

SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS

➤ Généralisation du dépistage du cytomégalovirus :

La **mise en place d'un programme de dépistage systématique du cytomégalovirus (CMV) chez la femme enceinte** a été adoptée par le Parlement avec la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Depuis juin 2025, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise un tel **dépistage, pour les femmes dont le statut sérologique est inconnu ou négatif**. Pour compléter le parcours des femmes enceintes, la HAS a publié, le 4 août, des recommandations de bonne pratique condensées dans une **fiche mémo**, visant à réduire les risques de transmission au futur bébé.

Elles précisent notamment :

- quand prescrire une sérologie et comment interpréter ses résultats ;
- la conduite à tenir en cas de primo-infection récente ;
- les modalités de traitement et de suivi de la grossesse ;
- l'importance d'informer précocement les futurs parents sur les gestes permettant de limiter la transmission du virus.

Par ailleurs, un traitement antiviral, hors autorisation de mise sur le marché dans cette indication, est mis en avant en raison de l'absence de signal de tératogénicité. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est en train de rédiger pour ce traitement un cadre de prescription.

A noter que la HAS se positionne en faveur de la réalisation de cette prescription par les sages-femmes pour réduire le délai entre la confirmation du diagnostic et l'initiation du traitement.

Lien : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3748990/fr/depistage-du-cytomegalovirus-au-1er-trimestre-de-la-grossesse-prise-en-charge-et-suivi

➤ Actualisation du parcours de santé préconceptionnelle

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié fin juillet des **recommandations de bonne pratique sur la santé sexuelle et reproductive, structurées autour de la fertilité, de la santé globale (Volet 1) et de l'exploration de l'infertilité en première intention (Volet 2)**.

Ainsi, outre la santé périnatale et maternelle, le ministère de la Santé pilote un plan Fertilité. La réalisation effective de ce plan se caractérise par la **publication de ces recommandations de la HAS en deux volets**.

Un troisième volet est encore en cours d'élaboration. Il aboutira sur une actualisation de la consultation préconceptionnelle.

Lien : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3632767/fr/sante-sexuelle-et-reproductive-volet-1-fertilite-et-sante-globale-volet-2-infertilite-exploration-en-1ere-intention

➤ **En France, environ une femme sur cinq vivra une fausse couche au cours de sa vie**

En France, plus d'**une femme de 40-49 ans sur cinq a déjà vécu une fausse couche**, soit une femme sur quatre ayant déjà été enceinte. Les fausses couches terminent ainsi entre **10 et 14 % des grossesses**.

Une fausse couche, c'est-à-dire un arrêt précoce et spontané de grossesse, est un événement fréquent mais encore peu étudié. Le sujet est d'importance car l'expérience d'une fausse couche n'est pas banale et peut affecter durablement la vie des femmes et hommes concernés.

Une récente étude de l'Institut national d'études démographiques (Ined) appelle justement à repenser les soins délivrés et humaniser le parcours médical car ce traumatisme est loin d'être banal.

Or, l'étude souligne une **prise en charge souvent jugée inadaptée aux urgences gynécologiques**.

Les femmes interrogées évoquent notamment l'attente aux côtés de femmes enceintes, le manque d'informations et l'absence de suivi. Certaines rapportent aussi des paroles maladroites ou blessantes de la part des soignants.

L'Ined estime nécessaire de repenser les soins liés aux arrêts précoces de grossesse.

Le risque de fausse couche augmente fortement avec l'âge, surtout après 34 ans. L'institut rappelle, à cette occasion, que depuis septembre 2024, **un congé sans jour de carence existe**, mais il reste peu connu des soignants.

Des recommandations médicales sont en préparation pour améliorer le vécu des parcours de soins.

Lien : <file:///C:/Users/244086/Downloads/Ined%20-%20Environ%20une%20femme%20sur%20cinq%20vivra%20une%20fausse%20couche%20au%20cours%20de%20sa%20vie.pdf>

PERINATALITE

➤ **Généralisation des revues de morbi-mortalité en périnatalité**

Une instruction fixe au 1er janvier 2027 la date de **généralisation des revues de morbi-mortalité en périnatalité**. Elle précise les réflexions à conduire dans les services concernés pour préparer cette pratique.

Parue au Bulletin officiel Santé-protection sociale-solidarités du 7 août, cette instruction est transmise aux ARS pour atteindre l'objectif national de généralisation des revues de morbi-mortalité (RMM) en périnatalité.

La RMM concernera, à compter du 1er janvier 2027, l'ensemble des décès péri et néonataux inattendus au regard de la situation.

L'ensemble des maternités et les services de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie sont invités à se préparer à compter du 1er octobre 2026.

Lien : <https://bulletins-officiels.social.gouv.fr/instruction-ndeg-dgosp1dgssp1dreesosambesp2026106-du-4-aout-2026-relative-la-generalisation-des-revues-de-morbi-mortalite-rmm-en-perinatalite-dans-les-etablissements-de-sante>

➤ **IGAS : Une nouvelle organisation de la périnatalité dans les territoires**

Rendu en janvier et publié le 5 août, le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) apporte un nouvel éclairage sur la mortalité infantile et l'organisation de la périnatalité en France.

Il examine l'évolution de la périnatalité depuis une quinzaine d'années, dans un contexte marqué par un taux de mortalité infantile de 4 pour 1 000 en 2024.

La mission rappelle que les enjeux d'égalité d'accès aux soins, d'aménagement du territoire et de ressources humaines doivent être pris en compte, tout en affirmant que la santé publique constitue « l'impératif principal » de son analyse.

À partir des données disponibles et de l'analyse de l'organisation territoriale de l'offre de soins, le rapport constate une hausse de la mortalité infantile, principalement liée à l'augmentation de la mortalité néonatale.

Cette évolution s'inscrit dans un **phénomène multifactoriel**, combinant des facteurs démographiques, sociaux et économiques.

Le rapport met également en évidence :

- **des inégalités territoriales de santé**, particulièrement marquées dans les outre-mer et en Île-de-France ;
- **une mortalité infantile plus élevée en France que dans de nombreux pays européens.**

La mission écarte l'existence d'un lien direct entre l'organisation de l'offre de maternités issue des décrets de 1998 et la reprise de la hausse de la mortalité infantile observée depuis 2011.

Contrairement à certaines idées reçues, **les restructurations engagées depuis plusieurs décennies ne suffisent donc pas, à elles seules, à expliquer la dégradation des indicateurs.**

Le rapport souligne en revanche que **les difficultés de ressources humaines constituent le principal facteur explicatif des fermetures de maternités**, selon l'enquête menée par l'IGAS auprès des agences régionales de santé et détaillée en annexe.

La mission estime par ailleurs qu'**aucun modèle unique d'organisation territoriale optimale des maternités ne peut être retenu de manière convaincante.**

Pour réduire les risques de mortalité infantile, la mission recommande d'agir à toutes les étapes du parcours périnatal :

- en amont de la naissance, en **renforçant la prévention, le suivi de grossesse et le repérage précoce des situations à risque** ;
- après la naissance, en **améliorant la prise en charge des nouveau-nés les plus vulnérables** ;
- au niveau territorial, en **adaptant l'organisation de l'offre de périnatalité aux besoins locaux.**

Le rapport formule notamment les recommandations suivantes :

- **renforcer le rôle des services de protection maternelle et infantile (PMI) ;**
- **consolider le système d'information en périnatalité ;**
- **améliorer le parcours périnatal des femmes et des jeunes enfants ;**
- **mettre en œuvre un plan stratégique national de périnatalité pour la période 2027-2030.**

La mission recommande également de reconsidérer, après concertation avec les parties prenantes, la **possibilité d'installation des sages-femmes en libéral dès leur sortie d'école**, afin de renforcer les maternités.

Elle préconise en outre une **évaluation régulière des compétences individuelles des professionnels et de la qualité des soins, dans une logique de certification périodique étendue à l'ensemble des professionnels de santé.**

Enfin, elle appelle à l'élaboration, dans chaque territoire, d'un **diagnostic partagé afin d'adapter l'offre de périnatalité aux besoins locaux, selon une approche pragmatique fondée prioritairement sur les impératifs de santé publique.**

Lien : <https://www.igas.gouv.fr/organisation-de-la-perinatalite-dans-les-territoires-affirmer-une-logique-de-sante-publique>

➤ Périnatalité : Le décrochage français, et après ? Colloque HAS-ANM

L'Académie nationale de médecine et la Haute Autorité de santé unissent leurs expertises pour dresser un diagnostic partagé et ouvrir des perspectives d'action en organisant conjointement une rencontre unique mêlant expertise institutionnelle, retours d'expérience terrain et leviers d'action.

Au programme : qualité d'accès aux droits et aux soins, équité territoriale, transformation du système au service des mères et des nouveau-nés, formation, simulation, attractivité des métiers ...

Ce colloque aura lieu **le 8 décembre 2026 à l'Académie nationale de médecine** - 16 rue Bonaparte 75006 Paris, de 9 heures à 17h30.

Lien inscription : https://www.has-sante.fr/jcms/p_4070472/fr/perinatalite-le-decrochage-francais-et-apres-colloque-has-anm

SANTE PUBLIQUE

➤ Arrêté du 6 août 2026 définissant les modalités de prise en charge des protections périodiques réutilisables

L'arrêté du 6 août 2026, publié au Journal officiel le 7 août 2026, valide le cahier des charges de l'ANSES pour le **remboursement en pharmacie des culottes et coupes menstruelles réutilisables, pour les personnes de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la C2S.**

Ce texte, qui entrera en vigueur le 1er octobre, était nécessaire pour encadrer ce remboursement des culottes et coupes menstruelles réutilisables, qui devraient concerner 6,7 millions de femmes.

La prise en charge sera limitée à **deux produits par an** délivrés en pharmacie. L'Assurance maladie remboursera entre 55 et 65 %, avec un reste à charge pouvant être couvert par la mutuelle.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054632785>

➤ Augmentation de la part des prises en charge dévolue aux complémentaires santé

Le 22 août au Journal officiel, **quatre décrets** ont été publiés révisant à la **baisse plusieurs conditions de prise en charge par l'Assurance maladie**. Il s'agit, en l'occurrence, dans un contexte budgétaire assez contraint, de générer des économies substantielles.

Les trois premiers décrets relatifs à la soutenabilité financière du système de santé renforcent la contribution des organismes complémentaires concernant la prise en charge **des soins dentaires, des grands appareillages et fauteuils roulants, et des transports sanitaires**.

En complément, figure aussi un **quatrième décret** qui baisse le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des **produits dont le service médical rendu n'est pas majeur**, qui ne sont pas irremplaçables et coûteux.

A noter que **la prise en charge intégrale par l'assurance maladie reste d'actualité pour les patients en ALD, les femmes enceintes et les personnes éligibles à la complémentaire santé solidaire**.

Toutes ces dispositions entreront en vigueur le **1er janvier 2027**, à l'exception de la prise en charge des frais de transport s'agissant des ALD dont les dispositions entreront en vigueur dès le 1er octobre 2026.

Liens :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054733611>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054733581>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054733591>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054733601>

HAS

➤ La réforme des ARS est en marche

Trois décrets, publiés fin juillet et début août, dessinent les contours du nouvel échelon départemental des agences régionales de santé (ARS).

Le premier décret, daté du 22 juillet, se concentre sur le **fonds d'intervention régional (FIR)**. Il prévoit une **consultation préalable du préfet** sur tout projet de décision d'intervention financière significative au profit d'un acteur local allouée au titre du FIR. Le montant d'une intervention significative n'est pas précisé mais dépendra d'un arrêté. Il sera fixé en fonction de l'objet et de la catégorie du bénéficiaire des décisions concernées. Le préfet de région sera consulté pour les décisions ayant une portée régionale et le préfet de département pour les décisions relevant de son périmètre.

Le second décret, daté du 1^{er} août, **redessine l'interlocuteur santé de proximité**. Se trouve ainsi mises en place des **nouvelles délégations départementales des ARS** : chacune sera dirigée par un directeur départemental, placé sous l'autorité du directeur général de l'ARS. Ces directeurs départementaux seront **nommés par arrêté des ministres chargés de la Santé, après avis du préfet du département**.

Ces délégations départementales disposent de **missions élargies** (prévention, offre médico-sociale, contrats locaux de santé, lutte contre les déserts médicaux) et d'un **comité de l'accès aux soins de**

premier recours coprésidé avec les élus. Outre la mise en œuvre des instructions ministérielles, le rôle du directeur départemental sera d'animer la politique régionale de santé à l'échelle de son département, "notamment en matière d'accès aux soins de proximité, de santé environnementale et d'offre médico-sociale".

Le dernier texte, daté également du 1^{er} août, détaille le **rôle des futurs directeurs départementaux**, nommés par le Gouvernement. Il prévoit, notamment, la possibilité pour les nouveaux directeurs départementaux des agences de procéder à **l'évaluation des directeurs d'hôpital**.

Liens :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054457312>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054596378>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054596392>

ETABLISSEMENTS DE SANTE / FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE

➤ **Décret n°2026-705 du 29 juillet 2026 relatif aux congés pour raisons de santé des agents publics civils et militaires**

Ce décret, publié au Journal officiel du 31 juillet, transpose aux fonctionnaires et agents contractuels des trois versants de la fonction publique un certain nombre de mesures applicables depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 aux salariés en arrêt pour raisons médicales, notamment en ce qui concerne :

- l'utilisation du certificat d'arrêt de travail sécurisé ;
- le plafonnement de la durée des arrêts ;
- les obligations renforcées des agents en arrêt et modalités de contrôle.

Ce décret illustre un mouvement de fond : **le régime des agents de la fonction publique tend à s'aligner sur le régime général du privé.**

Il prévoit également des mesures diverses en matière de santé pour les agents de l'État, notamment **la rémunération versée en congé de longue maladie pour certains agents, l'extension du champ de la subrogation des indemnités journalières de sécurité sociale aux agents en temps partiel thérapeutique.**

Il prévoit enfin **une évolution de la procédure afférente au temps partiel thérapeutique.**

Les évolutions dans les grandes lignes :

À partir du 1er août 2026, la procédure afférente aux autorisations de service à **temps partiel** pour raison thérapeutique (TPT) dans la fonction publique évolue.

Pour toute demande de TPT à compter de cette date, y compris en cas de renouvellement, de nouvelles règles s'appliqueront :

- l'employeur disposera d'un **délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la demande pour statuer sur celle-ci. En revanche, dans les cas d'une reprise d'activité après un congé maladie long, la mise en place du TPT se fera sans délai ;**

- l'employeur devra **solliciter l'avis d'un médecin agréé s'il envisage de refuser une demande d'autorisation pour raison médicale** ;

- il pourra également **refuser cette demande pour des nécessités liées au fonctionnement du service**, mais ne pourra le faire qu'après un entretien avec l'agent concerné et son refus devra être motivé ;

- **le TPT pourra être prescrit pour une durée pouvant aller jusqu'à 1 an sans périodicité obligatoire** ;

- un **contrôle médical pourra être demandé par l'employeur** à tout moment, lors de l'octroi du TPT, de son renouvellement ou en cours de TPT. Si l'agent refuse ce contrôle ou est absent sans justification lors de ce contrôle, le TPT sera refusé ou il sera mis fin au TPT en cours ;

- lorsque l'agent conteste les conclusions du médecin agréé en cours de TPT, ses droits à TPT sont maintenus jusqu'à ce que le conseil médical ait rendu son avis.

A noter : **seule la procédure est modifiée. Les conditions médicales d'accès au TPT, les quotités de travail, les règles de rémunération et de rechargement, ainsi que la durée maximale totale d'un an ne changent pas.**

A partir du 1er septembre 2026, les modalités de **gestion des arrêts de travail** dans la fonction publique évoluent. Une nouvelle procédure s'appliquera aux agents pour bénéficier d'un arrêt de travail pour raisons de santé :

- un arrêt de travail pourra être accordé lorsque l'agent produira le formulaire Cerfa sécurisé que chaque prescripteur doit dorénavant établir ;

- **la durée de la prescription d'arrêt sera plafonnée**, comme pour les salariés, **à un mois pour un premier arrêt, puis deux mois pour une prolongation**. Des dérogations seront possibles pour le prescripteur, au vu de la situation médicale de l'agent. En conséquence, le contrôle médical en cas de renouvellement de congé long est allégé ;

- le **maintien de rémunération pendant l'arrêt** sera poursuivi uniquement lorsque l'arrêt aura été prolongé par le prescripteur initial (sauf indisponibilité de ce prescripteur ou impossibilité d'y recourir) ;

- les employeurs pourront diligenter des **contrôles de présence au domicile** lorsque la prescription médicale sera assortie d'une telle obligation. La rémunération de l'agent pourra être suspendue en cas de refus ou d'absence injustifiée ;

Par ailleurs, **les principes fondamentaux des arrêts de travail pour raisons de santé dans la fonction publique demeureront inchangés** : respect de la prescription et du secret médical, modalités de rémunération et durées totales, contrôle de l'aptitude à la reprise par la médecine agréée

Enfin, **de nouveaux droits sont accordés aux agents en congés maladie** :

- Les agents dans l'attente de l'attribution d'un congé de longue maladie ou de longue durée alors qu'ils sont en fin de droits à congé maladie ordinaire auront droit à une **indemnité d'attente** ;

- Les agents des 3 versants bénéficieront de la **possibilité de commencer ou de poursuivre une formation durant un congé pour raisons de santé**, sous réserve d'un avis favorable du médecin agréé ;

- À partir de 2028, un dispositif de **visite de reprise** permettra de compléter ces dispositions, afin de favoriser le retour à l'emploi.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054570030>

➤ **Rupture conventionnelle dans la fonction publique**

Les décrets d'application de la rupture conventionnelle dans la fonction publique, manquants depuis la pérennisation du dispositif au printemps dernier, sont publiés. Ils sont entrés en vigueur depuis le 8 août.

La rupture conventionnelle dans la fonction publique permet à un fonctionnaire titulaire ou à un agent contractuel de convenir en commun accord avec son administration de la fin définitive de ses fonctions. Elle donne droit à une indemnité spécifique et au chômage, mais nécessite l'accord des deux parties.

La procédure de la rupture conventionnelle peut être engagée à votre initiative ou à l'initiative de votre administration employeur. L'agent comme l'administration disposent d'un **délai de quinze jours francs pour revenir sur leur décision.**

Un premier décret détermine la **procédure de rupture conventionnelle dans la fonction publique**. Il prévoit les conditions et la procédure selon lesquelles l'administration et l'agent public peuvent convenir d'un commun accord de la cessation définitive des fonctions entraînant la radiation des cadres ou la fin du contrat.

Un second décret pérennise l'**indemnité spécifique de rupture conventionnelle**, dispositif introduit lors de l'expérimentation. A noter que tout agent public ayant bénéficié de l'indemnité de rupture conventionnelle et qui est recruté par un établissement public hospitalier dans les six ans suivant sa rupture, est tenu de rembourser les sommes perçues à l'employeur avec lequel il a conclu la convention, dans les deux ans qui suivent son recrutement.

Par ailleurs, **un arrêté** fournit **les modèles de convention de rupture conventionnelle** applicables aux fonctionnaires et aux contractuels.

Enfin, **une circulaire** datée du 7 août 2026 vient présenter le **cadre juridique du dispositif** de rupture conventionnelle dans la fonction publique, préciser ses modalités de mise en œuvre et rappeler certains points de vigilance à l'attention des agents et des employeurs publics des trois versants.

Liens :

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054632832>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054632877>

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054632945>

<https://www.fonction-publique.gouv.fr/toutes-les-actualites/la-rupture-conventionnelle-perennisee-dans-la-fonction-publique>

➤ **Décret n° 2026-768 du 11 août 2026 relatif à l'information du fonctionnaire sur les modalités de report de jours de congé annuel non pris**

Publié au Journal officiel du 12 août, ce décret précise les règles d'information des fonctionnaires, notamment hospitaliers, sur le report des congés annuels non pris.

Il modifie ainsi les dispositions issues du décret du 21 juin 2025, partiellement annulées par le Conseil d'État le 16 juin 2026.

Entré en vigueur le 13 août 2026, le texte élargit les cas de report aux congés non pris pour raisons de service.

L'agent doit désormais être informé du nombre de jours reportés et de leur date limite d'utilisation, par un moyen donnant date certaine.

Cette information doit être transmise dans le mois suivant la reprise après un congé pour raison de santé, parental ou familial, ou avant le 31 janvier lorsque le report est lié à l'intérêt du service.

En cas d'indemnisation à la fin de la relation de travail, l'agent doit aussi connaître le nombre de jours ouvrant droit à indemnité.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054666555>

FORMATION INITIALE / ETUDIANTS

➤ **Arrêté du 28 juillet 2026 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2022 relatif aux vacations des étudiants en santé pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale**

Cet arrêté, publié au Journal officiel du 30 juillet, encadre les vacations des étudiants en santé, dont les étudiants en maïeutique, pour la réalisation des activités d'assistant de régulation médicale dans les centres de réception et de régulation des appels des Samu-Centre 15 et du service d'accès aux soins.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054555463>

➤ **Décret n°2026-752 du 6 août 2026 relatif au grade de licence et au grade de master**

Ce décret, publié au Journal officiel du 8 août, harmonise les dispositions réglementaires du Code de l'éducation relatives au grade de licence et au grade de master. Plusieurs diplômes en santé sont concernés.

Le texte acte notamment le grade master du diplôme de formation approfondie en sciences maïeutiques, à compter de l'année universitaire 2027-2028.

Lien : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000054643102>

L'équipe veille juridique de l'ANSFC