France	250	250	80	80

Pour le nombre d'assistants partagés entre établissements, la BFC arrive en 3° position derrière les Hauts de France et la Normandie.
A ces postes s'ajoutent 30 postes pour les départements d'outre-mer.

Nous ne disposons d'aucune information sur la gestion de ces postes : nombre par CHU d'affectation et par spécialités, établissements bénéficiaires par GHT, structures ambulatoires bénéficiaires, part du financement de l'ARS.
Cette information pourrait intéresser la CSOS.

7-5 Objectifs pluriannuels de formation des professionnels de santé :

« Les objectifs nationaux pluriannuels (ONP), qui tiennent compte des besoins de santé du territoire en priorité, puis des capacités de formation, sont arrêtés par l'université sur avis conforme des conseils territoriaux de santé concernés et de l'ARS ».

« L'ARS consulte, au préalable, la CRSA (article L 631-1 du CSP).

« Pour la période 2026-2030, les objectifs nationaux pluriannuels (ONP) relatifs au nombre de professionnels de santé à former |…] pour chacune des formations de médecine, de pharmacie, d'odontologie et de maïeutique, afin de répondre aux besoins du système de santé, réduire les inégalités d'accès aux soins et permettre l'insertion professionnelle des étudiants, sont définis à un seuil minimal de 94 095 ».(arrêté du16 octobre- JO du20)
Ils sont répartis par régions et universités.

	ONP 2026-2030	Valeurs annualisées
Médecine		
Besançon	1200	240
Dijon	1300	260
Total BFC	2500	500
Total France	61 230	12 246
Pharmacie		
Besançon	400	80
Dijon	450	90
Total BFC	850	170
Total France	18 670	3 734
Ondotologie		
Besançon	190	38
Dijon	240	48
Total BFC	430	86
Total France	8 625	1 725
Maïeutique		
Besançon	140	28
Dijon	145	29
Total BFC	285	57
Total France	5 570	1 114

7-6 Plus d'internes et de docteurs juniors à la rentrée 2026:

Les objectifs pluriannuels de formation des professionnels de santé combinés à la suppression du numérus clausus porteraient déjà leurs fruits ?
L'ARS annonce en effet que « la hausse historique des médecins formés se concrétise en BFC.

✓ ***Les internes :***
Le nombre de postes d'internes ouverts pour la prochaine rentrée du 1°novembre sera de 514 soit une augmentation de 15% par rapport à la rentrée 2025.

	2025	2026	Ecart
Dijon	245	282	+37
Besançon	203	232	+29
BFC	448	514	+66
France	8 700	10 000	+ 1 300

La progression bénéficie à plusieurs spécialités et en particulier la psychiatrie, la médecine d'urgence et la médecine générale.
Cette dernière représente à elle seule 40% des postes d'internat et a connu une augmentation sans précédent (477 postes supplémentaires et plus de 4 000 postes ouverts en 2026 à l'échelle nationale).
A l'échelle nationale, plus de 10 000 postes d'internat ont été ouverts n 2026, soit plus de 1 300 postes supplémentaires par rapport à 2025.

✓ ***Les docteurs juniors :***
Le 1° novembre, 111 médecins juniors de la première promotion, débuteront leur 4° (et dernière) année d'internat de médecine générale.
Ils exerceront en autonomie, sous la supervision de leur maître de stage.
Ils se répartiront sur l'ensemble de la région, à plus de 90% sur des territoires caractérisés par des difficultés d'accès aux soins (ZIP ou ZAC) et dans les 8 départements : Cote d'Or :11, Doubs : 11, Jura :17, Nièvre : 10, Haute Saône : 18, Saône et Loire : 26, Yonne : 13 , Territoire de Belfort : 5.
L'affectation de médecins juniors de médecine générale constitue une véritable opportunité de les fidéliser en vue de leur installation comme médecins généralistes sur la zone de leur stage.

7-7 Expérience patient : retour sur la journée de l'ARUCAH

Patient expert, patient partenaire, patient formateur, patient ressource, pair aidant, expérience patient sont autant de concepts de plus en plus fréquemment utilisés dans le monde de la santé.
Pour y voir plus clair l'ARUCAH a organisé le 16 octobre une journée dédiée à l'expérience patient.
Elle a réuni une trentaine de participants, essentiellement des représentants des usagers, anciens et nouveaux, mais aussi des responsables qualité d'établissements.

Une approche des concepts :
Maryse Karrer responsable du service « engagement des usagers de la HAS traité de l'expérience patient dans le référentiel de la HAS.
Mireille Kerlan membres de l'ARUCAH formatrice en partenariat a présenté le concept d'expérience patient et analysé le vocabulaire et les repères à connaitre par les RU.

Des retours d'expérience :
Le Professeur Gilles Truc, oncologue, président de la CME du centre de lutte contre le cancer de Dijon (CGFL) a rapporté l'expérience de son établissement
Une table ronde a réuni 3 patients partenaires venus témoigner de leur expérience :

- Amandine Chardon :
  Guérie de son obésité, elle a fondé l'association Eliséa bien connue sur la région. Elle intervient dans les UFR et auprès des établissements de soins du réseau obésité de la région.
- Céline Bouttemy :
  Guérie d'un cancer du sein, elle intervient comme patiente experte au centre de lutte contre le cancer (CLCC) de Dijon ainsi que dans le service d'oncologie du CHU de Besançon.

Elle est diplômée de l'Université des patients de la Sorbonne, première université à avoir conçu des diplômes « pour les malades désireux de faire reconnaître et transformer leur expérience vécue de la maladie en compétences et en expertise au service de la collectivité »

- Stéphanie May :
  Sortie de la dépression et de l'addiction, elle occupe depuis juillet dernier un poste à temps partiel au centre d'appui et de partage de compétences (CAPC) en santé mentale de BFC rattaché au CHS de de Novillars où elle développe des outils sur l'addiction pour les éducateurs spécialisés qui suivent un public de 0 à 21 ans. Elle participe également bénévolement à des ateliers du conseil local de santé mental (CLSM).

Des ateliers :
L'après-midi a été consacré à 3 ateliers qui sous une forme ludique ont permis aux participants d'échanger sur la place du patient expert et/ou partenaire

Enfin , Coralie Jardon , coordonnatrice régionale de France Assos Santé a clos la journée en présentant la place des RU dans l'expérience patient et le recueil de l'expérience patient.

Une journée qualifiée de pertinente et d'utile par l'ensemble des participants.

7-8 L'offre régionale de téléexpertise :

Les difficultés pour consulter certains spécialistes sont bien connues . Elles peuvent engendrer des retards de diagnostics et de prise en charge, donc des pertes de chances voire même des renoncements sans parler des déplacements parfois longs et onéreux pour aller consulter un spécialiste, éloigné de son domicile.
Une solution : la téléexpertise : elle permet à un professionnel de santé de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs spécialistes à partir des données médicales du patient, améliorant l'accès aux soins spécialisés.
L'ARS et le GRADeS proposent une offre régionale de télémédecine, sur la plateforme « TELMI », mise à disposition des professionnels.
Outre la téléconsultation, la stratégie est centrée sur l'accès à la téléexpertise sur l'ensemble des territoires.
Elle repose sur l'inscription des téléexpertises dans un parcours de santé local, garantissant l'accès à un expert régional et à des soins d'aval si nécessaire.
Les centres de ressource en téléexpertise sont actuellement les suivants :

✓ ***La dermatologie :***
Les principes qui définissent les centres de ressources en dermatologie sont les suivants :

- Une organisation combinant une activité de télé expertise et une prise en charge des soins d'aval ;
- Une activité de dermatologie ciblant toutes les indications médicales,
- Une ouverture de la télé expertise à tous les médecins d'un territoire défini en privilégiant quand cela est possible la proximité.

Les centres de ressources en dermatologie sont actuellement :

- Le CHU de Besançon,
- Le CH de Chalon-sur-Saône,
- Le CHU de Dijon,
- Le Groupement Hospitalier de Haute-Saône

Auxquels s'ajoute une vingtaine de dermatologues libéraux.
Cette spécialité est le fleuron de la téléexpertise en BFC. Pour s'en convaincre, on peut lire la publication de la Fédération Française de la Peau « téléexpertise dermatologique en BFC : leviers et défis » (50 pages) :
https://www.cutislaxa.org/wp-content/uploads/2026/03/A5-FFP-Digital-2.pdf

✓ ***L'hématologie***

Les centres de ressources en hématologie permettent aux médecins généralistes d'obtenir rapidement un avis expert face à des situations complexes (bilan sanguin anormal, suspicion de pathologie hématologique, suivi de patients sous traitement spécialisé) sans avoir à orienter systématiquement le patient vers un hôpital.

Ce gain de temps améliore la prise en charge, rassure le médecin et le patient, évite des déplacements parfois longs et coûteux, et contribue à réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés entre les zones urbaines et rurales.

Les centres de ressources sont :

- Le CHU de Besançon : périmètre BFC,
- Le CHU de Dijon : périmètre BFC
- Le CH de Chalon : périmètre GHT
- Le GH70 : périmètre départemental
- L'ICB : périmètre Bourgogne

✓ ***Les autres spécialités de l'offre régionale :***

L'offre de téléexpertise régionale est en constant développement. Parmi les spécialités actuellement disponibles nous trouvons :

- la cardiologie,
- l'endocrinologie,
- la pédiatrie (neurologie, hémato -oncologie, gastro-entérologie, endocrinologie, pneumologie)
- la pneumologie,
- la psychiatrie : bipolarité et dépression sévère
- la neurologie
- l'enfance en danger.

✓ ***Le financement de la téléexpertise :***

La téléexpertise fait l'objet d'une facturation directe à l'Assurance Maladie. Elle est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

Pour le médecin requis : depuis le 1er janvier 2026, la téléexpertise est facturée 23 € par le médecin dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient.

Pour le médecin requérant : la téléexpertise est facturée 10 € par le médecin ayant sollicité une téléexpertise, dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient.

Le patient retrouve trace de cet acte dans son décompte, sous l'intitulé « Téléexpertise ».

Pour ces téléexpertises l'ARS finance un forfait compensateur qui vient s'ajouter à la facturation de l'Assurance Maladie et peut atteindre 20€ en fonction du lieu de résidence du patient, donc de la densité de professionnels spécialistes et de la facilité d'accès à ces professionnels.

7-9 Zoom sur le GHT Jura sud :

La circulaire du 29 juillet relative aux GHT (cf. lettre 97 § 1 le dossier du mois) donne aux DG des ARS des consignes pour inviter chaque GHT à :

- ✓ effectuer d'ici le 15 novembre un autodiagnostic, réalisé à l'aide du cadre méthodologique mis à disposition par l'ANAP,
- ✓ proposer d'ici le 15 janvier 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.

Elle s'inscrit dans la démarche de recherche de plus d'efficience et de performance dans nos établissements de santé initiée 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 », complétée par une instruction du 9 octobre 2025.

Avant même ces injonctions , la chambre régionale des comptes (CRC) de BFC et l'ARS se sont intéressées au CH Jura sud (CHJS) et au GHT dont il est l'établissement support.

L'avis de la cour des comptes sur les GHT :

Préalablement à ces démarches locales, la cour des comptes a publié en octobre 2020 une communication à la commission des affaires sociales du sénat sur les GHT (exercices 2014 à 2019) (182 pages).

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20201008-rapport-Groupements-hospitaliers-de-territoire.pdf

Elle avait conclu que l'hétérogénéité des GHT, en matière de tailles et de moyens notamment, ne leur permet pas d'apporter une réponse suffisante à la question de l'égal accès aux soins entre territoires, et qu'en raison de contraintes juridiques, financières, techniques et statutaires, ils n'ont pas modifié fondamentalement les relations entre les établissements.

Le diagnostic de la chambre régionale des comptes (CRC) sur le CH Jura Sud (CHJS)

En mars 2026, la CRC de BFC a publié son rapport d'observations définitives concernant le CHJS pour les exercices 2019 et suivants (70 pages)

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2026-05/BFR2026-06.pdf

✓ *Les principaux constats :*

Voici un florilège de ses principaux constats

- un niveau d'activité fragilisé par un déficit majeur d'attractivité,
- une situation financière très préoccupante,
- une gouvernance clarifiée mais encore à stabiliser,
- une gestion des ressources humaines confrontée à des défis d'attractivité et de pilotage.

✓ *Les recommandations*

La CRC propose 3 recommandations

- Élaborer une stratégie financière en lien avec l'ARS permettant de rétablir les capacités d'autofinancement de l'établissement afin de soutenir une politique d'investissement garantissant la pérennité de l'établissement,
- Réunir annuellement la commission d'activité libérale qui doit s'assurer, sur la base d'un rapport détaillé par praticien, du respect des conditions d'exercice et des plafonds d'activité libérale,
- Se conformer à la règlementation en matière de recrutement des praticiens contractuels

Le diagnostic de la chambre régionale des comptes sur le GHT territoire du Jura :

Dans le cadre des travaux nationaux relatifs à l'organisation territoriale de l'offre hospitalière, la chambre régionale des comptes (CRC) de BFC a procédé au contrôle coordonné des établissements de santé du GHT du Jura sur la période postérieure à 2018 (65 pages, mais il existe une synthèse).

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2025-12/BFR2025-38.pdf

✓ *La composition du GHT Jura :*

Le GHT du Jura est constitué de 4 établissements juridiquement distincts.

- Le CH Jura Sud (CHJS), établissement support, issu de la fusion du CH de Lons-le-Saunier et des sites de Champagnole, Orgelet, Arinthod et Saint-Julien,
- le CH de Saint-Claude en direction commune avec le CHJS,
- le CH de Morez également en direction commune avec le CHJS,
- Le CHI du pays du Revermont (CHIPR) qui regroupe les établissements du « triangle d'or » : Salins-les-Bains, Arbois et Poligny.

Ils comprend donc tous les établissements sanitaires du Jura à l'exception du CH de Dole et du CHS de Dole St Ylie (en direction commune avec le CHS de Novillars) qui font partie du GHT Centre Franche Comté (CHU de Besançon : établissement support).

✓ *Les principaux constats :*

La CRC dresse les 4 constats suivants :

- L'accès à une offre de soins de proximité , un enjeu de santé publique sur un territoire vieillissant, montagneux et à faible densité médicale.
  La CRC note :
  - un territoire en « déprise » démographique et avec des disparités en termes d'accessibilité
  - une couverture et une disponibilité en transport sanitaire fragile sur certaines parties du territoire du GHT,
  - une réponse à la demande de soins apportée par les établissements publics et privés, au regard de la carence de l'offre libérale.

- Une organisation territoriale de l'offre hospitalière construite davantage autour de la direction commune que du GHT.
  La CRC note :
  - des fonctions obligatoirement mutualisées, partiellement remplies
  - une politique intégrative dans le cadre de la direction commune

- Une coopération entre acteurs de la santé à approfondir pour mieux structurer les filières de soins
  - des situations financières dégradées, accentuées par des difficultés de recrutement,
  - une offre publique chirurgicale à réorganiser sur le territoire et en particulier des plateaux techniques chirurgicaux peu performants, malgré un potentiel d'activité existant, et le maintien, sans autorisation, d'une offre chirurgicale carcinologique du sein sur le site de Saint-Claude,
  - un recours à des outils diversifiés, au service de filières coordonnées de soins qui mérite d'être encore plus développé et en particulier le développement de la e-santé pour faire face à la carence de ressources médicales, un recours limité aux fédérations médicales inter hospitalières et la mise en place d'une maison médicale de garde en association avec des praticiens libéraux.

- Une filière gériatrique complète et en mutation qui s'est structurée indépendamment du GHT
  - une expertise présente sur tout le territoire grâce à une offre de consultations spécialisées
  - une redéfinition de l'offre gériatrique sur le territoire et en particulier la consolidation d'une offre de soins à destination des personnes âgées sur l'hôpital de Saint-Claude.
  -

✓ *Les recommandations :*

La CRC fait 3 recommandations :

- formaliser de manière précise, au sein du projet médical partagé (PMP), les modalités d'association avec le CHU de Besançon et notamment les modalités de coordination des missions hospitalo-universitaires,
- poursuivre et amplifier le développement d'une gouvernance partagée entre le CHJS et l'hôpital de Saint-Claude concernant le fonctionnement des blocs opératoires et les services de chirurgie,
- redimensionner le bloc opératoire de Saint-Claude au regard de l'activité réalisée

Le diagnostic de l'ANAP :
Certainement sensibilisée par ces deux rapports de la CRC, l'ARS est entrée en scène en chargeant l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) de dresser un diagnostic des établissements constituant le GHT du Jura.
Dans un communiqué du 9 octobre, elle annonce que « le GHT Jura Sud s'engage dans une nouvelle feuille de route »
https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/organisation-des-soins-activites-le-ght-jura-sud-sengage-dans-une-nouvelle-feuille-de-route

Le diagnostic de l'ANAP présenté le 5 octobre aux élus du Jura en présence de la DG de l'ARS met notamment en évidence une situation financière dégradée, qui s'inscrit dans un contexte de niveaux d'activité contrastés selon les prises en charge et les sites, et de difficultés d'attractivité médicale et paramédicale.
Il souligne également la nécessité de poursuivre l'adaptation des organisations, et de renforcer les complémentarités entre les différents établissements du groupement.
Le diagnostic sera présenté aux équipes dans les prochaines semaines.
À la suite de ce diagnostic, l'ARS a demandé au GHT Jura Sud d'élaborer, avant la fin de l'année 2026, une feuille de route précisant les mesures envisagées et leur calendrier de mise en œuvre.
En parallèle, le lancement d'un schéma directeur immobilier à l'échelle du GHT a été acté. Il définira une vision globale et de long terme du patrimoine hospitalier et des investissements nécessaires, en cohérence avec le projet médical.
L'ARS poursuivra son accompagnement et son soutien au GHT, et à sa direction, dans la construction de cette feuille de route.

Le CH de St Claude en question :
Toutefois, dans son communiqué l'ARS reste silencieuse sur le cas particulier du CH de St Claude alors que la presse locale (Fr 3 BFC du 15 octobre, le Progrès) s'est faite l'écho des inquiétudes des personnels de l'établissement et de la population.
Le 12 octobre le rapport de l'ANAP a été présenté aux seuls élus, hors la présence des représentants du personnel qui ont cependant eu des échos grâce à des « fuites ».
Une présentation plus large est attendue dans les prochains jours.
Aujourd'hui le CH de St Claude dispose des services suivants :

- un service de consultations externes fonctionnant pour l'essentiel avec des médecins du CH de Lons Le Saunier et quelques médecins d'Oyonnax,
- un centre périnatal et pédiatrique de proximité « C3P » depuis la fermeture de sa maternité,
- des services de médecines (46 lits) : UHCD (Unité d'hospitalisation de courte durée -4 lits)), SMR (soins médicaux et de réadaptation – 12 lits) et une USLD (unité de soins de longue durée – 30 lits)
- un plateau technique : urgences (avec un SMUR) , bloc opératoire (récemment rénové), laboratoire, imagerie,
- il n'y a plus de service de chirurgie, mais une unité de chirurgie ambulatoire (4 lits) dans les spécialités de: gynécologie, gastroentérologie, orthopédie (assurée par les médecins de Lons), chirurgie viscérale et ophtalmologie (activité qui vient de disparaitre)
- un centre lourd d'hémodialyse de 12 postes.
- un EHPAD de 96 places.

Soyons réalistes : quand l'ARS fait intervenir l'ANAP et invite l'établissement à produire une feuille de route, c'est plutôt de mauvais augures.
Posons-nous cependant des questions : quel est l'environnement hospitalier ? (Lons à 57 km, Oyonnax à 32km), quels sont actuellement les établissements de recours de la population du

bassin de St Claude ? une unité de chirurgie ambulatoire fonctionnant avec des spécialistes extérieurs et sans être adossée à un service de chirurgie en hospitalisation complète est-elle viable ? D'autant plus que l'établissement doit recourir à des anesthésistes intérimaires.

Le GHT sud Jura se trouve éloigné des 2 CHU de Dijon et Besançon tout en étant proche des hospices civils de Lyon (HCL) et des CH de Bourg en Bresse et Oyonnax situés en région AURA.
Le CH de St Claude ne devrait-il pas rechercher des complémentarité avec le CH d'Oyonnax ? A condition de savoir dépasser les frontières régionales.

7-10 La dialyse à Pontarlier :

Dans son édition du 13 octobre, l'Est Républicain rapportait les inquiétudes des usagers et du personnel de l'unité de dialyse de Pontarlier, sur son devenir.

Un peu d'histoire :
Pour bien comprendre la situation il faut faire un peu d'histoire.
Le centre de dialyse de Pontarlier a vu le jour en janvier 1995 pour éviter aux insuffisants rénaux du Haut Doubs, de se rendre en dialyse à Besançon ou à Montbéliard.
Il était installé au sein de la clinique St Pierre du groupe Clininvest (propriétaire de la clinique St Vincent de Besançon) et fonctionnait avec les néphrologues de l'association Osmose, « filiale » Franc-comtoise de la Fondation Transplantation (comme l'association Aider pour la Bourgogne).
Quelques années plus tard, le groupe Capio remplacait Clininvest et abandonnait en 2003 l'activité chirurgicale de la clinique à l'hôpital compromettant le centre de dialyse.
Grace à une collaboration entre Osmose, l'association des insuffisants rénaux comtois (AIRC) , le CH de Pontarlier, le service de néphrologie du CHU et de l'ARH il a pu être pérennisé.
Toujours pour éviter la prise en charge des dialysés les plus fragiles en centre lourd à Besançon, l'accord prévoyait que l'unité de dialyse médicalisée (UDM) de Pontarlier fonctionnerait comme un centre lourd grâce à un « coup de pouce financier » de l'ARH.

UDM et centre lourd :
Quelle différence entre une UDM et un centre lourd ? Elle porte essentiellement sur l'obligation de présence médicale.
Pour un centre lourd « un médecin néphrologue, au moins, assure une présence médicale permanente sur le site de l'établissement de santé pendant toute la durée des séances d'hémodialyse » (article D 6124-69 du CSP).
Pour une UDM l'équipe de médecins néphrologues « assure, selon le besoin médical du patient, la visite d'un néphrologue une à trois fois par semaine, au cours de la séance soit sur place, soit à distance|…] ainsi qu'une consultation avec un examen médical complet dans un local de consultation, au moins une fois par mois » (article D 61246 76du CSP).

Aujourd'hui :
Aujourd'hui le centre de dialyse de Pontarlier fonctionne sous la responsabilité de Santélys BFC, qui a repris les activités d'Osmose, avec une équipe constituée de médecins néphrologues du CHU de Besançon et de médecins néphrologues de Santelys .
Il a toujours une autorisation d'UDM (renouvelée en 2025).
Jusqu'alors , cette UDM , forte d'une file active de 30 patients, fonctionnait 6 jours par semaine avec la présence d'un néphrologue chaque jour.
En mai 2025 l' équipe de néphrologues du CHU n'étant plus en capacité d'assurer cette présence quotidienne, une dizaine de patients les plus fragiles ont été pris en charge au centre lourd de Besançon, les contraignant à effectuer 3 fois par semaine les aller-retour Haut Doubs- Besançon.

Par voie de conséquence l'UDM ne fonctionne plus maintenant que 3 jours par semaine (lundis, mercredis et vendredis) avec présence médicale 1 fois par semaine pour une file active de 24 patients en autodialyse ou dialyse.
Cette situation avait été présentée comme temporaire , mais elle dure encore à ce jour.

Les perspectives :
Cette situation est va à contre-courant de la volonté actuelle de promouvoir des soins de proximité et pose à Santelys un problème d'organisation pour adapter son effectif de personnel à ce nouveau fonctionnement.
Pour autant y-a-t-il un risque de fermeture, et de transfert de toute l'activité sur Besançon ? Ce n'est la volonté, ni du CHU qui espère accroitre son équipe de néphrologues, ni de Santélys qui en construisant de nouveaux locaux à Gray , Semur en Auxois (en 2025) et prochainement encore ailleurs (Chatillon sur Seine, Montceau les Mines) témoigne d'un réelle volonté de maintenir et développer une offre de soins de proximité.
Les représentants des usagers militent évidemment pour le retour à la situation antérieure.

7-11 La vie de nos territoires, de nos établissements, et de nos associations :

1- Hôpitaux et établissements médico-sociaux :

✓ ***Vacances d'emplois de direction :***
- Hospices civils de Beaune et EHPAD de Bligny-sur-Ouche ?deux emplois de :
  1. chargé des finances, du contrôle de gestion, de la performance et des domaines viticoles
  2. chargé de la communication et du mécénat,
- CH de la Chartreuse , un emploi de DA chargé des services hôteliers,
- CH Jura Sud, de Saint Claude et de Morez , un emploi de DA chargé des ressources humaines des hôpitaux du Jura,
- CH de Nevers, Cosne-sur-Loire, la Charité-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, CLD de Luzy, CLS de Saint Pierre-le-Moûtier et CHS Pierre-Lôo à La-Charité-sur-Loire, un emploi de DA chargé de la qualité, de la gestion des risques et de la filière médico-sociale du centre hospitalier de l'agglomération de Nevers,
- GH 70 , un emploi de DA chargé de la qualité/gestion des risques/affaires juridiques.

✓ ***Nominations :***
- HNF et CH de soins de longue durée de Bavillier : Agnès Cornillault
- EPSM de Sevrey : Elvan Uca
- CH de l'Agglomération de Nevers, Cosne-Cours-sur-Loire, Decize, Château-Chinon, Lormes, La Charité-sur-Loire, EPSM « Pierre Lôo », EHPAD de Saint-Pierre-le-Moûtier et de Luzy : Marion Ravet adjointe au directeur et directeur des systèmes d'information du GHT de la Nièvre

2- Administration préfectorale :
Mme Mélanie Peter, contrôleuse des armées, est nommée sous-préfète d'Avallon, pour une durée initiale de trois ans (JO du 31/10).

3- HNFC départ de Pascal Mathis :
Il avait succédé à Pierre Roche à la direction du GH70, il lui avait de nouveau succédé en 2020 au moment de la crise covid, à la direction de l'hôpital Nord Franche Comté (HNFC) : Pascal Mathis a décidé de prendre sa retraite au terme d'une brillante carrière.

Apres une solide formation qui l' a conduit de Science Po Nancy , à l'IRA de Metz, à l'EHESP de Rennes et enfin à l'institut des hautes études de protection sociale, Pascal Mathis entreprend en 1989 une brillante carrière à la tête d'hôpitaux publics.
A l'HNFC il a porté 4 grands chantiers: l'extension et la restructuration des urgences, le regroupement des activités de cancérologie sur Trévenans, la reconfiguration du site du Mittan à Montbéliard, et enfin la reconstruction du service de SMR du CH de soins de longue durée « Le Chênois » de longue durée de Bavilliers lié à l'HNFC par une convention de direction commune.
Il a initié et conduit bien d'autres projets : le remplacement des équipements d'imagerie et de médecine nucléaire, le développement de l'hospitalisation de jour, la création d'une formation de manipulateur de radiologie médicale et la participation à la création de l'UFR d'odontologie de Besançon.. la liste n'est pas exhaustive.
Déjà en Haute Saône il avait été à l'origine de l'expérience de la « responsabilité populationnelle » portant sur le diabète, menée sous l'égide de la FHF. Il a importé le concept en Nord FC pour l'insuffisance cardiaque.
Défenseur de l'hôpital public, ses interventions en CSOS étaient toujours pertinentes.
Du point de vue de la démocratie en santé il a été à l'origine de la « Maison des Usagers » qui fait toujours référence dans le milieu hospitalier.
Enfin les RU de l'HNFC ont toujours trouvé auprès de lui une écoute attentive et la volonté de les associer à ses nombreux projets.
Nous souhaitons à Pascal Mathis une excellente retraite qui ne restera certainement pas inactive.
Il devrait être remplacé par Mme Agnès Cornillault actuellement directrice du CH d'Auxerre.
En attendant qu'elle prenne ses fonctions , l'intérim reste confié à Laurent Mouterde directeur adjoint.

4- Téléexpertise en santé mentale:

Le CHU de Besançon lance un centre ressources en santé mentale dédié à la dépression résistante et aux troubles bipolaires, accessible via la plateforme TELMI, à l'ensemble des psychiatres hospitaliers et libéraux ainsi qu'aux médecins généralistes libéraux du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort.
Grâce à ce dispositif, les professionnels peuvent solliciter l'avis d'une équipe experte, avec une réponse garantie sous 72 heures (du lundi au vendredi, hors jours fériés, de 8h30 à 18h00).
La demande doit être accompagnée de l'évaluation du patient et de sa dernière ordonnance**.**

5- La Beline ferme le site de Salins les Bains :

La Beline est un établissement de SMR géré par l'Union pour la gestion des établissements des caisses d'Assurance maladie (UGECAM) de Bourgogne-Franche-Comté. de BFC et implanté à Salins les Bains.
Spécialisé dans la prise en charge des troubles alimentaires et de l'obésité pédiatrique, cet établissement bien connu dans la région, recevait des jeunes de 4 à 18 ans en :

- ✓ hospitalisation de semaine avec scolarisation sur les écoles de Salins les bains,
- ✓ hospitalisation de jour,
- ✓ hospitalisation selon des périodes définies avec la famille et les partenaires (hospitalisation séquentielle),
- ✓ hospitalisation sur les petites vacances scolaires (11 jours),
- ✓ hospitalisation sur les vacances de juillet (3 semaines).

Depuis le 16 octobre l'hospitalisation complète sur le site de Salins-les-Bains, a été suspendue au motif que « les conditions d'accueil ne pouvaient plus être assurées de manière optimale. »
En compensation, une antenne a été ouverte à Besançon sur le site de la CPAM qui offre une prise en charge à domicile avec l'équipe mobile et en accueil de journée.
Cet situation anticipe le projet déjà ancien de transférer cet établissement à Besançon en 2027.

6- Des difficultés d'accès à la biologie :

Il n'y a pas que l'accès aux soins qui connaisse des difficultés ; il peut arriver qu'elles soient aggravées par des difficultés d'accès aux examens de biologie.

A Salins les Bains :

C'est la cas de la ville de Salins les Bains (2 500 habitants). Ce n'est pas tout à fait un désert médical avec ses 4 médecins, son dentiste, son ophtalmologiste, ses 2 kiné, ses 5 infirmières, ses 2 pharmacies, son entreprise de transport sanitaire, mais depuis le 22 aout, son laboratoire d'analyse est fermé.

Bio Groupe , le gestionnaire decelaboratoire, invoque le manque de biologistes et la baisse de la patientèle, pour justifier une fermeture temporaire de trois mois, sans pour autant promettre une réouverture prochaine.

L'impact est double :

- ✓ pour la population qui doit faire une quinzaine de km pour trouver un laboratoire,
- ✓ pour les infirmières libérales qui doivent prendre le relais des prélèvements avec la difficulté que représentent les prélèvements qui doivent être centrifugés et/ou réfrigérés.

Le maire a demandé à l'ARS de faire un audit de Bio Groupe pour comprendre les véritables raisons de cette fermeture.

A Seurre :

La situation semble identique à Seurre (2350 habitants).

Le groupe Cerballiance (734 laboratoires en France) y faisait fonctionner un centre de prélèvements qui fonctionnait quelques heures par jour et qui a lui aussi fermé ses portes avec les mêmes inconvénients

La financiarisation de la biologie médicale :

Ces 2 exemples illustrent les conséquences de la financiarisation de la biologie médicale en France qui a entrainé le rachat, par de grands groupes, d'une multitude de laboratoires indépendants.

Le nombre de structures juridiques a drastiquement diminué dans ce secteur : alors qu'on en comptait 2 625 à la fin de l'année 2009, elles n'étaient plus que 377 à la fin de l'année 2021.

A la même date, les six plus grands groupes de biologie privés (Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilabs) concentraient à eux seuls 62 % des sites de biologie médicale recensés sur le territoire national. (*source : rapport d'information au Sénat « financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? septembre 2024)*

7- Le CHU de Besançon souhaite connaitre son image :

Préalablement au lancement de son projet d'établissement le CHU de Besançon lance une enquête auprès du public.

Il suffit de répondre à un questionnaire en ligne sur son site.

8- Maltraitance en EHPAD :

A l'EHPAD Granvelle à Besançon :

Dans la lettre n°97 (§10-7) de septembre, nous rapportions comment dans la nuit du 8 au 9 août, les 96 résidents d'un EHPAD Granvelle du groupe DomusVi, de Besançon ont été livrés à eux-mêmes pendant une nuit entière, sans aucun personnel pour les surveiller et les assister.

Le 10 octobre FR3 BFC a rapporté des témoignages de plusieurs familles d'anciens résidents, dénonçant des situations de maltraitance subies par leurs proches dans cet établissement, et un quotidien bien loin des valeurs affichées par le groupe sur son site « depuis plus de 40 ans nous sommes convaincus que l'humanité partagée est la clé pour toujours mieux prendre soin ».

Interrogée par France 3 Franche-Comté avant les événements d'août 2026, l'ARS expliquait que l'établissement « *se conforme à ses obligations de déclaration des événements indésirables dans le cadre du suivi de la qualité des soins, et apporte les réponses appropriées aux sollicitations de l'ARS ».*
Apres les événements d'aout, une visite de contrôle de l'EHPAD a été conduite [...] le 24 août dernier et « un plan d'actions correctrices et préventives a été demandé à la direction par les autorités, qui ont également recommandé la suspension temporaire des admissions, dans un contexte de fortes tensions sur les ressources humaines ».
En septembre dernier la petite-fille d'un résident a appris que l'enquête préliminaire pour défaut de soin et/ou maltraitance après le témoignage de. avait été classée sans suite sur décision du magistrat instructeur le 24/03/2025, après une « *enquête approfondie* ».

Et ailleurs :
Il n'y a pas qu'à l'EHPAD Granvelle que se rencontrent des situations de maltraitance : d'autres cas nous ont été rapportés.
Nous avons l'exemple d'un signalement de maltraitance effectué en ligne sur la plateforme de l'ARS, il y a 3 mois , et qui n'a reçu, à ce jour (30 octobre) d'autre suite qu'un numéro de dossier.

L'engagement de la CRSA :
Dans un avis rendu en auto-saisine le 8 avril 2022 « concernant la bientraitance dans les Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) », la CRSA rappelait que « la bientraitance et la maltraitance de personnes vulnérables sont un sujet de fond qui ne doit pas être évoqué uniquement sous le coup de l'émotion en réponse à une actualité ou un emballement médiatique. Ils doivent être un sujet de préoccupation permanente ». Elle prévoyait la mise en place d'un groupe de travail qui n'a jamais vu le jour.

La nouvelle commission spécialisée de l'accompagnement médico-social (CSMS) mise en place le 6 octobre pourrait se saisir du sujet du traitement des plaintes et réclamations .

8 Brèves :

1- PLF et PLFSS

Les projets de loi de finances (PLF) de l'état, et le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ont été présentés en conseil des ministres le 1° octobre et déposés le jour même sur la bureau de la présidente de l'assemblée nationale.
Pour le budget de l'Etat, le gouvernement prévoit 43 milliards d'euros de *« mesures de redressement »* des finances publiques dans son projet de budget pour 2027, dans l'objectif de ramener le déficit à 5 % du PIB en 2027, contre 5,6 % prévu pour 2026.

Pour la PLFSS, le gouvernement affiche l'intention de ramener le déficit de la sécu de 21,8 milliards en 2026 à 12,7 en 2027.
Des efforts sont demandés à tous les acteurs : établissements de santé, groupes pharmaceutiques, professionnels de santé, assurés sociaux, qu'ils soient actifs ou non.

Les retraités :
Pour les retraités la cible est une économie de 5,5 milliards. Seules les pensions n'excédant pas 1 260€ par mois seraient indexées sur l'inflation ; au-delà leur augmentation fera l'objet d'une discussion parlementaire.
L'autre moyen était la suppression (dans le PLF) de l'abattement fiscal de 10% dont bénéficient certains pensionnés, mais les députés l'ont « retoqué » en commission.

L'ONDAM devrait passer de +3,1% en 2026 à + 2% en 2027 (3% pour les établissements de santé), générant une économie de 5 milliards d'euros sur les dépenses de santé.
Le gouvernement n'a pas attendu le PLFSS pour agir puisque durant l'été , et par voie réglementaire, il a augmenté le plafond des franchises médicales et des participations forfaitaires (cf. lettre 98).

Les arrêts de maladie :
Un pas supplémentaire été franchi dans l'encadrement des arrêts de travail. Alors que les dépenses d'indemnités journalières ont atteint 12 milliards d'euros en 2025, l'objectif affiché est de réussir à dégager 2 milliards d'économies, en incluant ce qui est pris en charge par la branche accidents du travail-maladies professionnelles.
Les arrêts de longue maladie sont également dans le viseur : le PLFSS, entend renforcer la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil de l'Assurance-maladie.

La taxe soda :
Une taxe sur les produits sucrés avait été instaurée par un amendement au PLFSS de 2026 . Pour 2027, le gouvernement soutient l'extension de cette taxe soda aux produits sucrés et transformés. Il en attend entre 200 millions et 300 millions d'euros de recettes.

Les médicaments :
Les groupements de pharmacies, qui permettant notamment aux pharmacies qui en font partie de bénéficier d'achats mutualisés de médicaments, seront mis à contribution. Il est prévu de récupérer 100 millions d'euros en 2027 par le biais d'une contribution sur leurs flux financiers.
Sur les traitements innovants mais coûteux, notamment contre les cancers et les maladies rares, le gouvernement cherche à dégager davantage de marges de manœuvre, qui représenteront 16 milliards d'euros de dépenses en 2027. S'appuyant sur l'expertise de la HAS, il prévoit de mettre en place une *« règle d'or »* visant à réévaluer régulièrement le panier de médicaments remboursés.

Prestations familiales :
Elles n'échapperont pas au coup de rabots :deux pistes principales sont mentionnées, pour diminuer la facture de 1,6 milliard d'euros. Elles concernent la réforme de l'allocation de rentrée scolaire et le gel des prestations familiales.

Cotisations sociales :
Le texte coupe, à nouveau, dans les allégements de cotisations sociales accordés dans l'espoir de rapporter environ 3,7 milliards d'euros.
Elle alloue près de 868 millions d'euros (M€) supplémentaires, portant le taux de délégation à 97 % des crédits
de dotations budgétés au sein de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

2- PLFSS : un parcours chaotique
Apres avoir été rejeté par la commission des affaires sociales, le PLFSS est arrivé en débat à l'assemblée nationale le 20 octobre.

Le rejet par l'assemblée nationale :
Le 23 , les députés ont rejeté la partie recettes (115 contre , 1 pour) ce qui revient à rejeter le texte dans son intégralité, sans examiner la partie dépenses.
Auparavant, ils avaient supprimé l'essentiel des mesures du gouvernement, de la taxe sur les produits sucrés à la reconduction d'une contribution des mutuelles.

Il sera maintenant examiné dans sa version initiale par le Sénat à partir du 9 novembre.

Un compromis difficile
L'an dernier, le premier ministre avait réussi à faire adopter le budget de la Sécurité sociale, au prix d'un accord avec le PS en contrepartie la suspension de la réforme des retraites.
Cette année, aucun compromis ne semble se dégager, et le gouvernement paraît condamné à recourir à l'article 49 alinéa 3, au risque d'une censure, ou à prendre la voie de l'ordonnance budgétaire, pour faire passer le budget sans aucun vote.

3- Etablissement de santé : délégations de crédits
La circulaire budgétaire « relative à la deuxième phase de délégation des crédits de dotations aux établissements de santé pour 2026 » a été publiée le 12 octobre (44 pages)
file:///C:/Users/33770/Downloads/SFHH2624079C-1.pdf

Sans descendre dans le détail , retenons qu'elle alloue près de 868 millions d'euros (M€) supplémentaires, portant le taux de délégation à 97 % des crédits de dotations budgétés au sein de l'ONDAM des établissements de santé.
Les principaux secteurs bénéficiaires sont les suivants :
- ✓ Recherche et innovation : 574M€
- ✓ Politiques prioritaires de santé publique : 129M€ dont
  - Psychiatrie et santé mentale : 7M€ pour le financement des filières psychiatriques au sein du service d'accès aux soins (SAS) et le déploiement des équipes mobiles de crise.
  - Plan maladies rares : 21 M€
  - HAD : 8 M€ pour les patients atteints de maladies neurodégénératives, 8 M€ pour les traitements coûteux, et 4 M€ pour le soutien apporté à l'HAD réadaptation,
  - AMP : 42 M€
  - centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ou préimplantatoire (23 M€)
- ✓ Ressources humaines : 12,3M€
- ✓ Soutien aux établissements en difficultés financières : 114 M€ (supplémentaires)

4- Dépistage des maladies à la naissance :
Le dépistage néonatal (DNN) fait déjà l'objet d'un programme national pour détecter et prendre en charge 16 maladies graves de l'enfant dès la naissance.
La HAS a annoncé dans une note de cadrage adoptée le 30 septembre qu'elle va évaluer *"l'opportunité d'un dépistage à la naissance en population générale"* de cinq nouvelles maladies rares de la famille des lysosomales ou peroxysomales : des pathologies *« très graves, souvent associées à une atteinte progressive du système nerveux central et périphérique* ».
La HAS a prévu de mobiliser un groupe de travail, un panel d'experts externes et de soumettre le projet de recommandation en consultation publique auprès des parties prenantes, pour une recommandation à intervenir début 2027.

5- 79 000 médecins supplémentaires entre 2025 et 2040
L'espoir pointe : dans un communiqué de presse du 6 octobre, la DREES prédit 79 0000 médecins supplémentaires entre 2025 et 2040.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/261006-projections-effectifs-m%C3%A9decins-moins-70-ans-activite-horizon-2070

La DREES diffuse des données détaillées sur les projections d'effectifs de médecins de moins de 70 ans en activité à l'horizon 2070 présentées avec des données sur la démographie médicale depuis 1991.

La démographie médicale attendue en 2040 est en grande partie déjà déterminée par le nombre actuel de médecins en exercice et d'étudiants en médecine. Dans le scénario tendanciel le nombre de médecins en activité et d'étudiants en troisième cycle atteindrait 351 300 en 2040.

6- Concours de l'internat en médecine : campagne 2027

Les après-midi du 12 au 15 octobre, les étudiants en fin de 5° de médecine, après des semaines de révisions et de stress intenses ont passé les épreuves dématérialisées (des QCM) du concours national de l'internat.

Ils étaient 11 548 (dont 253 à Besançon)en augmentation sensible par rapport aux épreuves de 2025, due (on peut le supposer) à la suppression du numérus clausus .

Ces épreuves nationales(EN) se sont substituées aux épreuves classantes nationales (ECN) à compter de l campagne 2024, à la suite de la réforme des études du 2° cycle.

Il devront encore passer en juin 2027 les épreuves des « examens cliniques objectifs et structurés » (ECOS) qui compteront pour 30% de la note finale.

La procédure nationale d'appariement (choix de l'affectation, dans une spécialité et une subdivision territoriale) 2027, organisée, sous la responsabilité du Centre national de gestion (CNG), interviendra après la publication, au journal officiel, des résultats par rang de classement (généralement fin aout). Chaque étudiant est invité à faire au minimum 40 vœux.

Les nouveaux internes seront affectés à partir du 1° novembre 2027.

7- Réforme de l'accès aux études de santé : non à la précipitation

Mis en place à la rentrée 2020, le système PASS/LAS (parcours d'accès spécifique aux études de santé/ licence accès santé) aux études de santé a montré ses limites et suscité de nombreuses critiques.

En avril les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur ont annoncé un nouveau dispositif pour la rentrée 2027.

Les 2 voies du système PASS/LAS devraient être remplacées par une voie unique : la « licence portail santé ».

La procédure actuelle d'accès poursuit deux objectifs qui relèvent de logiques différentes : valider une année de licence et sélectionner les étudiants admis en filières de santé. Le projet de réforme confirme cette contradiction.

De plus elle induit une réorganisation d'une grande complexité : répartition entre les licences, enseignements, emplois du temps et évaluations, responsables de formation et jurys, adaptation des systèmes d'information et de Parcoursup…et même les places dans les amphithéâtres.

Aussi, dans une tribune publiée dans Le Monde du 24 octobre un collectif de représentants des conférences de doyens de santé (médecine, pharmacie, odontologie) estime que vouloir remplacer le système PASS-L.AS dès la rentrée 2027, alors que les textes définitifs n'ont toujours pas été publiés, relève de l'« obstination déraisonnable ».

8- Un observatoire de la désinformation en santé :

Le 21 octobre, la ministre de la santé a annoncé la création d'un « observatoire de la désinformation en santé ».

Son objectif : identifier les fausses informations, les documenter et y répondre, avec *« la science pour boussole ».*

Il s'intègre dans la « stratégie nationale de lutte contre la désinformation en santé » annoncée en janvier.

Il sera piloté par la directrice générale de la recherche, de l'innovation et du numérique en santé, et par le directeur général de la santé (DGS).

Il ne disposera d'aucun moyen particulier. La veille sera opérée par la direction de la communication et une *« communauté d'acteurs publics »*, dont les ARS, qui devront faire remonter des signaux de désinformation sur les réseaux sociaux ou sur le terrain.

Des médecins et experts pourront ensuite produire des éléments de réponse diffusés sur Internet.

9 Publications et bibliographie :

1- «Elaborer le projet personnalisé d'accompagnement dans le dossier usager informatisé » :

La HAS a publié un guide pour «élaborer le projet personnalisé d'accompagnement (PPA) dans le dossier usager informatisé (DUI) ».
Synthèse (6 pages) :
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-06/dir1/synthese_guide_elaborer_le_ppa_dans_le_dui_mai_2026.pdf

Le DUI est à la personne accompagnée dans un établissement médico-social ce que le dossier patient informatisé (DPI) est au malade en établissement de santé.

Un processus dynamique :
Le PPA est un processus dynamique qui se traduit par la collecte d'un ensemble d'informations se matérialisant, in fine, sous la forme d'un document.
Cette démarche répond aux questions suivantes, posées par l'équipe interdisciplinaire à la personne accompagnée : qu'allons-nous faire ensemble ? quel est votre projet et comment allons-nous mettre en œuvre les moyens de le faire vivre ?
Avec l'accord de la personne, il est possible d'associer la famille et les proches aidants à l'élaboration puis à l'évaluation du PPA.

Les 9 étapes :
- Informer :

Fournir une information claire et adaptée à la personne accompagnée sur l'élaboration et l'utilité du PPA
- Recueillir :

les besoins, attentes et désirs de la personne accompagnée
- Centraliser :

les observations, bilans et évaluations réalisés par les professionnels dans le DUI
- Analyser et co-construire

analyser les attentes, désirs et besoins identifiés et co-construire les objectifs
- Elaborer et programmer

formuler des objectifs, prévoir les actions et moyens pour mettre en œuvre, et prévoir des indicateurs ou des résultats attendus factuels et observables.
- Co-valider et formaliser

valider le PPA avec la personne accompagnée en veillant à sa compréhension et formaliser l'accord,
- Réviser et mettre à jour

réviser le PPA pour répondre aux réalités du quotidien : évolution des actions et moyens, abandon ou ajout d'un objectif
- Partager et échanger : voir infra
- Co-évaluer et actualiser

co-évaluer avec la personne accompagnée le PPA et l'actualiser (recommencer le processus d'élaboration

Renseigner les informations du PPA dans le DUI :
Le DUI joue un rôle central dans l'enregistrement et le recueil des informations relatives à l'accompagnement de la personne.
Il regroupe l'ensemble des informations relatives à la connaissance, l'accompagnement de la personne, mais toutes ces informations ne constituent pas le PPA.

Il convient de structurer les informations du PPA dans le DUI selon la trame nationale.

Protéger les informations du PPA, les partager et les échanger de façon sécurisée
Les informations du PPA sont confidentielles. La personne accompagnée reçoit une version complète du PPA dans un format accessible. Les professionnels accèdent aux informations dans le cadre de matrices d'habilitation.
Dans le cas d'un partage ou d'un échange avec un tiers, le PPA n'est pas partagé ou échangé dans sa globalité. Chaque objectif peut être partagé, séparément.
Ces documents ou échanges de données peuvent être envoyés par la messagerie sécurisée de santé (MSS), versés au DMP ou dans des espaces numériques dédiés.

Focus éthique :
Les personnes accompagnées expriment un besoin de maîtrise de leurs choix, de leur projet et de ce qui est partagé ou non de leur vie.
Elles ne souhaitent pas forcément les rendre visibles ou partageables à l'ensemble des partenaires.
Le respect de la vie privée et du secret des informations n'est pas seulement une obligation légale: c'est un principe éthique fondamental qui protège la dignité et l'intimité de la personne accompagnée.
Il fonde la relation de confiance et engage chaque professionnel à une utilisation mesurée, pertinente et bienveillante des informations confiées, uniquement dans l'intérêt de la personne.

Cette démarche est intellectuellement séduisante, mais on mesure la difficulté à la mettre en œuvre pour chaque personne accompagnée dans un établissement médico-social .
On pourrait toutefois la recommander vivement aux utilisateurs du dossier eTicss qui contient aussi un projet personnalisé (co-construction, accord de la personne, accès de la personne à son projet…).

2- La situation financière des EHPAD publics fin 2025 (FHF) :

Pour la 4° année consécutive, la FHF a mené une enquête sur la situation financière des EHPAD publics fin 2025 dont elle vient de publier les résultats (12 pages)
https://www.fhf.fr/sites/default/files/2026-10/FHF%20%E2%80%93%20Enqu%C3%AAte%20EHPAD%202025%20%E2%80%93%20Situation%20financi%C3%A8re_29092026.pdf

Les données présentées proviennent des réponses collectées auprès de 741 EHPAD publics adhérents de la FHF, répartis dans l'ensemble des régions et représentant plus de 101 000 places d'hébergement permanent, soit 42 % des places d'EHPAD publics relevant de la fonction publique hospitalière.
Les principaux enseignements :
- ✓ Une reprise de l'activité qui se poursuit en 2025 avec un taux d'occupation moyen des EHPAD publics de 94,5 %, en stabilité par rapport à 2024,
- ✓ Une majorité d'EHPAD publics en déficit en 2025 :

6 EHPAD publics sur 10 sont en déficit en 2025 (contre 7 sur 10 en 2024 et 8 sur 10 en 2023), après prise en compte des aides exceptionnelles reçues.

- ✓ Des déficits concentrés sur les sections hébergement et dépendance :

65% des EHPAD sont déficitaires sur la section hébergement et 83 % sur la section dépendance. A l'inverse, 1 EHPAD sur 4 seulement est déficitaire sur la section soins.

- ✓ Un déficit moyen à la place qui reste massif :
  Un déficit moyen de 2 952 € par place en 2025, en légère amélioration par rapport à 2024. Toutes sections confondues, le déficit pour les seuls EHPAD publics, peut être estimé à environ 400 M€.

3- Entrée en EHPA : moins d'attente

Le n° 1 391 d'octobre d' « études et résultats » de la DREES analyse le temps d'attente pour une entrée en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
file:///C:/Users/33770/Downloads/ER1391_Temps_d'attente_EHPA.pdf

Situation générale des EHPA :

En 2023, sur les 133 800 personnes entrées en EHPA la moitié ont attendu moins de 27 jours pour obtenir une place et un quart plus de 70 jours.
Le temps médian d'attente a baissé de 3 jours entre 2019 et 2023, après avoir diminué de 6 jours entre 2015 et 2019.
Avec un temps d'attente médian de 18 jours, l'hébergement temporaire est accessible plus rapidement que l'hébergement permanent (28 jours).

En EHPAD :

Les EHPAD représentent 71 % des établissements et 80 % des places installées de l'hébergement pour personnes âgées. 90 % des résidents sont en mode d'hébergement permanent.
L'attente pour y entrer a diminué, passant d'un délai médian de 31 jours en 2015 à 26 jours en 2023. Pour les établissements privés lucratifs le délai médian était de 12 jours.

Des disparités :

Les délais pour entrer en hébergement permanent en EHPAD sont plus longs dans les Alpes et le Nord-Ouest.
Ces disparités locales s'expliquent davantage par des différences dans l'offre médico-sociale (tarif, politique de maintien au domicile) que par des différences de taux d'équipement en places d'EHPA.
L'attente avant l'entrée en EHPAD dépend aussi de l'état de santé et du niveau d'autonomie.
L'admission est aussi plus rapide après une hospitalisation que depuis le domicile.
En 2023, la moitié des résidents entrés dans un EHPAD privé à but non lucratif ont attendu moins de 35 jours pour obtenir une place lorsqu'ils venaient de leur domicile ou de celui d'un proche, contre seulement 21 jours en venant d'une unité hospitalière de court séjour. En EHPAD publics ces délais étaient respectivement de 35 et 19 jours.

4- Le ALD en 2025 (DREES)

Le n° 1388 d'octobre, d'« Etudes et Résultats » publié par la DREES est consacré à la prise en charge à 100% des affections de longue durée (ALD) en 2025. (6 pages).
file:///C:/Users/33770/Downloads/ER1388_ALD.pdf

Créé en 1945, le dispositif des ALD vise à alléger la charge financière que représentent les pathologies graves chroniques pour les malades, en les exonérant du « ticket modérateur », la partie normalement remboursée par la complémentaire santé.
Pour tous les soins liés à ces pathologies, l'Assurance-maladie les rembourse à 100 % (hors dépassements d'honoraires, franchises et participations forfaitaires)

19,7 milliards en 2025 :

En 2025, les bénéficiaires du dispositif d'ALD représentent 22 % (soit 15 millions) des assurés de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et 67 % des 189 milliards d'euros de dépenses de santé remboursables au sens de l'AMO, (dépenses en lien avec l'ALD et hors lien confondues).
Le coût du dispositif ALD s'est élevé à 19,7 milliards d'euros en 2025, soit 1 300 euros en moyenne par assuré en ALD.
La dépense remboursable par assuré est 7 fois plus élevée pour les assurés en ALD que pour les autres assurés.

En 2025, la part des dépenses des assurés en ALD en lien avec leur pathologie est de 71 %, soit un montant remboursable de 90 milliards d'euros intégralement pris en charge par l'Assurance Maladie.

Cancer et diabète : les ALD les plus fréquentes
En 2025, 6 ALD sur 30 regroupent un nombre particulièrement élevé d'assurés.
La plus fréquente est le diabète, avec 4,0 millions de personnes (soit 27 % de la population assurée en ALD).
Viennent ensuite le cancer, avec 2,8 millions de personnes (18 %) puis les affections psychiatriques de longue durée, telles que la dépression chronique, les troubles bipolaires, l'autisme ou l'anorexie mentale, regroupant 1,8 million de personnes (12 %).
Les 3 trois ALD relevant des maladies cardiovasculaires : les insuffisances cardiaques et cardiopathies, les maladies coronaires ainsi que les artériopathies, concernent de 4,2 millions de personnes.

Une augmentation de plus en plus rapide :
Portée par le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence de certaines pathologies et le coût des traitements, la part du dispositif ALD s'accroît continuellement dans le financement des dépenses de santé.
En 2025, son coût (19,7 milliards d'euros) , présente une hausse de 72 % en euros courants depuis 2015 (+5,5 % par an en moyenne).
Cette dépense augmente plus vite que la dépense courante de santé au sens international DCSi) qui s'établit à 40 % sur dix ans, soit 3,5 % par an en moyenne.

5- Les dépenses de santé en 2025

Chaque année la DREES publie les résultats des comptes de la santé. L'édition 2026 pour les dépenses de santé en 2025 est arrivée (265 pages).
file:///C:/Users/33770/Downloads/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202025.pdf

Ce document est la référence
Apres une vue d'ensemble et il regroupe 31 fiches réparties en 10 chapitres

- Les agrégats des dépenses de santé
- Le financement des dépenses de santé
- Les soins hospitaliers
- Les soins courants en ville
- Les activités techniques et auxiliaires (biologie, imagerie, transports)
- Les biens médicaux den ambulatoire (médicaments ; optiques, audioprothèses)
- Les autres dépenses de santé : soins de longues durée, prévention, frais de gestion du système de santé
- Comparaisons internationales,
- Les dépenses de santé par âge et sexe
- Evolutions des dépenses depuis 2015

Vue d'ensemble
En 2025, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'élève à 353 milliards d'euros en France, soit 11,8 % du PIB. Elle augmente de 3,3 %, un peu moins qu'en 2024 (+3,5 %).
Les dépenses de médicaments et les soins courants en ville ralentissent, tandis que les dépenses de prévention rebondissent et les dépenses de soins de longue durée (SLD) sont de nouveau dynamiques.
En 2025, la DCSi progresse plus vite que le PIB, de sorte que le poids des dépenses de santé dans le PIB augmente, de 11,7 % à 11,8 %.

Sur le périmètre de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM), soit 256 milliards d'euros en 2025, les dépenses de santé ralentissent en valeur à +2,7 %, après 3,5 % en 2024
La structure de financement de la DCSi est stable. Les administrations publiques financent 77,4 % des dépenses de santé, comme en 2024. La part des dépenses financées par les organismes complémentaires (OC) augmente légèrement (12,3 %, après 12,2 % en 2024), en miroir du taux de reste à charge des ménages qui diminue légèrement (9,7 % après 9,8 % en 2024).
la DCSi augmente moins en France que dans l'ensemble de l'Union Européenne (+5,9 %). En revanche, la part des dépenses de santé dans le PIB demeure plus élevée en France (11,8 %) que dans l'Union européenne (UE) [10,5 %].
Concernant le financement, la France se caractérise par une prise en charge publique plus élevée que dans le reste de l'UE (74,3 % en moyenne dans l'UE en 2024), par un reste à charge des ménages plus bas (14,8 % en moyenne dans l'UE en 2024), et par une part plus élevée des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires (10,9 % en moyenne dans l'UE en 2024).

6- « Construire un système de prévention primordiale » rapport au 1° ministre

Par lettre du 13 janvier 2026, le 1° ministre a confié à Cyrille Isaac-Sibille, député du Rhône la mission de dresser un état des lieux transversal permettant d'analyser le pilotage, le déploiement et les résultats des politiques de prévention primordiale, et de formuler des propositions opérationnelles et évaluables dans le temps.
Ce rapport a été élaboré avec un groupe d'experts dont Franck Chauvin, professeur de santé publique, Jean Jacques Coiplet (référent organisation régionale)
Le député a remis son rapport (341 pages) le 13 juillet
https://drive.google.com/file/d/18d56QcIqmGjc277uoWT6lDX2GCY4x8l4/view

Le constat de base : « un paradoxe français : une excellence dans le soin, mais une santé globale qui se dégrade sous l'effet d'une prévention négligée ».

Le rapport comporte 3 parties dont nous ne rapportons que les titres

- ✓ *Etat des lieux :*
  - Peu de traduction en politique publique d'une ambition de prévention primordiale désormais revendiquée par tous
  - Comment expliquer la faible efficacité des politiques de prévention ?
  - L'émergence d'une prévention personnalisée soutenue par l'intelligence artificielle

- ✓ *Ce que nous enseigne la science et les publications internationales*
  - La santé des population (Population Health)
  - Les principes d'actions
- ✓ *Changer de doctrine : passer d'un système de soins à un système de santé*
  - Si rien ne change : les conséquences et le coût de l'inaction qui se dégrade du fait d'une prévention négligée
  - Adopter une nouvelle doctrine pour une santé globale
    - Faire des lieux de vie des environnements favorables à la santé
    - Se donner des priorités en agissant sur les déterminants de santé
    - Le pilotage de la politique de prévention primordiale
    - Changer de gouvernance
    - Financer la prévention primordiale : construire un modèle économique lisible, durable, orienté vers les résultats
    - Prévention personnalisée : tirer parti de l'intelligence artificielle tout en garantissant un cadre public de confiance.

In fine le rapport présente 48 recommandations détaillées.

Un travail de référence malheureusement passé sous un total silence

10 Agenda de novembre :

- ***2 novembre :*** 17-19h CTS 70 bureau salle du conseil CPAM

- ***3 novembre :*** 14h -15h30 webinaire de France Assos Santé

  Conditions d'un mandat réussi de RU :
  Point de vue des établissements

  Seront présentés les résultats complets de l'enquête qualitative menée par une équipe de recherche du MBA Santé de l'Université Paris Dauphine et de croiser ces données avec celles de l'enquête quantitative menée par Sciences Po sur le même sujet auprès de 1 200 RU.
  Inscription :
  https://events.teams.microsoft.com/event/c6450f38-113b-4c6d-ad30-efd4648b8cdb@41c84472-e43e-4e9b-a5d4-70f7a838615d?source=copyLinkLegacyShareLinkDialog

- ***5 novembre :*** Journée régionale des représentants des usagers (France Assos Santé)
  France Assos Santé Bourgogne BFC organise le 5 novembre la 4ème Journée régionale des représentants des usagers sur le thème :

  « Ensemble, créons les conditions d'un mandat de RU réussi ».

  Une journée ouverte à l'ensemble des représentants des usagers (RU) de la région et aux professionnels des établissements de santé pour étudier les conditions permettant aux RU de remplir leurs missions, dans un contexte où leur engagement est devenu incontournable au sein du système de santé.

- ***6 novembre :*** Directives anticipées en psychiatrie
  Le 6 novembre, l'ANAP organise un webinaire (13-14h) sur les directives anticipées en psychiatrie « passer de l'intention à l'action »
  Sont surtout concernés les professionnels du secteur de la psychiatrie , mais pourquoi les RU dans ces établissements n'y auraient-ils pas accès ?
  Inscription : voir site ANAP

- ***19 novembre :*** « Améliorer les parcours de santé des usagers »
  Formation France Assos Santé. En présentiel à Dijon de 9h30 à17h
  Destinée aux RU et/ou bénévoles associatifs siégeant dans les instances territoriales de santé : Conseil territorial de santé (CTS), Groupement hospitalier de territoire (GHT), Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), ou au sein d'un dispositif d'appui à la coordination (DAC).
  Inscription et renseignements aux conditions habituelles.

- ***20 novembre :*** « Regards croisés sur les données de la maltraitance à enfants »
  Dans le cadre de la Journée internationale des droits de l'enfant, le CHU de Dijon et l(association SERENA organisent 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

- ***26 novembre :*** 14h CTS 89 bureau locaux ARS

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