



**L'ÉCHO** Actualités  
**JuriSanté**

**Spécial**

**Loi de modernisation  
de notre système  
de santé**



**L'essentiel  
de la loi  
pour les  
hospitaliers  
en 32 fiches**





**Hervé Tanguy,**  
Directeur du Centre de Droit  
JuriSanté

L'équipe des 6 consultants du Centre de Droit JuriSanté du CNEH vous propose, dans ce numéro spécial de l'Écho Actualités JuriSanté, un décryptage de la loi de modernisation de notre système de santé (loi du 26 janvier 2016, J.O. du 27 janvier 2016), à l'instar de ce que cette même équipe avait réalisé, à l'été 2009, pour la loi HPST.

Décryptage réactif donc de la loi, sous la forme de 32 fiches, pour permettre aux acteurs hospitaliers, pour vous permettre, d'aller à l'essentiel sur l'ensemble des thématiques contenues dans cette loi dont vous aurez à connaître, et notamment :

- L'organisation du système de santé ;
- Les GHT ;
- Le GCS, les plateaux mutualisés d'imagerie ;
- Le fonctionnement des hôpitaux ;
- Les ressources humaines ;
- Les droits des patients ;
- Les ordonnances à venir.

Toute l'équipe JuriSanté qui s'est mobilisée pour publier ce numéro spécial de l'Écho Actualités JuriSanté vous souhaite une bonne lecture et vous présente, il en est encore temps, ses meilleurs vœux... de mise en œuvre de la loi.



Manon QUILLÉVÉ

Stéphanie SÉGUI-SAULNIER

Jean-Yves COPIN

Isabelle GÉNOT-POK

Brigitte de LARD-HUCHET

Clothilde POPPE

Nadia HASSANI

**Directeur  
de la publication**  
Joseph Tedesco

**Rédacteur en chef**  
Hervé Tanguy

**Coordonnateur  
du numéro**  
Hervé Tanguy

**Assistante**  
Nadia Hassani

**Communication**  
Pauline Josnin

**Conception  
et impression**  
Imprimerie Compédit  
Beauregard S.A.  
Tél. : 02 33 37 08 33  
Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre  
2016 – N° 64042  
N° ISSN 1257-3116  
N° AIP 000 1458

**Coordonnées du CNEH**  
CNEH  
Centre de droit JuriSanté  
3, rue Danton  
92240 Malakoff  
Tél. : 01 41 17 15 43  
Fax : 01 41 17 15 30

## Édito

<b>Chapitre 1 : L'organisation du système de santé</b> .....	<b>3</b>
1. Le projet régional de santé et les territoires	
2. Le service public hospitalier	
3. Les nouveaux dispositifs de l'organisation des soins en santé mentale	
4. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)	
5. Le dossier médical partagé (DMP)	
<b>Chapitre 2 : Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)</b> .....	<b>10</b>
6. Les acteurs d'un GHT	
7. La constitution d'un GHT : procédure, calendrier, sanctions, transformation des communautés hospitalières de territoire (CHT)	
8. La convention constitutive du GHT	
9. Le projet médical partagé du GHT	
10. Les mutualisations au sein du GHT	
11. Le pilotage du GHT	
12. Le rôle singulier de l'établissement support du GHT	
<b>Chapitre 3 : Les autres coopérations</b> .....	<b>25</b>
13. Les plateaux mutualisés d'imagerie médicale	
14. L'évolution des groupements de coopération sanitaire (GCS)	
<b>Chapitre 4 : Le fonctionnement des établissements publics de santé</b> ...	<b>28</b>
15. Les évolutions de la gouvernance hospitalière	
16. La commission des usagers (CDU)	
17. Les maisons d'accueil hospitalières	
18. Les emprunts et montages immobiliers complexes	
19. Le financement de la recherche biomédicale	
<b>Chapitre 5 : Les ressources humaines</b> .....	<b>36</b>
20. Le dialogue social du personnel médical	
21. Les impacts de la loi sur les ressources humaines médicales	
22. L'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein	
23. Le développement professionnel continu (DPC)	
<b>Chapitre 6 : Les droits des patients</b> .....	<b>45</b>
24. L'information systématique du patient sur le coût de sa prise en charge	
25. L'expression du consentement des personnes bénéficiant d'une protection juridique	
26. L'équipe de soins, le secret professionnel et le partage d'informations	
27. L'hébergement des données de santé	
28. Le patient mineur et les soins dans le secret	
29. L'interruption volontaire de grossesse (IVG)	
30. L'action de groupe dans le domaine de la santé	
31. La contention en psychiatrie	
<b>Chapitre 7 : Pour finir</b> .....	<b>61</b>
32. Les ordonnances à venir	

## Fiche 1

# LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ ET LES TERRITOIRES



### Textes de référence

- ⇒ Article 158 de la loi, art. L. 1434-1 et s. du CSP
- ⇒ Article 158 de la loi, art. L. 1434-9 et s. du CSP



### Dispositif légal

Le projet régional de santé (PRS), créé par la loi HPST, est maintenu dans son principe, et remanié dans ses composantes. Le nouveau PRS, établi en cohérence avec la stratégie nationale de santé, est désormais constitué :

- d'un cadre d'orientation stratégique qui détermine des objectifs généraux et résultats attendus sur 10 ans ;
- d'un schéma régional de santé unique établi sur 5 ans ; ce schéma unique met fin au dispositif précédent qui s'appuyait sur trois schémas, respectivement consacrés à la prévention, à l'organisation des soins et à l'organisation médico-sociale ;
- d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le schéma régional de santé détermine :

- les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier et de second recours. Toutefois, ces dispositions restent inopposables aux professionnels de santé libéraux ;
- les objectifs de l'offre de soins par activité de soins et équipement matériel lourd, les créations et suppressions d'implantations ainsi que les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé ;
- les objectifs de l'offre des établissements et services médico-sociaux, le cas échéant, en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale ;
- l'offre d'examens de biologie médicale ;
- le cas échéant, un volet consacré à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation de la population et de formation des professionnels de santé visant à limiter d'éventuelles contaminations par des maladies vectorielles.

L'organisation territoriale est par ailleurs redéfinie, à travers la délimitation :

- des territoires de démocratie sanitaire (anciennement territoires de santé) ;
- des zones donnant lieu à la répartition des activités de soins, équipements matériels lourds, activités de biologie médicale.

Les conférences de territoire disparaissent, au profit de conseils territoriaux de santé. Ceux-ci sont chargés notamment de :

- veiller à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants ;
- contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Un diagnostic territorial de santé est élaboré, avec pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en portant une attention particulière aux modes de prise en charge sans hébergement. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Un diagnostic territorial partagé spécifique à la santé mentale est également prévu par la loi.

Le conseil territorial de santé participe à l'élaboration du diagnostic territorial de santé.

### Et en pratique : une évolution plutôt qu'une révolution de l'organisation régionale et territoriale des soins ?

La loi conforte les cadres de l'organisation régionale des soins tels qu'ils ont été définis par la loi HPST. Il n'existe pas de changement profond à cet égard.

Néanmoins, la loi tire également les conséquences du fonctionnement de la première génération des projets régionaux de santé, en axant l'approche territoriale et régionale de l'organisation des soins sur les parcours de soins. Au-delà des évolutions strictement juridiques du cadre régional et territorial, le législateur insiste fortement sur la nécessité de construire les politiques de santé autour de la notion de parcours de santé, qui se retrouve de façon récurrente dans diverses dispositions du texte (les groupements hospitaliers de territoire, avec la notion de « prise en charge commune et graduée », les communautés professionnelles territoriales de santé...).

À cet égard, le législateur réaffirme le recours des agences régionales de santé (ARS) aux outils qui permettent d'adapter la répartition de l'offre de soins, notamment de premier recours, afin de pouvoir efficacement répondre à l'exigence de construction de ces parcours de soins. C'est le cas par exemple avec les contrats de praticien territorial de médecine générale, créés en 2012 (art. L. 1435-4-2 du CSP).

Quant au calendrier de mise en place, il joue sur une construction à moyen terme :

- les projets régionaux de santé dans leur nouvelle version devront entrer en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Dans l'attente, les PRS en vigueur à ce jour le restent ;
- les territoires de santé définis dans chaque région à la date de promulgation de la loi restent en vigueur, jusqu'à la publication, dans chacune des régions concernées, du projet régional de santé.

**Textes à venir**

Un décret en Conseil d'État précisera les conditions d'application du PRS et notamment :

- les règles d'adoption et les consultations préalables du projet régional de santé ;
- les conditions dans lesquelles des activités et équipements particuliers peuvent faire l'objet d'un schéma interrégional de santé ou d'un schéma régional de santé spécifique ;
- les modalités de participation des organismes et services d'assurance maladie à la définition et à la mise en œuvre du PRS ;

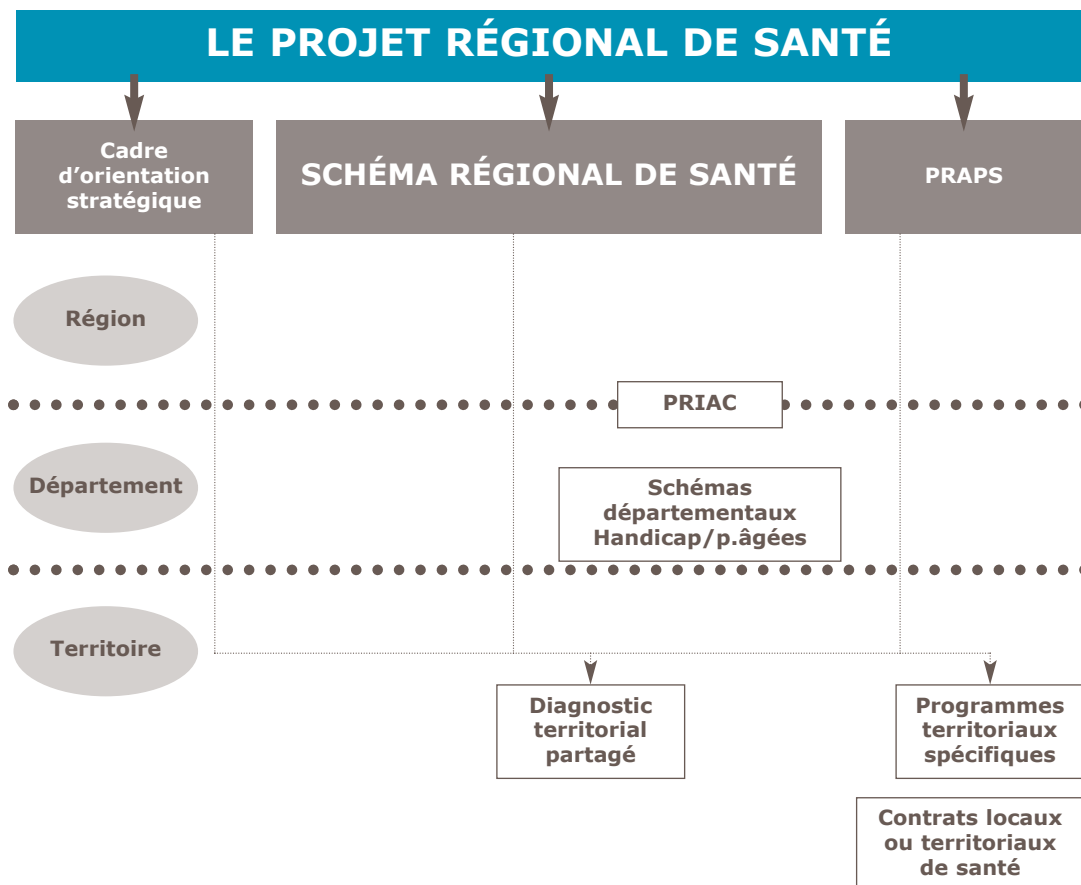
- les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des ARS déterminent les zones de « sur-offre » et de « sous-offre ».

Un décret en Conseil d'État déterminera :

- les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des ARS déterminent les territoires de démocratie sanitaire ;
- la composition et les modalités de fonctionnement et de désignation des membres des conseils territoriaux de santé.

**À retenir**

- **Le maintien du PRS, et la création d'un schéma régional de santé fusionnant les trois précédents schémas.**
- **Une évolution des dispositifs existants (territoires de santé, conseils territoriaux de santé) qui prend en compte la priorité donnée aux parcours de santé, et à la meilleure répartition de l'offre de soins, à la fois hospitalière et de premier recours.**



**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr



## Fiche 2

# LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER



### Textes de référence

⇒ Article 99 de la loi, art. L. 6112-1 et s. du CSP



### Dispositif légal

L'article 99 de la loi modifie l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et donne une nouvelle définition à une ancienne notion, celle du service public hospitalier :

« *Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre I<sup>er</sup> (...) ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.* ».

Rappelons, qu'en parallèle, les missions dévolues aux établissements de santé sont redéfinies à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique :

« *Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.* »

La loi renforce les garanties offertes aux patients par les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein. Il s'agit de :

- l'accueil adapté (notamment pour les situations de handicap ou de précarité sociale, et dans un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé) ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ;
- l'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ;
- l'absence de facturation de dépassements des tarifs (tarif secteur 1).

Le patient bénéficie de ces garanties, y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux.

Les obligations des établissements assurant le service public hospitalier sont élargies :

- garantie de la participation des représentants des usagers du système de santé (pour les établissements de santé privés, cette participation est réalisée par l'intermédiaire de représentants avec voix consultative dans les conditions définies à l'article L. 6161-1-1 du CSP. En l'absence de conseil d'administration, de conseil de surveillance ou d'organe en tenant lieu, le chef d'établissement est tenu de consulter les représentants des

usagers siégeant au sein de la commission des usagers, sur la stratégie et la gestion de l'établissement, dans des conditions fixées par voie réglementaire) ;

- transmission annuelle à l'agence régionale de santé (ARS) compétente de leur compte d'exploitation ;
- possibilité d'être désignés par le directeur général de l'ARS pour participer aux communautés professionnelles territoriales de santé ;
- possibilité de désignation par le directeur de l'ARS en cas de carence de l'offre de services de santé ;
- développement, à la demande de l'ARS d'actions de coopération ;
- information de l'ARS sur tout projet de cessation ou de modification de leurs activités de soins susceptible de restreindre l'offre de services de santé ;
- développement d'actions de santé visant à améliorer l'accès et la continuité des soins, ainsi que d'actions liées à des risques spécifiques dans les territoires isolés.

Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le service public hospitalier, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les nouveaux engagements pris par l'établissement pour respecter ses obligations.

Enfin, les acteurs sont déterminés par l'article L. 6112-3 du CSP. Le service public hospitalier est assuré par :

- les établissements publics de santé ;
- les hôpitaux des armées ;
- les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), habilités par l'ARS ;
- les autres établissements de santé privés habilités par l'ARS (y compris à but lucratif), après avis conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

Les établissements de santé privés autres que ceux habilités par l'ARS qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier et doivent offrir les garanties attachées au service hospitalier public (CSP, art. L. 6112-5).

En cas de manquement aux obligations, des sanctions sont prévues (CSP, art. L. 6112-4) : une pénalité financière, dont le montant ne peut excéder 5 % des produits reçus par l'établissement de santé des régimes obligatoires d'assurance maladie au cours de l'année précédente, ou le retrait de l'habilitation.

### Et en pratique : quelle évolution de la notion de service public à l'hôpital ?

Le législateur réintroduit la notion de service public hospitalier, chère aux établissements publics de santé et aux

personnels hospitaliers et qui avait disparu avec la loi HPST. Mais qui pourra exercer les missions inhérentes au service public hospitalier ?

Avant la loi HPST, seuls quelques acteurs pouvaient se voir attribuer des missions de service public : CHU, CH, hôpitaux locaux, et les établissements privés (non lucratifs) participant au service public hospitalier (PSPH). L'approche du service public hospitalier était alors organique. À l'inverse, en 2009, la loi HPST a fait évoluer cette notion avec une approche fonctionnelle puisque le service public a été défini par 14 missions ; elle a également ouvert l'exercice de ses missions à tous les établissements privés.

La loi de modernisation de notre système de santé adopte aujourd'hui une approche mixte qui renforce les garanties offertes à l'utilisateur.

Ces dispositions auront un impact opérationnel pour les établissements :

- au plus tard six mois à compter de la promulgation de la loi, les avenants au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements de santé (CPOM) feront l'objet d'une négociation entre le directeur général de l'ARS compétente et les établissements concernés ;
- pour les établissements qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) dans sa rédaction antérieure à la loi, compte-tenu de leurs obligations

actuelles, ils sont habilités de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part ;

- pour les autres établissements privés, une procédure spécifique de reconnaissance est prévue avec prise en considération, outre la demande de l'établissement, de l'analyse de l'offre territoriale par l'ARS.

### Textes à venir

Décret à venir pour déterminer notamment les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation des établissements de santé privés.

### À retenir

- **La notion de service public hospitalier (SPH) est réinscrite dans la loi, symbole de reconnaissance des tâches des établissements publics de santé et du personnel hospitalier.**
- **Plusieurs garanties sont attachées au SPH mais l'exercice du SPH est réservé aux acteurs suivants :**
  - **Établissements publics de santé et hôpitaux des armées.**
  - **ESPIC et autres établissements privés de santé habilités à assurer le SPH.**





## Fiche 3

# LES NOUVEAUX DISPOSITIFS DE L'ORGANISATION DES SOINS EN SANTÉ MENTALE



### Textes de référence

⇒ Article 69, de la loi, art. L. 3221-1 du CSP



### Dispositif légal

La loi définit une politique de santé mentale, qui comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, ainsi que des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion.

Cette politique de santé mentale s'appuie sur des dispositifs qui lui sont spécifiquement dédiés :

- un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Il est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. L'ensemble de la région a vocation, sous contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), à être couverte par un projet territorial de santé mentale ;
- un diagnostic territorial partagé en santé mentale, établi par les acteurs de santé du territoire, qui comprend un état des ressources disponibles et qui a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services. Il préconise des actions pour y remédier ;
- un contrat territorial de santé mentale, conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. Il définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

Enfin, les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.

### Et en pratique : vers une approche globale de l'organisation des soins en santé mentale ?

Il y a là une volonté assumée du législateur d'identifier et de reconnaître les spécificités de la prise en charge en santé mentale, qui s'accompagne le plus souvent d'une

articulation avec d'autres dispositifs d'accompagnement, dans le domaine social, éducatif, judiciaire...

On retrouve dans ces dispositions certains concepts désormais inscrits ou explicités formellement dans le nouveau cadre législatif :

- définition d'une mission de psychiatrie de secteur, incluant recours de proximité, accessibilité géographique et financière, continuité des soins ;
- engagement de collaboration des établissements de santé autorisés en psychiatrie avec les autres acteurs de l'accompagnement, y compris hors du champ sanitaire.

### Textes à venir

Décret relatif aux modalités de constitution et de fonctionnement des communautés psychiatriques de territoire.

### À retenir

- **La mise en place de dispositifs d'organisation des soins spécifiques à la santé mentale : projet territorial de santé mentale, diagnostic territorial partagé en santé mentale, contrat territorial de santé mentale.**
- **La possibilité de créer des communautés psychiatriques de territoire.**

#### FOCUS : Quid des établissements psychiatriques au sein des groupements hospitaliers de territoire ?

*De nombreux établissements psychiatriques souhaiteraient s'exonérer de l'adhésion à un groupement hospitalier de territoire (GHT), lui préférant tout au moins la constitution d'un GHT ne regroupant que des établissements psychiatriques. Si la loi n'interdit pas formellement la constitution de GHT de spécialité, le rapport Hubert-Martineau déconseille une telle option, arguant de la nécessité de conserver au GHT une dimension pluridisciplinaire. En pratique, les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent toujours, après accord du directeur général de l'ARS, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de GHT auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire (art. L. 6132-1 du CSP). Façon de reconnaître la spécificité de ces prises en charge et des organisations qui les sous-tendent, sans renoncer à l'intégration des établissements psychiatriques dans un dispositif plus large de recomposition de l'offre hospitalière.*

## Fiche 4

# LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ (CPTS)



### Textes de référence

⇒ Article 65 de la loi, art. L. 1432-1 et s. du CSP



### Dispositif légal

La loi crée des communautés professionnelles territoriales de santé :

*« Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé (...), des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé.*

*La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, (...) et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.*

*Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.*

*À défaut d'initiative des professionnels, l'agence régionale de santé prend, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé. »*

À titre de disposition transitoire, la loi prévoit également que les regroupements de professionnels qui, avant la publication de la présente loi, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du CSP deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé.

### Et en pratique : quelle finalité des communautés professionnelles territoriales de santé ?

Les dispositions créant les CPTS s'inscrivent dans le titre II de la loi, intitulé « Faciliter au quotidien les parcours de santé ». L'objectif est notamment, à travers les CPTS, de promouvoir les soins primaires et de favoriser la structuration des parcours de santé.

Le projet de loi initial parlait de « service public territorial de santé ». La philosophie du dispositif reste la même, mais l'intitulé a évolué :

*« Les médecins libéraux demandent que les projets médicaux qui se mettent en place dans les territoires pour faciliter le parcours des patients soient pilotés par les professionnels présents sur le terrain et non par l'État, via les agences régionales de santé (ARS). Ce renforcement du pouvoir des ARS au détriment des professionnels libéraux n'a jamais été l'objectif de la loi. La ministre a donc souhaité le clarifier une fois pour toutes : le terme de « service territorial de santé au public » sera remplacé par celui de « communautés professionnelles territoriales de santé » pour mieux traduire que l'organisation des parcours de santé partira des professionnels eux-mêmes au lieu d'être le seul fait des ARS. »*  
Communiqué de presse, Marisol TOURAINE, 9 mars 2015.

À noter que les CPTS ont vocation à intégrer le pacte territoire-santé qui a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire (article 67 de la loi, art. L. 1434-14 du CSP).

### Textes à venir

Dispositif légal directement applicable.

### À retenir

- **La loi crée les communautés professionnelles territoriales de santé.**
- **Composées de professionnels de santé, les CPTS concourent au projet régional de santé et à la structuration des parcours de santé.**

**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr

## Fiche 5 LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)



### Textes de référence

⇒ Article 96 de la loi, art. L. 1111-14 du CSP



### Dispositif légal

L'article 96 de la loi refonde le dispositif du dossier médical personnel et le transforme en dossier médical partagé (DMP) dont la mise en œuvre est confiée à l'assurance maladie :

*« Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé. »*

*À cette fin, il est créé un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal ».*

Le projet du dossier médical partagé (DMP) est relancé, avec un acronyme identique, révélant toutefois une appellation nouvelle (le nouveau dossier médical est « partagé » et non plus « personnel »). L'objectif est de permettre aux professionnels de santé et aux patients, notamment ceux atteints de pathologies chroniques, d'avoir accès à l'ensemble de l'information médicale les concernant, à tout moment.

Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie peut ainsi disposer d'un DMP ; le dossier est créé avec le consentement exprès du patient ou de son représentant légal.

### Et en pratique : quelle évolution du cadre juridique du DMP ?

Comment définir le nouveau DMP ?

Le dossier médical partagé est un dossier informatique entièrement sécurisé que les professionnels de la santé habilités peuvent renseigner et/ou consulter.

Ont vocation à être versés au DMP :

- les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins : ils sont reportés par les professionnels de santé dans le respect des règles déontologiques et des dispositions relatives au secret professionnel (partage de l'information en équipe de soins) ;
- les principaux éléments résumés relatifs au séjour dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- une synthèse périodique par le médecin traitant dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé ;
- les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge ;
- des volets relatifs au don d'organes et de tissus, aux directives anticipées, et à la personne de confiance.

NOTA : Le professionnel de santé est exonéré de sa responsabilité en cas de litige portant sur l'ignorance d'une information masquée dans le DMP, dont il ne pouvait avoir connaissance.

Le patient est titulaire de droits à l'égard de son DMP. Il peut en particulier :

- rendre inaccessibles certaines informations (droit au masquage) ;
- accéder directement, par voie électronique, au contenu de son dossier ;
- accéder à la liste des professionnels et des équipes ayant accès à son DMP et la modifier ;
- prendre connaissance des traces d'accès à son dossier.

NOTA : Seul le médecin traitant dispose par dérogation d'un droit d'accès à l'ensemble des informations du dossier médical partagé.

### Textes à venir

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé, fixera les conditions de création et de fermeture du dossier médical partagé, la nature et le contenu des informations contenues dans le dossier, les modalités d'exercice des droits des personnes sur les informations figurant dans leur dossier, les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé, les conditions d'utilisation par les professionnels de santé et les conditions d'accès au dossier en urgence.

Un décret en Conseil d'État précisera également les conditions dans lesquelles la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) assurera la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. La Caisse nationale participera également à la conception, à la mise en œuvre et à l'administration d'un système de communication sécurisée permettant l'échange d'informations entre les professionnels de santé.

### À retenir

- **Le dossier médical partagé est relancé par la loi de modernisation de notre système de santé afin d'améliorer l'accès à l'ensemble de l'information médicale. L'élaboration et le déploiement du DMP sont confiés à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.**
- **Chaque professionnel de santé doit inscrire dans le DMP les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins.**
- **Le patient garde un droit au masquage des informations qu'il ne souhaite pas y voir figurer et possède un accès direct, par voie électronique, au contenu de son dossier.**

## Fiche 6 LES ACTEURS D'UN GHT



### Textes de référence

⇒ Article 107 de la loi, art. L. 6132-1, L. 6132-7 du CSP



### Dispositif légal

Le terme « acteurs d'un GHT » désigne l'ensemble des structures juridiques qui peuvent participer à un groupement hospitalier de territoire. Le dispositif légal prévoit, en effet, plusieurs niveaux d'intégration des établissements à un GHT.

On distingue :

- d'une part, les établissements parties ;
- d'autre part, les établissements associés ou partenaires.

#### 1. Les établissements parties

Chaque établissement public de santé doit adhérer à un GHT. Cette adhésion est formalisée dans la convention constitutive de GHT. L'adhésion concerne toute catégorie d'établissement public de santé : les centres hospitaliers, les centres hospitaliers universitaires, les établissements publics de santé mentale, les ex-hôpitaux locaux (cette catégorie ayant disparu en 2009 avec la loi HPST).

La loi a certes prévu une dérogation à cette obligation pour les établissements présentant une spécificité dans l'offre de soins territoriale. Toutefois, cette dérogation ne saurait être appréciée par l'établissement lui-même. Un décret à venir devra prévoir les conditions dans lesquelles une telle dérogation pourra être accordée.

Le statut d'établissement partie peut également être accordé à des établissements ou services médico-sociaux publics. L'adhésion de tels établissements est facultative, à la différence de celle des établissements publics de santé, qui, elle, est obligatoire.

De manière générale, un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à une seule convention de GHT.

Le statut d'établissement partie implique l'adhésion de l'établissement au projet médical partagé porté par le groupement. Il emporte également adhésion aux fonctions déléguées qui sont assurées par l'établissement support (sous réserve, s'agissant des établissements et services médico-sociaux, des activités les concernant).

#### 2. Les établissements associés ou partenaires

À côté des établissements parties, la loi a prévu la possible liaison du GHT avec d'autres acteurs institutionnels de santé, afin d'ouvrir la conception et la mise en œuvre du projet médical partagé (PMP) à des structures de soins qui ne seraient pas membres du GHT :

- Soit parce qu'elles n'ont pas le statut d'établissements publics sanitaires ou médico-sociaux.
- Soit parce qu'elles sont déjà parties à un autre GHT.

#### *Les hôpitaux des armées*

Ils peuvent, après autorisation du ministre de la Défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement.

#### *Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (HAD)*

Ces établissements, qui ont la qualité d'établissements de santé, sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des GHT situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties, ni partenaires.

#### *Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie*

Qu'ils soient des établissements publics de santé mentale, ou des établissements dits « MCO » (1) exerçant une activité de psychiatrie, ces établissements peuvent, après accord du directeur général de l'ARS dont dépend l'établissement support du GHT concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2 du CSP.

Un établissement autorisé en psychiatrie peut donc être à la fois membre d'un GHT et associé d'un ou plusieurs autres GHT, afin de pouvoir participer à l'élaboration du projet médical partagé.

#### *Les établissements de santé privés*

Les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un GHT. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat qui prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

#### *Les centres hospitaliers universitaires*

Tous les GHT s'associent à un centre hospitalier universitaire (CHU) au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3 du CSP, à savoir :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- les missions de recherche ;
- les missions de gestion de la démographie médicale ;
- les missions de référence et de recours.

Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que

(1) C'est-à-dire centres hospitaliers dits « généraux », exerçant une activité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

dans une convention d'association entre l'établissement support du GHT et le CHU. Ainsi, un CHU peut à la fois être partie à un GHT, et associé à un autre GHT.

S'agissant des établissements partenaires ou associés, le législateur ne précise pas la distinction entre le statut d'associé et le statut de partenaire. En tout état de cause, ces différentes collaborations prendront la forme d'une convention de coopération, conclue entre chaque acteur de santé et chaque établissement partie du GHT (le GHT n'étant pas doté de la personnalité morale). Toutefois, la convention d'association avec un CHU qui ne serait pas partie au GHT sera conclue directement entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et ledit CHU.

### Et en pratique : les établissements peuvent-ils choisir leurs partenaires de GHT ?

Si la loi a créé avec les GHT un dispositif obligatoire pour les établissements publics de santé, elle n'a pas pour autant prédéterminé le périmètre de ces GHT. Autrement dit, le GHT est, pour les établissements hospitaliers, obligatoire dans son principe, mais non dans sa configuration.

À cet égard, il est utile de rappeler que, du point de vue de la loi, le groupement hospitalier de territoire n'est pas contraint par le territoire de santé, devenu avec la loi « territoire de démocratie sanitaire » (art. L. 1434-9 du CSP). Preuve en est, la loi prévoit que « la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé... ». Ceci sous-entend la possible constitution d'un GHT « à cheval » sur le territoire de deux ou plusieurs régions différentes.

Autre point important : la loi dispose que, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeurs généraux des ARS concernées. Or, sur le terrain, un nombre certain de CHT ont été constituées sous l'impulsion et les directives des ARS, laissant peu de liberté aux établissements publics de santé quant au choix de leurs partenaires. Ici encore, c'est la liberté du contenu contractuel qui doit s'exprimer, en premier lieu la liberté de choix des partenaires. La présence d'une CHT pré-existante doit donc être interrogée, afin d'éviter qu'un partenariat non choisi avant la loi, continue d'être totalement subi avec la transformation d'une CHT en GHT.

Trois enseignements sont à tirer de ces observations :

- avant de se lancer, les établissements doivent valablement interroger la légitimité des contours du GHT qu'ils s'apprêtent à construire. Le GHT est un dispositif de restructuration hospitalière pérenne. Il suppose un choix avisé des acteurs avec lesquels un centre hospitalier s'engage ;
- ce qui guide le choix des partenaires à un GHT, et donc les contours de celui-ci, c'est bien ce qui sous-tend le projet médical partagé (PMP), véritable « moteur » de la coopération à construire. Or, ce projet médical partagé se constitue sur la base de flux de patients, de besoins de santé, de bassins de population, et de complémentarités entre structures... C'est sur ces bases que les acteurs d'un GHT doivent donc se choisir mutuellement ;
- selon la loi, ce n'est qu'à défaut de choix opéré par les établissements eux-mêmes autour d'un projet médical partagé, que le directeur général de l'ARS est susceptible d'imposer le périmètre du GHT au 1<sup>er</sup> juillet 2016.

### Textes à venir

Un décret à paraître devra préciser :

- les conditions dans lesquelles est accordée la dérogation à l'obligation d'un établissement public de santé d'adhérer à un GHT ;
- les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire.

### À retenir

- **Les établissements publics de santé ont l'obligation d'adhérer à une convention de GHT.**
- **Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent être parties à un GHT.**
- **Les établissements psychiatriques, les établissements de santé privés, les hôpitaux des armées pourront être partenaires ou associés pour l'élaboration du projet médical partagé des GHT auxquels ils ne seront pas parties. Cette association sera obligatoire pour les CHU et pour les établissements exerçant une activité d'HAD.**
- **Le choix des partenaires à un GHT reste une liberté pour les centres hospitaliers, qui ne sont pas, d'un point de vue juridique, contraints par le territoire de démocratie sanitaire. En la matière, c'est le projet médical partagé qui doit dicter la configuration de la coopération.**

	Adhésion	Partenariat ou association	Contenu du lien coopératif
Centres hospitaliers (CH, CH de proximité)	Obligatoire		<b>PROJET MÉDICAL PARTAGÉ</b>  + mutualisations pour les seuls établissements parties
CH autorisés en psychiatrie	Obligatoire	Facultatif	
CHU	Obligatoire	Obligatoire	
EPSMS	Facultative		
Établissements HAD		Obligatoire	
Établissements privés		Facultatif	
Hôpitaux des Armées		Facultatif	

**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr

## Fiche 7

# LA CONSTITUTION D'UN GHT : PROCÉDURE, CALENDRIER, SANCTIONS, TRANSFORMATION DES COMMUNAUTÉS HOSPITALIÈRES DE TERRITOIRE (CHT)



### Textes de référence

⇒ Article 107 de la loi, art. L. 6132-1, L. 6132-7 du CSP



### Dispositif légal

L'intégration de chaque établissement public de santé dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) est une obligation posée par la loi.

Ce faisant, le texte apporte un certain nombre de précisions quant à la procédure de constitution, à son calendrier légal, aux sanctions encourues, et à la transformation des communautés hospitalières de territoire (CHT) existantes, le cas échéant.

#### 1. Procédure de constitution d'un GHT

Le GHT constitue un dispositif conventionnel, basé sur la conclusion d'une convention constitutive par les établissements dits « parties ».

Sur le plan de la gouvernance interne, la conclusion d'une convention de GHT devra faire l'objet d'une consultation préalable du conseil de surveillance de chaque établissement public de santé. La concertation du directeur s'imposera également, l'engagement dans un GHT constituant une action de coopération au sens de l'article L. 6143-7-8° du CSP. Même si elle n'est pas posée explicitement par le texte (on pourrait d'ailleurs s'attendre à une évolution réglementaire sur ce point), la consultation des instances, en particulier des commissions médicales d'établissement (CME) des établissements parties et des comités techniques d'établissements (CTE), paraît incontournable.

La décision est prise et la convention élaborée et conclue par le directeur de chaque structure. Puis, elle est transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé (ARS) compétentes (le GHT peut en effet être constitué entre établissements relevant de régions, et donc d'ARS différentes).

Le ou les directeurs généraux des ARS compétentes apprécie(nt) la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peut(vent) demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du CSP.

Le contenu de la convention constitutive de GHT est fixé par la loi, elle définit :

- un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties ;
- les délégations éventuelles d'activités ;

- les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement ;
- l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;
- les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, (notamment, désignation de l'établissement support, composition du comité stratégique, modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement (CME) pour l'élaboration du projet médical partagé, mise en place, le cas échéant, d'instances communes, rôle du comité territorial des élus locaux).

La convention constitutive du GHT nouvellement constitué est publiée par l'ARS sur son site internet au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

#### 2. Calendrier de constitution des GHT et sanctions

La loi fixe des échéances de mise en place des GHT à l'échelle nationale :

- chaque établissement public de santé, lorsqu'il ne relève pas de la dérogation légale à l'obligation d'adhérer à un GHT, conclut une convention de groupement hospitalier de territoire avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016. La convention ne peut être conclue si elle ne contient pas le projet médical partagé ;
- la liste des groupements hospitaliers de territoire est arrêtée par le directeur général de l'ARS, sur la base des projets médicaux partagés transmis, ou en cas d'absence de transmission, avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016, en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date. Ce même schéma régional sert de référence pour l'appréciation de conformité de la convention constitutive des GHT émise par le directeur général de l'ARS. La publication de cette liste entraîne par ailleurs création du comité territorial des élus locaux de chaque GHT. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

Le 1<sup>er</sup> juillet 2016 marque donc la date butoir, à la fois pour la conclusion et la transmission des projets médicaux partagés et des conventions constitutives de GHT, mais également pour la « fixation » de la cartographie des GHT à l'échelon régional, par le directeur général de l'ARS.

C'est à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2016 que les établissements s'attelleront ensuite à la mise en œuvre effective des engagements conventionnels, notamment le projet médical partagé et les délégations de fonctions imposées par la loi et déclinées par la convention constitutive du groupement.

La loi a souhaité sur ce point renforcer le caractère coercitif des GHT, en introduisant un dispositif de sanctions financières en cas de non-respect des obligations légales. Ainsi, l'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC, dispositif issu de la tarification à l'activité – T2A, article L. 162-22-13 du CSS) à un établissement public de santé est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de GHT. Le versement de telles dotations pourra ainsi être suspendu dans deux cas de figure et à deux échéances distinctes :

- à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, l'attribution des dotations MIGAC pourra être suspendue pour les établissements qui ne sont pas membres d'un GHT alors qu'ils ne relèvent pas de la dérogation légale ;
- à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, il en sera de même pour les établissements qui, bien que membres d'un groupement, n'ont pas mis en œuvre les délégations de fonctions prévues par l'article L. 6132-3 du CSP.

NOTA : ces pénalités financières sont sans impact réel pour les établissements publics de santé mentale, qui demeurent à ce jour hors du champ du financement de la tarification à l'activité (T2A).

### **3. Dispositions transitoires : transformation des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT)**

Les GHT apparaissent dans un environnement de coopération sanitaire déjà riche de partenariats. À cet égard, la création des GHT n'empêche pas suppression des coopérations existantes, qu'elles soient conventionnelles (conventions public-privé, conventions public-public) ou organiques (GCS, GIP, GIE...), et ce, même si ces coopérations n'associent pas les mêmes acteurs que le GHT lui-même.

Une exception est à signaler néanmoins. Les communautés hospitalières de territoire (CHT), créées par la loi HPST, ont vocation à disparaître. La loi introduit sur ce point des dispositions transitoires :

- jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2016, les CHT régulièrement approuvées avant la publication de la loi restent régies par les dispositions du code de la santé publique qui leur étaient applicables jusqu'à cette date ;
- à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016, les CHT dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en GHT après approbation du ou des directeurs généraux des ARS concernées. La convention constitutive du GHT est élaborée par avenant à la convention constitutive de la CHT puis transmise au directeur général de l'ARS pour approbation.

### **Et en pratique : quelles marges de manœuvre pour les établissements hospitaliers soumis à l'obligation de constituer un GHT ?**

Le GHT présente les caractéristiques d'un dispositif de coopération conventionnelle, comme les hospitaliers en ont connu de nombreux, tels que la CHT. La réalité est autre : le GHT est bien davantage un outil de restructuration de l'offre hospitalière. Il est contraignant :

- dans son principe : les établissements publics de santé ne peuvent s'y soustraire, sauf exception dont les conditions restent à préciser par voie réglementaire ;
- dans ses modalités : un calendrier de mise en place serré, des pénalités financières en cas de non-respect

des obligations, un contenu juridique de la convention constitutive pré-déterminé par la loi, sont autant d'éléments qui contribuent au caractère coercitif du GHT.

La transformation même des CHT existantes, peut d'ailleurs n'apparaître que comme un apparent élément de souplesse au bénéfice des établissements, car sur le terrain, de nombreuses CHT se sont constituées sous l'impulsion, si ce n'est l'injonction des ARS.

Ajoutons-y l'absence totale de disposition légale relative au retrait ou à la dissolution d'un GHT. De quoi démontrer, s'il en était besoin, la pérennité que le législateur entend conférer au GHT dans l'organisation hospitalière.

Enfin, la possibilité ouverte au directeur général de l'ARS de prendre en compte, pour chacun des établissements de santé parties à un GHT, l'ensemble des budgets des établissements du groupement pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que le plan global de financement pluriannuel (PGFP), témoigne de l'aspect non pas tant partenarial que véritablement restructurant du GHT.

Autant de signes juridiques d'une autonomie relativement entamée des établissements publics de santé.

Pour autant, des marges de manœuvre existent au bénéfice de ces derniers, qui ont tout intérêt à tirer parti de quelques mois les séparant de l'échéance légale (1<sup>er</sup> juillet 2016) pour se ménager les meilleures conditions d'entrée dans un GHT. C'est alors une véritable partie d'échecs qui s'ouvre à eux, à de multiples niveaux :

- Tout d'abord, dans le choix des partenaires :  
Le GHT est certes obligatoire, mais son périmètre reste à la libre appréciation des établissements publics de santé qui « se » choisissent pour le constituer. Il revient donc aux établissements de définir les contours du GHT dans lequel ils vont durablement s'engager.
- Ensuite, dans la construction de la gouvernance du GHT :  
La loi jette les bases d'une gouvernance : comité territorial des élus locaux, comité stratégique, désignation d'un établissement support. Ici encore, c'est aux établissements partenaires qu'il appartiendra de décider, des attributions précises de ces instances, de leurs modalités de fonctionnement, des modalités de composition du comité stratégique et des équilibres décisionnels qui le régissent, mais aussi des missions et prérogatives dévolues à l'établissement support pour chacune des fonctions obligatoirement déléguées. Sur ce volet, tout (ou presque) reste à écrire, et la réussite de la coopération dépendra fortement du cadrage conventionnel (et juridique !) que les établissements auront pris soin d'élaborer dans le respect bien sûr des dispositions réglementaires à venir.
- Enfin, dans le degré d'avancement des mutualisations :  
La loi a fixé six champs de mutualisation devant obligatoirement intégrer le périmètre fonctionnel des GHT : systèmes d'informations hospitaliers – SIH, information médicale – DIM, achats, formation continue/écoles/DPC, fonctions assurées par l'établissement support « pour le compte » des établissements parties, mais aussi biologie médicale et imagerie, activités « organisées en commun » par les établissements parties.  
Pour autant, la question du niveau de mutualisation attendu s'agissant de ces six fonctions et activités reste posée sur le terrain. On peut ainsi se demander si les partenaires ne pourraient pas eux-mêmes proposer de

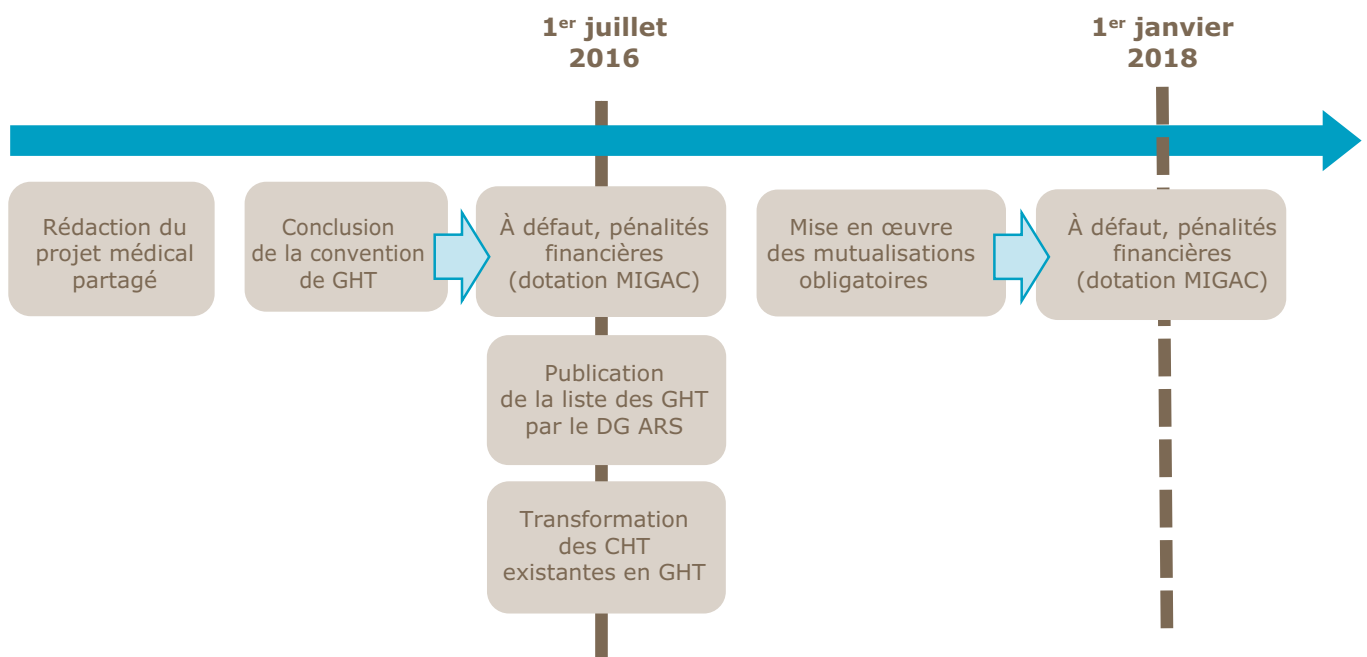
« positionner le curseur », qui pourrait aller de la stricte coordination, au regroupement ou à la « fusion » desdites activités. Le décret application devra bien sûr préciser ce point.

### Textes à venir

Un décret à paraître devra préciser les conditions d'élaboration de la convention constitutive de GHT.

### À retenir

- **Le GHT est un dispositif de coopération conventionnelle.**
- **Il est obligatoire pour tous les établissements publics de santé, sous peine de suspension du versement des dotations MIGAC.**
- **Chaque établissement devra conclure une convention de GHT avant le 1<sup>er</sup> juillet 2016.**
- **Le contenu de la convention constitutive de GHT est fixé par la loi. Toutefois, les établissements publics de santé conservent une certaine liberté contractuelle pour le choix de leurs partenaires, la mise en place de la gouvernance du groupement, et la mise en œuvre des mutualisations attendues.**



**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr





## Fiche 8

# LA CONVENTION CONSTITUTIVE DU GHT



### Textes de référence

⇒ Article 107 de la loi, art. L. 6132-2 et L. 6132-3 du CSP



### Dispositif légal

Le GHT est fondé sur la conclusion par les établissements qui le créent d'une convention constitutive.

Le contenu minimal de la convention constitutive est fixé par la loi. Cette convention doit définir :

- un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé (ARS) territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;
- les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-4 à L. 6132-3 du CSP ;
- les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement ;
- l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;
- les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :
  - la désignation de l'établissement support ;
  - la composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;
  - les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement (CME) pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;
  - le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

La convention constitutive du GHT est élaborée par les établissements signataires. La procédure reste à préciser par voie réglementaire, mais il est d'ores et déjà possible d'indiquer que le projet de convention constitutive est soumis :

- au conseil de surveillance de chaque établissement public de santé pour avis ;
- au directoire de chaque établissement public de santé pour concertation.

La consultation des CME des établissements parties paraît, par ailleurs, incontournable, quoique non imposée par les textes à ce stade.

Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification.

La convention de GHT est, enfin, publiée par l'ARS sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

### Et en pratique : quelle portée juridique de la convention constitutive de GHT ?

Les termes de « convention constitutive » et de « groupement hospitalier de territoire », de même que les implications juridiques du GHT, telles qu'elles sont énoncées par la loi, pourraient laisser croire, à tort, que le GHT est doté de la personnalité morale. La loi refuse pourtant explicitement cette qualité au GHT.

Le contenu de la convention constitutive n'en revêt que plus d'importance. Les établissements doivent se montrer particulièrement vigilants dans la rédaction de la convention, qui seule, permettra de déterminer précisément, au-delà des prescriptions légales :

- les engagements contractuels, non seulement des établissements parties, mais également des structures associées ou partenaires. Ce point est important : là où la loi a pris soin de distinguer établissements parties d'une part, établissements associés et partenaires d'autre part, la convention constitutive doit en tirer les conséquences quant au niveau d'implication et d'engagement contractuel des différents acteurs signataires de la convention ;
- les attributions, obligations et prérogatives de l'établissement support du GHT et de son directeur ;
- les modalités précises de fonctionnement des organes du GHT : comité stratégique, comité territorial des élus, et, le cas échéant, d'autres instances communes mises en place (commission médicale d'établissement – CME, comité technique – CTE, commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques – CSIRMT).

La loi jette les bases d'une gouvernance du groupement, elle reste cependant silencieuse sur la construction des équilibres décisionnels au sein du groupement. C'est donc aux établissements d'en préciser les contours, afin de garantir la légitimité et l'effectivité des décisions qui seront prises.

À travers le GHT, la loi fixe aux établissements publics de santé des objectifs à atteindre, en termes de coordination et coopération médicale, de mutualisations des fonctions supports et médico-techniques, de pilotage. Il s'agit d'une obligation de résultat, inscrite dans un socle juridique, le GHT.

La convention constitutive du GHT doit traduire et expliciter les moyens et engagements pris par les acteurs pour atteindre les objectifs posés. À cet égard, la loi laisse, là encore, aux établissements, une marge de manœuvre certaine pour déterminer les règles de fonctionnement et d'organisation du groupement. Aux établissements de se saisir de cette liberté contractuelle qui leur est laissée pour fixer les « règles du jeu » de la coopération. L'enjeu de sécurisation juridique du dispositif est grand ; il passe par une rédaction pointue de la convention constitutive.

Ces éléments sont d'autant plus essentiels que le dispositif est pérenne. Si la loi prévoit implicitement la possibilité d'une modification, voire d'un renouvellement de la convention constitutive (ce qui suggère que celle-ci pourrait être à durée déterminée), force est de constater que le législateur n'a prévu aucune disposition concernant le retrait d'un GHT (ce qu'il avait fait pour la communauté hospitalière de territoire – CHT).

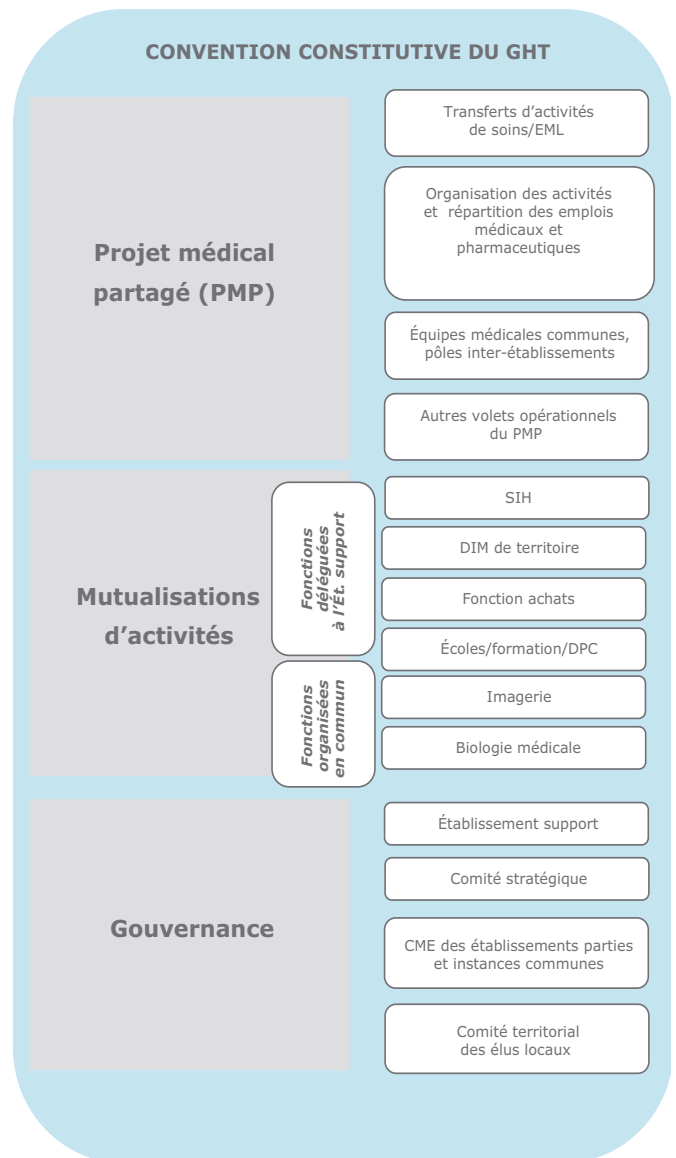
### Textes et outils à venir

Un décret en Conseil d'État devra déterminer les conditions d'élaboration de la convention constitutive de GHT.

Le rapport intermédiaire de la mission GHT conduite par Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU (mai 2015) évoque la possibilité d'une boîte à outils à venir, proposant, notamment, un modèle de convention constitutive et des fiches repères pour le fonctionnement sans personne morale pour chacune des activités mutualisées dans le GHT.

### À retenir

- La convention constitutive constitue le socle juridique du GHT.
- En l'absence de personnalité morale du GHT, la convention constitutive doit déterminer précisément les engagements contractuels des acteurs, les modalités de gouvernance et de pilotage du groupement.
- La loi laisse, à cet égard, une liberté certaine aux acteurs hospitaliers pour construire un dispositif.



**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr



## Fiche 9

# LE PROJET MÉDICAL PARTAGÉ DU GHT



### Textes de référence

⇒ Article 107 de la loi, art. L. 6132-1, art. L. 6132-2, art. L. 6132-5, art. L. 6132-7 du CSP



### Dispositif légal

Le projet médical partagé est le cœur du GHT. Ainsi, dans chaque groupement, les établissements parties (établissements publics de santé et, le cas échéant, établissements ou services médico-sociaux publics) élaborent un projet médical partagé. D'autres acteurs peuvent également, selon des modalités spécifiques, contribuer à l'élaboration du projet médical partagé, sans être parties au GHT : établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, établissements de santé privés, hôpitaux des armées, établissements publics de santé autorisés en psychiatrie (sur ce point, voir la fiche n° 6).

Le projet médical partagé est-il une fusion des projets médicaux des établissements parties au groupement ?

Pas nécessairement. En revanche, il est essentiel de coordonner le contenu des projets médicaux respectifs pour répondre aux besoins de santé, le GHT ayant notamment pour objet de :

- mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ;
- garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Le projet médical partagé est, de toute évidence, la pierre angulaire du dispositif. C'est en effet de celui-ci que découle, en plus des fonctions et activités obligatoirement transférées à l'établissement support :

- l'identification des activités et fonctions à mutualiser, comme l'imagerie diagnostique et interventionnelle ou encore la biologie médicale ;

- l'organisation de la répartition des activités de soins entre établissements (des transferts d'activités de soins et d'équipements matériels lourds entre établissements parties au groupement étant possibles) ;
- la mise en place d'équipes médicales communes ;
- la constitution de pôles interétablissements.

À noter que la loi est, à ce stade, silencieuse concernant les modalités d'élaboration du projet médical partagé ; un décret d'application est attendu. Il est seulement prévu que la convention constitutive de GHT détermine les conditions d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes. Tout est donc à créer à l'occasion de la rédaction du document constitutif support du GHT.

Le projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties est transmis à l'agence ou aux agences régionale(s) de santé territorialement compétente(s) avant la conclusion de la convention constitutive de GHT ; il est intégré à cette convention. À défaut de projet médical partagé, la convention de GHT ne peut être conclue.

C'est après avoir reçu les projets médicaux partagés des établissements souhaitant se regrouper au sein d'un GHT ou en cas d'absence de transmission des projets médicaux partagés, que les directeurs généraux des agences régionales de santé arrêtent le 1<sup>er</sup> juillet 2016, dans le respect du schéma régional de santé, la liste de ces groupements dans la ou les régions concernées et des établissements publics de santé susceptibles de les composer. La publication de cette liste entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque GHT. Il est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

Enfin, un dispositif d'évaluation du projet médical partagé est prévu. En effet, le comité stratégique, composé notamment des directeurs d'établissement, des présidents de CME et des présidents des CSIRMT de l'ensemble des établissements parties au groupement, se prononce sur la mise en œuvre de celui-ci.

**Exemple d'un projet médical partagé dans le cadre d'un GHT :  
femme de 40 ans porteuse d'une tumeur mammaire**

	<b>NIVEAU 1</b> <b>Hôpital de proximité</b>	<b>NIVEAU 2</b> <b>Hôpital de référence</b> Centre hospitalier ou centre de lutte contre le cancer	<b>NIVEAU 3</b> <b>Hôpital de recours</b> Centre hospitalier ou centre de lutte contre le cancer
<b>Établissement</b>			
<b>Diagnostic et définition du protocole thérapeutique</b>	Mammographie de dépistage : masse au niveau du sein.	Réalisation d'une biopsie et mise en place d'un harponnage.  Suspicion de tumeur maligne nécessitant un bilan d'extension : scanner thoraco-abdominal, bilan biologique, hormonal et hépatique, échographie.  Premiers résultats : passage en RCP.	Dossier partagé dans la RCP commune réunissant les établissements des niveaux 1 et 2.
<b>Prise en charge de la patiente</b>	Chimiothérapie. Transfusion sanguine pour anémie.	Chirurgie mammaire.	Radiothérapie. Surveillance TEPSCAN. Reconstruction mammaire.

**Et en pratique : quelle place  
pour les coopérations médicales  
avec le secteur privé ?**

Les établissements de santé privés peuvent être partenaires d'un GHT. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1 du code de la santé publique. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement.

En toute hypothèse, en théorie au moins, les multiples coopérations médicales public/privé antérieures à la loi ne semblent pas remises en cause, y compris celles qui prennent la forme de structures de coopération organique comme les groupements de coopération sanitaire pour la mise en commun des moyens nécessaires au déploiement d'une activité médicale (cancérologie, cardiologie interventionnelle, neurochirurgie notamment) ou encore les groupements d'intérêt économique pour l'exploitation mutualisée d'un scanner ou d'une IRM. Seulement ces coopérations avec le privé ont vocation à se structurer davantage pour s'inscrire dans le cadre général du projet médical partagé. Elles ne se substituent pas à la nécessaire mise en place de filières inter-hospitalières public/public ; elles viennent en complément. Sur ce point, il a été précisé que « les GHT seront respectueuses des coopérations mises en place sur le territoire entre offreurs de soins privés et publics. Il n'est absolument pas question que ces coopérations soient remises en question. Au contraire, elles permettent le nécessaire maillage du territoire et la prise en charge des patients » (1).

Pour autant, sur le terrain, des interrogations fortes demeurent concernant les coopérations public/privé particulièrement intégrées, lorsque l'établissement de santé privé est un partenaire historique et naturel de l'hôpital. Le simple partenariat suffit-il ? Quelle cohérence avec certains choix stratégiques antérieurs ?

**Textes à venir**

Un décret à venir devra définir le projet médical partagé : notion, étendue, articulation avec les projets médicaux d'établissement.

Un décret d'application doit également préciser les conditions dans lesquelles les établissements privés d'hospitalisation peuvent être partenaires d'un GHT.

**À retenir**

- **La loi fait du projet médical partagé le socle du GHT.**
- **C'est en considération des éléments du projet médical partagé que se décline ensuite le périmètre du GHT.**
- **Tous les établissements ne pouvant assurer toutes les activités, le projet médical partagé a comme objet principal de mettre en place une stratégie territoriale de complémentarité. Dans ce cadre, il a vocation à déterminer par filière une offre de proximité, de recours et de référence.**

**Docteur Frédéric POUJADE**  
**Stéphanie SEGUI-SAULNIER**  
stephanie.segui@cneh.fr

(1) Cf. Rapport intermédiaire « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire », Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, mai 2015.

## Fiche 10

# LES MUTUALISATIONS AU SEIN DU GHT



### Textes de référence

⇒ Article 107, art. L. 6132-2 et L. 6132-3 du CSP



### Dispositif légal

Les mutualisations d'activités constituent, avec le projet médical partagé, le cœur du dispositif de coopération voulu par le législateur à travers le GHT.

La loi impose ainsi que plusieurs fonctions fassent l'objet, dans la convention constitutive, d'une délégation à l'établissement support du groupement, chargé de les assurer pour le compte des établissements parties au groupement :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4 du CSP. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7 du CSP, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels des établissements parties au groupement.

Ces quatre domaines de mutualisation sous le pilotage de l'établissement support sont impératifs. L'établissement support du GHT peut également gérer, pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements, tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Par ailleurs, les débats parlementaires ont introduit dans la loi deux activités supplémentaires, que les établissements parties au GHT sont tenus d'organiser en commun, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissements. Il s'agit :

- de l'imagerie diagnostique et interventionnelle ;
- de la biologie médicale.

De même, certaines activités de nature hospitalo-universitaire seront placées sous la coordination d'un centre hospitalier universitaire (qui sera obligatoirement, soit partie, soit associé au GHT). Il s'agit :

- des missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- des missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 du CSP ;
- des missions de gestion de la démographie médicale ;
- des missions de référence et de recours.

Enfin, la loi tire les conséquences de la constitution d'un GHT sur certaines procédures applicables aux établissements publics de santé :

- d'une part, la certification des établissements de santé prévue à l'article L. 6113-3 du CSP (certification HAS) est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement. À noter que l'appréciation mentionnée à l'article L. 6113-3 du CSP fait l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du GHT ;
- d'autre part, pour chacun des établissements de santé parties à un GHT, le directeur général de l'agence régionale de santé prend en compte l'ensemble des budgets des établissements du GHT pour apprécier l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ainsi que le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

### Et en pratique : quelle mise en œuvre de ces mutualisations pour la plupart obligatoires ?

Le changement est inédit. La loi impose à la fois le principe de la coopération entre établissements publics de santé, mais également le contenu de cette coopération, à travers la détermination de champs de mutualisation obligatoires.

Ce changement est également majeur, puisque :

- quatre fonctions doivent faire l'objet d'une délégation à l'établissement support du groupement ;
- deux autres doivent être organisées en commun ;
- les activités de nature hospitalo-universitaire à l'échelle d'un GHT sont placées sous la responsabilité d'un CHU.

Ces prescriptions légales posent néanmoins un certain nombre de questions, qui pourront trouver un début de réponse avec le décret à paraître pour préciser les conditions de délégation des fonctions.

- La première question porte sur le niveau de mutualisation attendu quant aux fonctions déléguées. Où positionner le curseur sur le terrain ?

Force est de constater que le terme même de « délégation de fonctions » ne trouve à ce jour pas de traduction claire sur le plan juridique. Dans ces conditions, c'est bien plutôt la cohérence globale du dispositif du GHT qu'il conviendra d'apprécier. La délégation de fonctions,

qui sera conçue, au sein de chaque GHT, devra ainsi être la conséquence logique et opérationnelle des axes stratégiques du projet médical partagé adopté par les établissements parties.

L'ampleur de la délégation, pour chaque fonction listée par la loi, sera ainsi propre à l'architecture de chaque GHT.

- La seconde question, que sous-tend le dispositif légal, est celle des outils juridiques qui doivent être mis en œuvre pour permettre cette délégation de fonctions au profit de l'établissement support, le GHT ne disposant pas de la personnalité morale. Il apparaît délicat que la convention constitutive puisse constituer un vecteur juridique suffisant et adapté pour permettre les mutualisations induites par la loi. En effet, des risques liés notamment au droit de la commande publique sont en jeu (la récente ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics apportant des éléments au débat sur ce point).

Nonobstant, le principe de spécialité applicable aux établissements publics de santé, et qui interdit à ces derniers d'exercer des activités autres que celles en vue desquels ils sont créés, continue de faire obstacle à ce qu'un établissement hospitalier fournisse certaines prestations (notamment logistiques) à un autre établissement, par simple convention. À cet égard, la coopération continuerait de nécessiter, par souci de sécurité juridique, la constitution d'une structure organique de coopération pour toute ou partie des mutualisations imposées par la loi.

## Textes à venir

Un décret en Conseil d'État devra préciser les conditions de délégation des fonctions mentionnées à l'article L. 6132-3 du CSP.

## À retenir

- **Le GHT suppose la délégation de quatre fonctions par les établissements parties à l'établissement support : systèmes d'information hospitaliers (SIH), département de l'information médicale (DIM) de territoire, fonctions achats, coordination des écoles, plans de formation et plans de DPC. D'autres mutualisations, facultatives, sont envisageables, au choix des partenaires.**
- **La convention constitutive devra préciser le niveau et les modalités de ces mutualisations.**
- **Les établissements parties sont également tenus d'organiser en commun les activités d'imagerie et de biologie médicale.**
- **Le GHT devra comporter en son sein un CHU partie ou associé pour la prise en charge des activités liées à la « valence hospitalo-universitaire ».**
- **La certification des établissements parties sera conjointe.**
- **L'examen de l'EPRD et du PGFP de chaque établissement se fera au regard de l'ensemble des établissements parties au GHT.**

### FOCUS : ce que dit le rapport HUBERT-MARTINEAU

S'agissant des activités médico-techniques, en particulier l'imagerie et la biologie médicale, le rapport HUBERT-MARTINEAU précise les objectifs à atteindre en termes de mutualisations :

*« La mutualisation des services médico-techniques est un levier indispensable d'amélioration des pratiques et de la qualité des activités du groupement. Il paraît en effet difficilement envisageable de bâtir de véritables filières interhospitalières de prise en charge sans que l'ensemble des activités support soient homogénéisées. Les patients pris en charge dans l'un des établissements du groupement, doivent pouvoir avoir la garantie de bénéficier d'examen médico-techniques homogènes, qu'ils soient transférés vers un autre site ou non. Le professionnel de santé exerçant en multisite doit également pouvoir solliciter des fonctions médico-techniques d'organisation et de qualité identiques quel que soit l'endroit où il exerce sa vacation.*

*La mutualisation de l'imagerie permettrait également de mettre en place de véritables stratégies publiques d'imagerie, de mutualiser les équipements et les investissements nécessaires en vue d'un accès à des soins de qualité. Elle fait partie intégrante d'un projet médical de territoire, sans être excluante des coopérations publiques – privées existantes, particulièrement développées dans cette activité.*

*La mutualisation de la biologie médicale est, quant à elle, un levier offrant la possibilité aux laboratoires publics de conserver une biologie médicale de proximité tout en développant la biologie médicale de pointe grâce à une harmonisation des protocoles et pratiques, une mutualisation des moyens techniques, et la constitution d'équipes de biologie médicale de territoire. Dans la perspective de l'accréditation COFRAC attendue pour l'année 2016, la définition d'une organisation commune de l'activité de biologie médicale est une solution efficace de maintien d'une offre publique de biologie médicale sur l'ensemble du territoire, supplantant une logique territoriale à une logique de fonctionnement en entités juridiques.*

*(...) Cette convergence de l'ensemble des activités médico-techniques correspond aux attentes des professionnels de santé en leur permettant de s'inscrire dans des logiques d'équipes, et de développer l'attractivité de leurs professions. C'est ce que leurs représentants nous ont tous exprimé lors des auditions conduites. Nous ne proposons pas des plateaux techniques uniques mais bien une organisation commune, garantissant une homogénéité de pratiques et laissant la souplesse nécessaire aux établissements pour construire ensemble les mutualisations les plus adaptées à leurs territoires... ».*

Mission GHT conduite par Jaqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, rapport intermédiaire, mai 2015.

[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_intermediaire\\_Mission\\_GHT\\_definitif.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_intermediaire_Mission_GHT_definitif.pdf)

## Fiche 11 LE PILOTAGE DU GHT



### Textes de référence

⇒ Article 107 de la loi, art. L. 6132-2, art. L. 6132-5 du CSP



### Dispositif légal

Si la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la création de GHT, elle dessine surtout les contours d'une véritable restructuration de l'offre de soins.

Mais en pratique, comment piloter les GHT ?

Tout d'abord, un prérequis structure, au plan de son pilotage, la construction du GHT : l'absence de personnalité morale. Sur ce point, il a été indiqué, dans le rapport intermédiaire « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire », de Jacqueline Hubert et de Frédéric Martineau de mai 2015, que « l'expérience a montré qu'il était possible de bâtir des coopérations très intégrées sans créer de personnalité morale. A fortiori, c'est probablement l'une des conditions de réussite d'une coopération que de ne pas créer de nouvelle entité. Cela garantit une légèreté et simplicité de fonctionnement d'une part, et permet des modalités de prise de décision claires et efficaces d'autre part ».

Aussi, pour pallier l'absence de personnalité morale, différents dispositifs ont été prévus dans la loi :

- La désignation d'un établissement support, disposant d'un rôle singulier par rapport aux autres membres du GHT et chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, certaines fonctions et activités déléguées (sur ce point, cf. fiche n° 12).  
La désignation de l'établissement support doit être approuvée par les deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties au groupement. À défaut, l'établissement support est désigné par le directeur général de l'ARS concernée, après avis du comité territorial des élus locaux.
- La reconnaissance de compétences spécifiques au chef de l'établissement support, véritable patron du GHT (sur ce point, cf. fiche n° 12).
- La mise en place d'un comité stratégique, chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé.  
Ce comité comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence.
- La mise en place d'un comité territorial des élus, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

À ce titre, ce comité peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

La publication de la liste des GHT par le directeur général de l'ARS entraîne la création du comité territorial des élus locaux de chaque groupement. Le comité est composé des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement.

- La création d'instances communes.  
La convention constitutive de GHT définit, le cas échéant, la mise en place d'instances communes. Les textes ne précisent pas quelles sont les instances concernées : CME ? CTE (comité technique d'établissement) ? CSIRMT ? autres ?  
De même, ils sont tout autant silencieux pour ce qui concerne la composition de ces instances et leur articulation avec les instances des membres.  
Tout reste donc à définir en la matière.
- La mise en place de pôles interétablissements.  
La convention constitutive de GHT définit l'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements.  
Différentes questions se posent : comment désigner le chef de pôle de territoire ? Quelles fonctions pour le chef de pôle de territoire ? Faut-il passer un contrat de pôle de territoire ? Comment et avec qui ? Quel projet pour le pôle de territoire ?  
Là encore, ces éléments restent à définir.

### Et en pratique : la direction commune, gage de cohérence, pour piloter le GHT ?

Pour mémoire, la direction commune fonctionne selon les modalités suivantes :

- sur délibération identique des conseils de surveillance de plusieurs établissements publics de santé, ceux-ci peuvent être gérés dans le cadre d'une convention de direction commune (art. 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière) ;
- chaque établissement conserve sa personnalité juridique, son autonomie financière et ses instances ;
- le directeur en charge de la direction commune assume pour chacun des établissements partenaires les missions de chef d'établissement.

Mise en perspective avec les compétences spécifiques reconnues au chef de l'établissement support, la direction commune, calquée sur le périmètre du GHT, confère l'intégralité des compétences et responsabilités des chefs d'établissement des établissements parties au groupement au chef de l'établissement support du GHT. Un dispositif simple pour un pilotage efficient, sans avoir

besoin de constituer une structure de coopération organique en plus.

Par conséquent, si dans le cadre d'un GHT, une direction commune est instituée entre les membres du GHT, il existe une équation simple :

$$\text{Convention de GHT} + \text{Convention de direction commune} = \text{Gouvernance facilitée}$$

### Textes à venir

Des décrets sont en principe prévus pour définir les modalités de constitution d'une CME commune ainsi que les modalités de représentation des soignants au sein d'une instance commune.

### À retenir

- **Divers outils sont prévus pour faciliter le pilotage du GHT : rôle singulier de l'établissement support, compétences spécifiques reconnues au chef de l'établissement support, mise en place d'instances (comité stratégique, comité territorial des élus, instances représentatives des personnels communes), création de pôles interétablissements.**
- **Associés à une direction commune dont le périmètre correspond à celui du GHT, ces outils facilitent le pilotage du GHT.**

### **FOCUS : retour sur la mise en place d'instances communes dans le cadre des Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) : cas particulier de la CME**

L'article R. 6132-31 du code de la santé publique prévoyait que la convention de CHT puisse créer une ou plusieurs instances communes, dont une CME, un CTE ou CSIRMT. La composition et les modalités de fonctionnement de la CME, du CTE et de la CSIRMT communes étaient déterminées dans la convention de CHT par référence aux règles applicables à ces instances. La convention devait assurer une représentation minimale et équilibrée des représentants des personnels des établissements parties à la communauté dans le cadre des instances communes. Les instances communes étaient saisies par le président de la commission de communauté, à qui elles rendaient leurs avis. Ces avis étaient transmis aux instances des établissements parties.

Plus précisément en ce qui concerne la CME commune, il était prévu que cette instance soit obligatoirement consultée sur les matières suivantes :

1° Les modifications apportées au projet médical de la communauté.

2° Lorsqu'il en existait un, le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de la communauté.

3° Les CPOM (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens), les projets d'établissement, les plans globaux de financement pluriannuels et les programmes d'investissement des établissements parties à la convention de CHT.

À titre facultatif, la convention pouvait, par ailleurs, prévoir que la CME commune serait consultée sur d'autres matières entrant directement dans le champ des compétences des établissements partenaires. Étaient ainsi concernées les compétences de la CME définies aux articles R. 6144-1 (projet médical d'établissement, projet d'établissement, modifications des missions de service public attribuées à l'établissement, règlement intérieur de l'établissement, programmes d'investissements concernant les équipements médicaux, conventions passées avec les établissements universitaires, plan de développement professionnel continu, politique d'intéressement et bilan social), R. 6144-2 (politique d'amélioration continue de la qualité), R. 6144-2-1 (élaboration des projets d'accueil et de prise en charge des usagers) et R. 6144-2-2 du code de la santé publique (programme d'action dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et rapport annuel présentant l'évolution des indicateurs de suivi qui en découle).

Enfin, la CME commune était informée sur toutes les matières prévues à l'article R. 6144-1-1 du code de la santé publique (budget initial et ses modifications, compte financier et affectation des résultats, CPOM, rapport annuel d'activité, contrats de pôle, bilan annuel des tableaux de service, politique de recrutement des emplois médicaux, organisation de la formation des étudiants et internes et liste des postes ouverts, projet de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques, organisation interne de l'établissement, programmation des travaux, de l'aménagement des locaux ou de l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins).

Prévue pour la CHT, mais pas utilisée sur le terrain, une CME commune peut être mise en place dans le cadre d'un GHT. Quelle application en pratique les établissements publics de santé feront-ils de cette disposition ?

En toute hypothèse, si dans le cadre du GHT, le choix d'une CME commune est fait, il conviendra d'acter sa composition, de définir précisément son rôle ainsi que l'articulation de son champ de compétence avec celui de la CME des établissements parties, en particulier les modalités de prise en compte par les CME respectives des établissements parties des avis rendus par la CME commune.



## Fiche 12

# LE RÔLE SINGULIER DE L'ÉTABLISSEMENT SUPPORT DU GHT



### Textes de référence

⇒ Article 107 de la loi, art. L. 6132-2, art. L. 6132-3 et art. L. 6143-7 du CSP



### Dispositif légal

Selon la loi de modernisation de notre système de santé, il y a bien un patron, véritable garant du fonctionnement opérationnel du GHT : le chef de l'établissement support.

Chaque GHT dispose d'un établissement support, chargé d'assurer pour le compte des autres établissements parties au groupement certaines fonctions et activités déléguées, à savoir :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement ;
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire ;
- la fonction achats ;
- la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

À ce socle d'activités et de fonctions obligatoirement déléguées à l'établissement support, s'ajoute la possibilité pour ce dernier de gérer également, pour le compte des établissements parties, des équipes médicales communes, des pôles interétablissements ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques. Enfin, les établissements parties au GHT organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de biologie médicale, le cas échéant, au sein d'un pôle interétablissements, sans qu'un rôle spécifique ait été attribué, en la matière, à l'établissement support.

À noter que la loi est particulièrement silencieuse sur le rôle de l'établissement support dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical partagé. Seule est prévue une évaluation de la mise en œuvre du projet médical partagé par le comité stratégique (sur ce point, voir la fiche n° 9). Pour autant, dès qu'il y aura constitution d'équipes médicales communes et/ou de pôles interétablissements de territoire dans le cadre des fonctions et activités possiblement déléguées, l'établissement support reprendra la main sur le déploiement opérationnel du projet médical partagé.

Contrepartie naturelle aux délégations d'activités au profit de l'établissement support de GHT, des attributions spécifiques ont été reconnues au chef de l'établissement

support dans le cadre des activités et fonctions entrant dans le périmètre du GHT. La rédaction de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique, qui fonde les compétences du directeur, président du directoire, pour la conduite de son établissement est modifiée.

Ainsi, par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce lesdites compétences pour le compte des établissements de santé parties au GHT pour l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 6132-3 (SIH, DIM, politique achats, formation, équipes médicales communes, pôles interétablissements, activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, biologie médicale). Il disposerait donc d'une compétence pleine et entière de chef d'établissement (pouvoir décisionnel, représentation légale, ordonnateur des dépenses et des recettes, pouvoir de nomination...) dans le champ des fonctions et activités déléguées.

Cette disposition est essentielle, car le chef de l'établissement support serait, sur cette base, doté de toutes les compétences nécessaires à la gestion des fonctions et activités entrant dans le périmètre obligatoire et également facultatif du GHT ; il disposerait de tous les leviers d'action possibles pour structurer les organisations découlant des fonctions et activités mutualisées dans le cadre du GHT. Associée à une convention de direction commune, elle conférerait l'intégralité des compétences et responsabilités des chefs des établissements parties au chef de l'établissement support (sur ce point, cf. *focus infra*).

### Et en pratique : la création de véritables groupes hospitaliers de territoire ?

Avec le dispositif de délégations d'activités et de fonctions (pour certaines obligatoires, pour d'autres facultatives) à l'établissement support, celui-ci est bien positionné comme disposant d'un statut particulier. Il y a donc, au sein du GHT, l'établissement support et les autres établissements, l'établissement support « *assurant pour le compte du GHT tous les actes et opérations requérant un support organique* » (1).

Tel n'était pas le cas, précédemment, avec l'établissement siège de CHT qui ne disposait quant à lui d'aucune attribution particulière. Ainsi organisé, le GHT apparaît comme restructurant de manière importante le paysage hospitalier ; de véritables groupes hospitaliers vont se créer autour d'un établissement support, véritable pivot, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016.

Cette restructuration mise en perspective avec les attributions spécifiques reconnues au chef de l'établissement support du GHT pour les fonctions et activités entrant dans le périmètre du groupement modifie en profondeur l'exercice du métier de directeur. Les décideurs hospitaliers vont « *endosser des responsabilités territoriales, dans le cadre de stratégies de groupe* » (1). Les directeurs des autres établissements parties au groupement deve-

(1) Cf. Rapport intermédiaire « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire », Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, mai 2015.

nant des directeurs de site, de réelles interrogations se posent sur le terrain :

- Quelle composition et organisation pour l'équipe territoriale de direction ?
- Quel fonctionnement des comités territoriaux de direction ?
- Comment manager des managers à l'échelon du territoire ?
- Quelles responsabilités pour ces managers ?
- Quel dispositif retenir pour la gestion des instances ?

### Textes à venir

Un décret d'application est attendu concernant les conditions dans lesquelles les postes correspondant aux emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et donnant notamment lieu à la constitution d'équipes médicales communes et à la constitution de pôles interétablissements, vont être portés à la connaissance des praticiens exerçant au sein des établissements parties au GHT ainsi que les modalités selon lesquelles ils

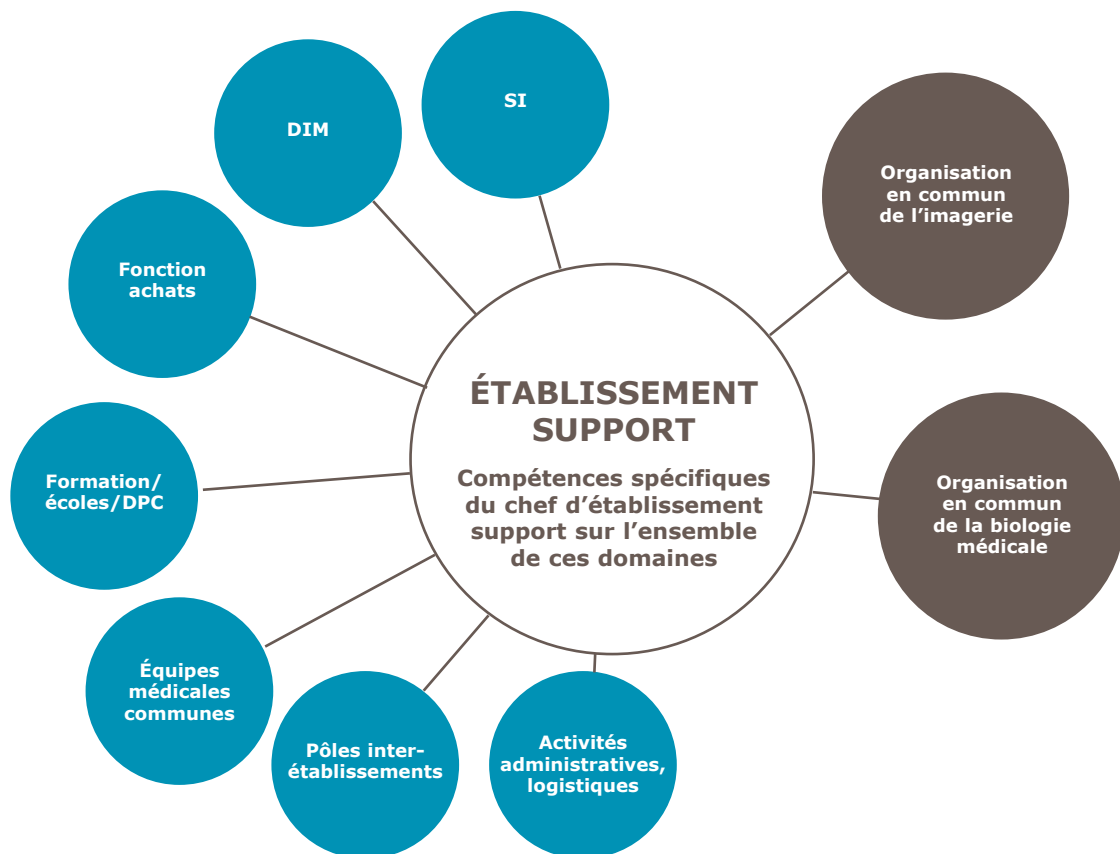
sont pourvus de manière à leur permettre de s'engager dans la mise en œuvre du projet médical.

Des décrets sont également annoncés concernant la révision du régime indemnitaire des directeurs d'hôpital de sorte à intégrer un dispositif de rémunération uniforme et adapté à l'accroissement des responsabilités des chefs des établissements supports, la territorialisation de la majorité des postes de directeurs adjoints, l'éventuelle mise en place de postes de directeurs délégués, auprès du directeur de l'établissement support (1).

### À retenir

- **Le GHT généralise une organisation hospitalière fondée sur la notion de groupe.**
- **Dans ce contexte, l'établissement support, véritable pivot, est renforcé. Il dispose d'un statut particulier.**
- **Le chef de l'établissement support, véritable patron du GHT, jouit de compétences spécifiques pour garantir le fonctionnement opérationnel du groupement.**

#### Le chef d'établissement support du GHT : des compétences spécifiques pour piloter le GHT



**Stéphanie SEGUI-SAULNIER**  
stephanie.segui@cneh.fr

(1) Cf. Rapport intermédiaire « Mission Groupements Hospitaliers de Territoire », Jacqueline HUBERT et Frédéric MARTINEAU, mai 2015.

## Fiche 13

# LES PLATEAUX MUTUALISÉS D'IMAGERIE MÉDICALE



### Textes de référence

⇒ Art. 113 de la loi, art. L. 6122-15 du CSP



### Dispositif légal

Afin d'organiser la collaboration entre les professionnels médicaux compétents en imagerie, l'agence régionale de santé (ARS) peut, à la demande des professionnels concernés, autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale impliquant au moins un établissement de santé et comportant plusieurs équipements matériels lourds d'imagerie diagnostique différents, des équipements d'imagerie interventionnelle ou tout autre équipement d'imagerie médicale.

Les titulaires des autorisations élaborent à cet effet un projet de coopération qu'ils transmettent à l'ARS.

Le projet de coopération prévoit les modalités selon lesquelles les professionnels contribuent à la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé.

Lorsque le projet de coopération implique un établissement public de santé partie au GHT, la création d'un plateau mutualisé d'imagerie médicale peut être autorisée dès lors que l'organisation commune des activités d'imagerie réalisée au titre du GHT, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissements, ne permet pas de répondre aux besoins de santé du territoire et qu'elle n'a pas été constituée dans le délai fixé par la convention constitutive de GHT.

Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale accordées par l'ARS doivent être compatibles avec les orientations du schéma régional en ce qui concerne les implantations d'équipements matériels lourds.

L'autorisation est accordée pour une durée de 5 ans renouvelable, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, au vu des résultats d'un appel à projets lancé par l'ARS.

La facturation des dépassements de tarifs ne s'applique pas au patient qui est pris en charge au titre de l'urgence ou qui est bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé (personnes résidant de manière stable et régulière et bénéficiant, à certaines conditions, de la prise en charge des frais de santé / bénéficiaires d'une

déduction sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle auprès d'une mutuelle ou d'une institution de prévoyance).

### Et en pratique : plateaux mutualisés d'imagerie médicale, révolution ou simple pérennisation d'un dispositif antérieur ?

L'article 113 de la loi reprend le dispositif du plateau mutualisé d'imagerie médicale prévu par l'article 33 de la loi n° 2011-940 du 10 août 2011.

Pour mémoire, l'article 33 de la loi précitée avait pour objectif de répondre aux difficultés constatées sur le terrain en matière d'équipements d'imagerie médicale, en mutualisant ces équipements et en réfléchissant par plateaux plutôt que par équipements. Le rapport annuel de la Cour des comptes sur la sécurité sociale pour l'année 2010 avait en effet relevé que le régime des autorisations pour les équipements lourds d'imagerie médicale ne garantissait pas une accessibilité suffisante de la population aux examens. La fragilité de la définition du besoin et, au-delà, du nombre d'appareils et d'actes nécessaires, l'insuffisance de la réflexion sur l'organisation de l'accès aux soins, conduisaient à une prise en charge insatisfaisante des patients atteints de pathologies définies pourtant comme priorités de santé publique.

Ce dispositif, prévu sous la forme d'une expérimentation, n'a cependant jamais pu fonctionner, dans la mesure où les décrets d'application nécessaires n'ont jamais été pris.

La loi de modernisation du système de santé rend pérenne le dispositif en confiant directement aux ARS la possibilité d'autoriser la création de plateaux mutualisés d'imagerie médicale, sur l'initiative des professionnels de santé.

### Textes à venir

Aucun décret d'application n'est prévu.

### À retenir

- **Les plateaux mutualisés d'imagerie sont laissés à l'initiative des ARS.**
- **Le dispositif n'est plus simplement expérimental ; il est pérennisé.**

**Stéphanie SEGUI-SAULNIER**  
stephanie.segui@cneh.fr



## Fiche 14

# L'ÉVOLUTION DES GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS)



### Textes de référence

- ⇒ Art. 108 de la loi, art. L. 6133-1 du CSP
- ⇒ Art. 201 de la loi



### Dispositif légal

En matière de GCS, l'évolution est double.

Tout d'abord, l'article 108 de la loi de santé définit un nouvel objet au GCS. Ainsi, sur cette base, un GCS peut être constitué pour exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres, conformément aux articles L. 6122-1 et suivants du CSP. Dans ce cas, la convention constitutive du groupement fixe la répartition des responsabilités en matière d'admission des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant. Dès lors, par dérogation aux articles L. 6122-4 du CSP et L. 162-21 du code de la sécurité sociale, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres, dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 du CSP.

Ensuite, l'article 201 de la loi prévoit que le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances des mesures relevant du domaine de la loi permettant de faciliter la constitution et le fonctionnement des groupements de coopération sanitaire (GCS) et visant à :

- adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des GCS et clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations, notamment de soins, par un GCS ;
- définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un GCS et étendre aux GCS de moyens de droit public, s'agissant des instances représentatives du personnel, l'application de l'article L. 4111-1 du code du travail et de l'article L. 6144-3 du code de la santé publique (constitution du comité technique d'établissement) ;
- adapter le régime fiscal des GCS ;
- faciliter l'exploitation par les GCS d'une pharmacie à usage intérieur et d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation ;
- supprimer, dans le code de la santé publique, les références aux fédérations médicales hospitalières et modifier les dispositions relatives aux GCS à l'article 121 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

### Et en pratique : pourquoi vouloir faciliter la constitution et le fonctionnement des GCS ?

D'une manière générale, le régime juridique applicable à la constitution du GCS et à son fonctionnement est aujourd'hui parfois trop contraignant pour mener à bien certains projets. Le régime des autorisations en est la parfaite illustration.

En effet, depuis la loi HPST, il n'est plus possible de créer un GCS de moyens fonctionnant sur la base de la mise à disposition de l'autorisation de soins détenue par l'un de ses membres. Par conséquent, en cas de mutualisation d'une activité clinique, les partenaires doivent créer un GCS de moyens titulaire d'une autorisation d'activité de soins. Or, le régime juridique applicable à un tel GCS emporte de nombreuses conséquences :

- Le GCS de moyens est érigé en établissement de santé par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). À noter que le statut de l'établissement de santé dépend de la nature juridique du GCS de moyens « support ».  
Ainsi, lorsque le directeur général de l'ARS accorde une autorisation d'activité de soins à un GCS de droit privé, l'établissement de santé qui en est issu est de nature privée ; lorsque le directeur général de l'ARS accorde une autorisation d'activité de soins à un GCS de droit public, l'établissement de santé qui en est issu est un établissement public de santé.
- Le GCS est tenu des droits et obligations des établissements de santé, notamment pour ce qui concerne l'organisation et la sécurité des soins.  
L'article R. 6133-13 du code de la santé publique indique que l'établissement de santé issu du groupement reste régi par les règles des GCS et est tenu, en sus, au respect des règles applicables aux établissements de santé. L'établissement se dote de toutes les instances nécessaires au fonctionnement d'un établissement de santé. Ces instances sont à définir selon la nature publique ou privée de l'établissement.  
Une organisation précise doit se mettre en place pour assurer la prise en charge des patients : vigilances sanitaires, circuit du médicament, dossier patient...
- L'activité clinique concernée est transférée au GCS qui la met en œuvre et l'exploite ; elle n'est plus déployée au niveau du (des) établissement(s) membre(s).
- Les patients deviennent des patients du GCS érigé en établissement de santé ; ils ne sont plus des patients des établissements membres.
- Le GCS est financé sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé.

Face à la complexité de ce dispositif et aux enjeux stratégiques et financiers qui en résultent, certains établissements et / ou ARS ont préféré ne pas mettre en place de telles coopérations.

Aussi, dans un contexte où l'application stricte de la norme juridique peut, sur le terrain, bloquer voire faire échouer certains projets, il est apparu indispensable de travailler sur un assouplissement de certaines dispositions.

### Textes à venir

- Une ordonnance doit être produite, dans un délai d'un an, à compter de la promulgation de la loi (cf supra).
- Un projet de loi de ratification de l'ordonnance est à déposer devant le Parlement, dans un délai de trois mois, à compter de la publication de l'ordonnance.

### À retenir

- **L'application stricte du cadre juridique applicable au GCS peut gêner voire empêcher la constitution de tels groupements.**
- **Aussi, est-il prévu de faciliter la constitution et le fonctionnement des GCS par la voie des ordonnances.**
- **La loi prévoit d'ores et déjà la possibilité pour un GCS d'être constitué pour exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres.**

| **Stéphanie SEGUI-SAULNIER** |  
stephanie.segui@cneh.fr |



## Fiche 15

# LES ÉVOLUTIONS DE LA GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE



### Textes de référence

⇒ Article 195 de la loi, art. L. 6146-1, L. 6143-7-3, L. 6144-2 du CSP



### Dispositif légal

Les évolutions introduites par la loi concernant la gouvernance des établissements publics de santé sont de deux ordres : elles concernent les pôles d'une part, et le président de la commission médicale d'établissement (CME) d'autre part.

#### 1. Les pôles

Les pôles cliniques et médico-techniques font désormais l'objet d'un « bornage ». Un décret doit ainsi fixer :

- le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative ;
- le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle.

La loi redéfinit également les pôles d'activité :

« Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Dans les centres hospitaliers universitaires, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés pôles hospitalo-universitaires. »

La procédure de désignation des chefs de pôle est revue :

« Le directeur nomme les chefs de pôle. Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale d'établissement, et, dans les centres hospitalo-universitaires, sur proposition conjointe du président de la commission médicale d'établissement et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret. Leur mandat peut être renouvelé dans les mêmes conditions. »

Les modalités de conclusion du contrat de pôle évoluent également :

« Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.

*Dans les pôles hospitalo-universitaires, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités, le président du comité de coordination du comité de l'enseignement médical, contresigne également le contrat. »*

Enfin, s'agissant du fonctionnement interne des pôles, la loi apporte deux précisions :

- le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle ;
- les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le projet social de l'établissement est adapté en conséquence puisqu'il devra porter également sur le dialogue interne au sein des pôles, dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte.

#### 2. Le président de CME

S'agissant du président de CME, la loi annonce par renvoi au pouvoir réglementaire la révision de certaines dispositions relatives à cette fonction. Ainsi, un décret fixera :

- les modalités d'exercice des fonctions de président de la CME ;
- les conditions dans lesquelles une charte de gouvernance est conclue entre le président de la CME et le directeur de l'établissement, qui prévoit :
  - les modalités des relations entre le président de la CME et les pôles d'activité clinique et médico-technique au sein de l'établissement ;
  - les modalités de la représentation de l'établissement auprès des autorités ou organismes extérieurs par le président de la CME ;
  - les moyens matériels et humains mis à disposition du président de la CME.

Le président conserve son pouvoir de proposition des membres médicaux pour la composition du directoire. La procédure de désignation sur présentation d'une liste est maintenue, avec une nuance : en cas de second désaccord, le directeur doit une nouvelle fois solliciter l'avis du président de CME avant de désigner les membres.

Ajoutons pour mémoire que la CME devra comporter des représentants des personnels maïeutiques.

### Et en pratique : changement ou continuité de la gouvernance hospitalière ?

La loi HPST avait, en 2009, profondément modifié la gouvernance hospitalière. La poursuite du mouvement initié en 2005 :

- conforte les pôles dans l'organisation hospitalière ;

- se traduit par un renforcement de la place du président de CME dans les procédures décisionnelles.

Le législateur souhaite ainsi renforcer la cohérence de l'exécutif des établissements avec la claire volonté de mieux traduire, dans le respect des attributions du chef d'établissement, le caractère nécessairement médical de la gouvernance hospitalière.

La loi renforce ainsi la place du président de la CME dans la désignation :

- des chefs de pôles : le président de la CME propose la nomination des chefs de pôle.  
Le principe de la liste établie par le président de la CME est abandonné. Cette procédure simplifiée permettra au président de la CME de prendre le temps d'un dialogue avec la CME, avant de formuler sa proposition ;
- des membres du directoire : le président de la CME émet un avis lors de la désignation de membres du directoire en cas de nouveau désaccord (le principe de la liste est maintenu mais le directeur ne peut plus dans ce cas nommer les membres de son choix sans avoir demandé au préalable l'avis du président de la CME). Cela renforce son rôle dans la désignation des médecins au directoire.

La loi permet également au président de la CME de participer à plusieurs contrats :

- la signature des contrats de pôle. Il est prévu que les contrats de pôle fassent l'objet d'un examen par le président de la CME (ainsi que, le cas échéant, le doyen de l'université) de l'établissement, afin d'assurer la cohérence avec le projet médical. Cet examen se traduit par un contreseing du contrat ;

- la signature entre le directeur et le président de CME d'une charte de gouvernance.

Sur tous ces points, la loi s'inscrit dans une véritable logique de continuité avec la réforme de gouvernance mise en place en 2009.

## Textes à venir

Plusieurs textes sont attendus :

- un décret fixera le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle ;
- un décret fixera les modalités d'exercice des fonctions de président de la CME et les conditions dans lesquelles une charte de gouvernance est conclue entre le président de la CME et le directeur de l'établissement.

## À retenir

- **Les pôles font désormais l'objet d'un bornage minimal et maximal en nombre d'agents.**
- **Des ajustements sont apportés à la procédure de désignation des chefs de pôle et des membres du directoire.**
- **Le rôle du président de CME est conforté.**
- **Le directeur conclut avec le président de CME une charte de gouvernance.**

**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr



## Fiche 16

### LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)



#### Textes de référence

⇒ Article 183 de la loi, art. L. 1112-3 et L. 6144-1 du CSP



#### Dispositif légal

L'article 183 de la loi de modernisation de notre système de santé renove la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) en la renommant commission des usagers (CDU). Elle y renforce la place des représentants des usagers et élargit ses attributions.

« Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

*La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.*

*Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données.*

*Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Un décret en Conseil d'État prévoit notamment les modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels...».*

#### Et en pratique : qu'en sera-t-il dorénavant de l'effectivité de la commission des usagers suite à son évolution/mutation ?

Ce dispositif modifie considérablement l'économie générale de cette commission qui demeure l'une des quatre grandes commissions opérationnelles de l'établissement depuis la loi HPST de 2009. En permettant la présidence par un représentant des usagers en lieu et place du directeur de l'établissement le texte en renforce la place au sein de la structure, afin que ceux-ci soient mieux identifiés et reconnus. Par ailleurs, le renforcement logique des

attributions de la commission s'accorde avec les préoccupations relatives à la prise en charge des patients.

Aussi, il est prévu que la commission, au-delà de son rôle propre :

- participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ;
- soit associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité des soins élaborée par la CME. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données ;
- soit investie d'un pouvoir d'auto-saisine pour tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité des soins élaborée par la CME. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données ;
- soit informée des actions menées par l'établissement pour remédier aux événements indésirables graves et, de ce fait, ait accès à la liste de tous les événements indésirables graves recensés. Cependant un dispositif sera pris pour sécuriser cette avancée, décrivant les conditions de transmission de cette liste, qui comporte des données confidentielles.

Le pouvoir d'auto-saisine ancre clairement l'efficacité que le législateur veut donner à la commission. Pour autant, il s'agit de s'accorder sur les mots « participation, association, information » afin de compléter cet ancrage de la commission dans la structure pour en faire une commission incontournable.

#### Textes à venir

Deux décrets à venir relatifs :

- à la composition et aux modalités de fonctionnement de la commission des usagers ;
- aux modalités de consultation des données et de protection de l'anonymat des patients et des professionnels.

#### À retenir

- **La loi élargit les missions de la commission des usagers et lui apporte un ancrage plus marqué au sein des structures de santé. La CDU doit trouver une nouvelle impulsion dans son action.**
- **Les représentants des usagers acquièrent un rôle accru par l'accès possible à la fonction de président de la commission.**
- **La commission des usagers est désormais voulue comme incontournable.**



Et au-delà des enjeux juridiques, des points restent encore à éclaircir :

- *Quel sera le champ des responsabilités du président au regard de son rôle et de la structure si un représentant des usagers est désigné à cette fonction ?*
- *Quel statut lui sera accordé pour pouvoir assumer sa tâche dans l'organisation et les fonctions de la commission ?*
- *Comment pourra-t-il assoir sa légitimité dans cette fonction face aux professionnels qui composent la commission ?*
- *Quelle formation sera nécessaire à ce président sans pour autant en faire un « professionnel » de la structure ?*
- *Existera-t-il une incompatibilité entre la présidence du conseil de surveillance et celle de la commission des usagers ?*

| **Isabelle GENOT-POK** |  
| [isabelle.genot@cneh.fr](mailto:isabelle.genot@cneh.fr) |



## Fiche 17

# LES MAISONS D'ACCUEIL HOSPITALIÈRES



### Textes de référence

⇒ Article 100 de la loi, art. L. 6328-1 du CSP



### Dispositif légal

L'article 26 bis 1 de la loi crée et donne un statut légal aux maisons d'accueil hospitalières :

« Les maisons d'accueil hospitalières respectent un cahier des charges national élaboré après concertation avec les organisations représentatives, fixé par un arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de la santé. Le cahier des charges précise les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières peuvent établir des conventions avec les établissements de santé. »

### Et en pratique : qu'est-ce qu'une maison d'accueil hospitalière ?

Il s'agit d'une structure destinée à accueillir et à héberger les proches et familles de patients hospitalisés. Le dispositif est conçu dans une véritable dynamique de qualité globale de la prise en charge du patient, puisqu'elle va jusqu'à englober la qualité de l'accueil de ses accompagnants.

L'exposé des motifs à l'amendement qui les a introduites dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé précise :

« Les maisons d'accueil hospitalières se sont développées pour permettre aux familles de rester auprès de l'enfant ou de l'adulte hospitalisé et, pour donner la possibilité aux patients d'être opérés et traités en ambulatoire lorsque l'établissement de soins est éloigné de leur domicile.

Ces établissements concourent au projet thérapeutique des malades pris en charge en ambulatoire et participent de la logique de parcours de soins.

Il est proposé de donner un statut aux activités d'intérêt général mises en œuvre par les maisons d'accueil hospitalières en prévoyant un régime de déclaration auprès de l'ARS et de vérification des conditions de fonctionnement. »

La loi prévoit également que :

- les conventions conclues entre les maisons d'accueil et les établissements de santé seront adressées à l'agence régionale de santé (ARS) ;
- l'ARS tiendra à jour un répertoire régional des maisons d'accueil hospitalières ;

- une mise en conformité des maisons d'accueil existantes avec le cahier des charges sera à prévoir sous un délai d'un an.

### Textes à venir

- Arrêté ministériel portant cahier des charges des maisons d'accueil hospitalières.

### À retenir

- La loi crée des maisons d'accueil hospitalières.
- Les maisons d'accueil hospitalières sont destinées à permettre aux familles de rester auprès du patient hospitalisé ; elles permettent également aux patients d'être opérés et traités en ambulatoire lorsque l'établissement de soins est éloigné de leur domicile.
- Pour fonctionner, elles devront répondre à un cahier des charges réglementaire national.

### FOCUS : ne pas confondre maison d'accueil hospitalière et hôtel hospitalier

L'article 53 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2015 (LFSS 2015) a autorisé une expérimentation sur les « hôtels hospitaliers » (1) :

« L'État peut autoriser, pour une durée de trois ans et à titre expérimental, le financement par le fonds d'intervention régional (...) de dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières sur la base d'un appel à projets national. À cet effet, l'État peut autoriser, par dérogation à l'article L. 6111-1 du même code, les établissements de santé à proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation. L'établissement de santé peut déléguer la prestation à un tiers par voie de convention. »

Le dispositif créé par la LFSS 2015 est maintenu à ce jour.

La disposition, expérimentale, est aujourd'hui complétée par les maisons d'accueil hospitalières. Celles-ci, à la différence des hôtels hospitaliers, devraient être ouvertes à la fois aux familles de patients et aux patients eux-mêmes, en fonction de leurs besoin d'accès à des soins ambulatoires.

Le cahier des charges ministériel à paraître devra préciser ce point.

Brigitte de LARD-HUCHET  
brigitte.delard@cneh.fr

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

## Fiche 18

# LES EMPRUNTS ET MONTAGES IMMOBILIERS COMPLEXES



### Textes de référence

⇒ Article 104 et 105 de la loi, art. L. 6141-1, L. 6148-7-1 et L. 6148-7-2 du CSP



### Dispositif légal

Deux dispositions, à fort enjeu stratégique, viennent limiter l'accès des établissements publics de santé à certains dispositifs de nature financière :

- Tout d'abord, les établissements publics de santé et leurs groupements ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit que dans les limites et sous les réserves suivantes :
  - l'emprunt est libellé en euros ;
  - le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ;
  - la formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements.

Un contrat financier adossé à un emprunt auprès d'un établissement de crédit ne peut avoir pour conséquence de déroger à ces dispositions.

- Par ailleurs, les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire dotées de la personnalité morale publique ne peuvent conclure directement les contrats de crédit-bail, au sens des articles L. 313-7 à L. 313-11 du code monétaire et financier qui ont pour objet la réalisation, la modification ou la rénovation d'ouvrages immobiliers répondant à un besoin précisé par la collectivité publique et destinés à être mis à sa disposition ou à devenir sa propriété.

Cette interdiction ne s'applique pas aux projets dont l'avis d'appel public à la concurrence a été publié avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La loi a prévu une alternative à cette interdiction : l'État peut conclure, pour le compte d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire publique, des contrats de crédit-bail sous réserve que l'opération soit soutenable au regard de ses conséquences sur les finances publiques et sur la situation financière de la personne publique.

### Et en pratique : une réelle restriction de l'accès des établissements publics de santé aux montages immobiliers complexes ?

Les établissements publics de santé faisaient déjà l'objet d'une restriction très forte d'accès aux montages immobiliers complexes. L'article 34 de la loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances

publiques (LPFP) avait en effet posé pour l'ensemble des organismes, autres que l'État, relevant de la catégorie des administrations publiques centrales, des établissements publics de santé et structures de coopération sanitaires publiques, l'interdiction de conclure :

- les contrats de partenariat ;
- les autorisations d'occupation temporaire, les baux emphytéotiques administratifs, les baux emphytéotiques hospitaliers, ou les contrats de crédit-bail qui ont pour objet la réalisation, la modification ou la rénovation d'ouvrages, d'équipements ou de biens immatériels répondant à un besoin précisé par la collectivité publique et destinés à être mis à sa disposition ou à devenir sa propriété.

Les hôpitaux, qui étaient visés par cette très large contrainte, voient l'interdiction réduite aux seuls contrats de crédit-bail. La loi de modernisation de notre système de santé les exclut en effet désormais de l'application de l'article 34 de la LPFP 2014-2019.

Sous les traits d'une disposition apparemment restrictive, l'article L. 6148-7-1 du CSP ne fait donc que rétablir partiellement l'accès des hôpitaux à certains montages de financement qui leur avaient été interdits à partir de fin 2014.

### Textes à venir

S'agissant des emprunts souscrits par des établissements publics de santé, un décret à venir devra fixer :

- les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables, ainsi que le taux maximal de variation du taux d'intérêt ;
- les critères de la formule d'indexation ;
- les conditions d'application de l'interdiction de dérogation.

### À retenir

- **La loi encadre plus strictement l'accès des établissements publics de santé à l'emprunt.**
- **Elle rétablit en revanche leur possibilité de recourir directement à certains montages immobiliers complexes, tels que le bail emphytéotique.**
- **Le crédit-bail leur est toujours interdit, comme cela était le cas depuis 2015, sauf conclusion pour leur compte par l'État, sous réserve de garanties sur leur situation financière.**

## Fiche 19

# LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE BIOMÉDICALE



### Textes de référence

⇒ Article 155 de la loi, art. L. 1122-1, L. 1121-13-1 du CSP



### Dispositif légal

La loi vient compléter certaines dispositions du code de la santé publique relatives au financement des programmes de recherche dite « biomédicale » (1), ou recherche clinique.

Tout d'abord, la loi durcit l'obligation d'information de l'investigateur à l'égard de la personne se prêtant à la recherche. Celle-ci devra désormais être également informée, s'agissant des recherches à finalité commerciale, des modalités de versement de contreparties en sus de la prise en charge des frais supplémentaires liés à la recherche.

Surtout, la loi vient encadrer le volet financier des recherches conduites en établissement de santé par un promoteur non hospitalier :

- lorsqu'une recherche biomédicale à finalité commerciale est réalisée dans des établissements de santé ou des maisons ou des centres de santé, les produits faisant l'objet de cette recherche sont, pendant la durée de celle-ci, fournis gratuitement ou mis gratuitement à disposition par le promoteur ;
- le promoteur prend en charge les frais supplémentaires liés à d'éventuels fournitures ou examens spécifiquement requis par le protocole. La prise en charge de ces frais supplémentaires fait l'objet d'une convention conclue entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur ;
- la convention, conforme à une convention type définie par arrêté du ministre chargé de la santé, comprend les conditions de prise en charge de tous les coûts liés à la recherche, qu'ils soient ou non relatifs à la prise en charge du patient. Cette convention est transmise au conseil national de l'ordre des médecins. Elle est conforme aux principes et garanties prévus au code de la santé publique. Elle est visée par les investigateurs participant à la recherche.

### Et en pratique : comment encadrer le financement de la recherche à l'hôpital ?

Une instruction n° DGOS/PF4/2014/195 du 17 juin 2014 avait fortement encadré le financement de la recherche à l'hôpital, en instituant un contrat unique pour les

recherches biomédicales à promotion industrielle dans les établissements de santé publics. L'objectif de ce contrat était, outre un développement et une simplification des actions de recherche à l'hôpital, un meilleur contrôle des flux financiers, les promoteurs industriels versant fréquemment, dans la pratique, des financements à des médecins investigateurs hospitaliers, à l'insu ou hors de tout contrôle des établissements hospitaliers qui accueillent la mise en œuvre de ces programmes de recherche.

Pour autant, ce dispositif contractuel, posé par une instruction ministérielle, nécessitait une base légale. C'est chose faite avec le nouvel article L. 1121-13-1 du CSP, qui pose l'obligation d'un tel contrat.

On remarquera d'ailleurs que le dispositif légal réintroduit de la souplesse. Alors que le contrat prévu par l'instruction de 2014 ne pouvait être signé que par l'établissement, le médecin investigateur et le promoteur, le nouveau contrat issu de la loi, et conclu entre le promoteur, et le représentant légal de chacune des structures de soins accueillant la recherche peut également associer, le cas échéant, « le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur ». Ce qui signifie que les parties peuvent s'entendre conventionnellement pour le reversement de tout ou partie des contreparties financières au profit d'une tierce structure.

Par le passé, cette structure était dans la plupart des cas une association de recherche, chargée de « réinvestir » les fonds dans des actions de recherche ou de formation des professionnels (participations à des colloques ou formations, achat d'équipements, abonnements...).

L'instruction précitée de 2014 souhaitait mettre fin à ce fonctionnement jugé opaque et non respectueux des réglementations publiques (comptabilité publique, droit de la commande publique) et n'avait ménagé qu'un dispositif beaucoup plus restrictif de reversement à une structure coopérative. Celle-ci ne pouvait être qu'une fondation hospitalière, un groupement d'intérêt économique (GIE) ou un groupement de coopération sanitaire (GCS).

Reste à examiner ce que les textes d'application prévoiront quant à la qualité de la structure qui pourra désormais être destinataire de ces contreparties financières.

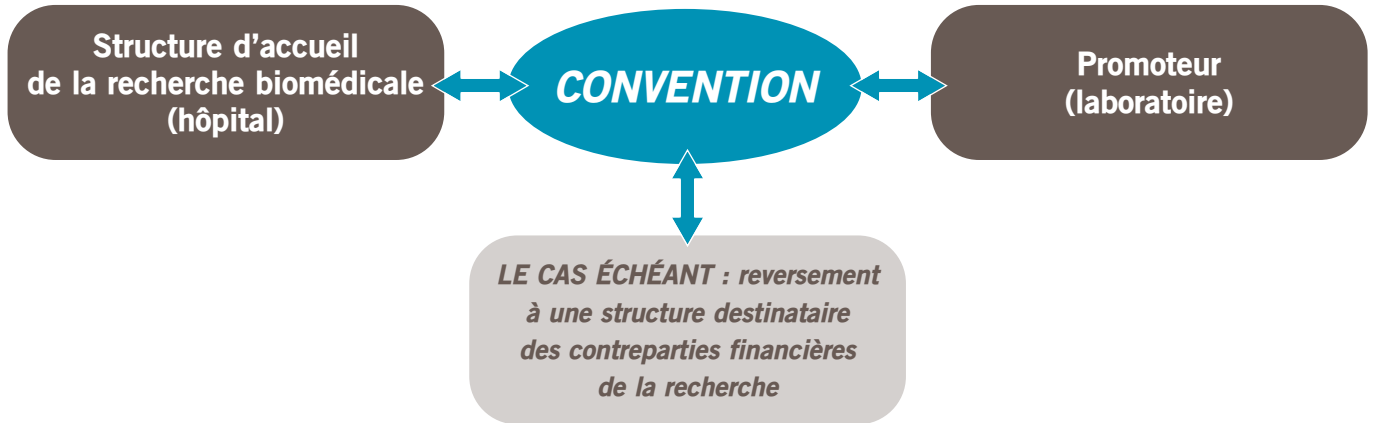
### Textes à venir

- Décret fixant les conditions auxquelles se conforment, dans leur fonctionnement et dans l'utilisation des fonds reçus, les structures destinataires des contreparties financières.
- Arrêté ministériel fixant la convention-type à conclure entre le promoteur, le représentant légal de chacune de ces structures et, le cas échéant, le représentant légal de la structure destinataire des contreparties versées par le promoteur.

(1) On parle désormais de « recherches organisées et pratiquées sur l'être humain ».

**À retenir**

- La mise en œuvre d'une recherche biomédicale à l'hôpital fait l'objet d'une convention dont le principe est posé par la loi.
- Cette convention peut prévoir, à l'inverse du dispositif qui avait été posé par l'instruction précitée de 2014, un reversement des contreparties versées par le promoteur à une structure autre que l'hôpital associé qui accueille le programme de recherche.



**Brigitte de LARD-HUCHET**  
brigitte.delard@cneh.fr



## Fiche 20

# LE DIALOGUE SOCIAL DU PERSONNEL MÉDICAL



### Textes de référence

⇒ Article 194 de la loi, art. L. 6156-1 à L. 6156-6 du CSP



### Dispositif légal

Il est intégré, dans le code de la santé publique, un chapitre relatif au dialogue social des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

#### 1. La réaffirmation du droit syndical aux personnels médicaux

Le droit syndical est reconnu à l'ensemble de ces personnels qui peuvent créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Ces organisations peuvent ester en justice.

#### 2. La création du Conseil supérieur des personnels médicaux

La loi institue un Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé.

Ce conseil, sera le pendant du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière pour les personnels médicaux.

- Il est saisi pour avis des projets de loi, des projets de décret de portée générale relatifs à l'exercice hospitalier de ces personnels et des projets de statuts particuliers qui leur sont applicables.
- Il examine toute question relative aux personnels médicaux dont il est saisi, soit par les ministres compétents, soit à la demande écrite du tiers de ses membres à voix délibérative.

Ce conseil comprend :

- des représentants des organisations syndicales représentatives des personnels concernés ;
- des représentants des ministres concernés ;
- des représentants des établissements publics de santé désignés par les organisations les plus représentatives.

Il est par ailleurs réaffirmé l'existence de la commission statutaire nationale qui peut être saisie des situations individuelles des praticiens hospitaliers temps plein et des praticiens des hôpitaux à temps partiel.

#### 3. L'intégration de critères de représentativité pour les personnels médicaux

L'innovation majeure concerne les critères de représentativité syndicale pour participer aux négociations.

Les personnels médicaux étaient exclus du dispositif de représentativité institué pour les personnels non médicaux des trois fonctions publiques par la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social.

Désormais, sont appelées à participer aux négociations ouvertes au niveau national les organisations syndicales des personnels médicaux des établissements publics de santé ayant obtenu, aux dernières élections du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques au moins 10 % des suffrages exprimés au sein de leur collège électoral respectif.

Pour les négociations qui concernent les praticiens hospitaliers temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel, leurs organisations syndicales doivent, en outre, avoir obtenu au moins un siège dans deux sections du collège de la commission statutaire nationale.

Les règles pour la présentation aux élections professionnelles des personnels médicaux sont désormais les mêmes que pour les personnels de la fonction publique, à savoir que les organisations syndicales (et celles qui seront affiliées à une union de syndicats) doivent légalement être constituées depuis au moins deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts et satisfaire aux critères de respect des valeurs républicaines et d'indépendance.

### Et en pratique : quelle étendue des droits et moyens syndicaux ?

La consécration d'un dialogue social des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé est une revendication des organisations syndicales concernées.

La principale interrogation des établissements porte sur l'étendue des droits et moyens syndicaux. Il faudra sur ce point attendre un décret d'application.

### Textes à venir

- Il est prévu un décret pour définir la mise en œuvre des droits et moyens syndicaux des personnels médicaux.
- Un décret doit également préciser les attributions, la composition, l'organisation et le fonctionnement du Conseil supérieur des personnels médicaux et de la commission statutaire nationale. Ce même décret mentionnera l'application des règles pour la présentation aux élections professionnelles.
- Un arrêté a procédé à la nomination du président du Conseil supérieur.

### À retenir

- **La loi réaffirme le droit syndical pour les personnels médicaux et l'existence de la commission statutaire nationale.**
- **Il est institué un Conseil supérieur des personnels médicaux qui sera le pendant, pour ces personnels, du conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.**
- **Les personnels médicaux bénéficient de règles de représentativité pour participer aux négociations nationales.**

Jean-Yves COPIN  
| jean-yves.copin@cneh.fr |

## Fiche 21

# LES IMPACTS DE LA LOI SUR LES RESSOURCES HUMAINES MÉDICALES



### Textes de référence

- ⇒ Article 136 de la loi (intérim médical et position de praticien remplaçant), art. L. 6146-3 du CSP (intérim médical), art. L. 6152-1-1 du CSP (position de praticien remplaçant)
- ⇒ Article 141 de la loi (prolongation d'activité des personnels médicaux)
- ⇒ Article 142 de la loi, art. L. 161-22 du code de la sécurité sociale



### Dispositif légal

La loi intervient, en ce qui concerne la gestion des ressources humaines médicales, sur quatre points :

- la légalisation de l'intérim médical ;
- la création d'une position de praticien remplaçant pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel ;
- l'allongement de la prolongation d'activité des personnels médicaux ;
- la prolongation d'activité des professionnels médicaux.

#### 1. La légalisation de l'intérim médical

Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques pour des missions de travail temporaires dans les mêmes conditions que les personnels non médicaux.

La loi rend applicable l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

#### 2. La création d'une position de praticien remplaçant

Pour assurer des missions de remplacement temporaire au sein des établissements publics de santé, les praticiens hospitaliers temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel titulaires peuvent, sur la base du volontariat, être placés en position de remplaçant dans une région.

Les praticiens concernés seront placés auprès du Centre national de gestion. Ce dernier exercera à leur égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination et assurera leur rémunération.

#### 3. L'allongement de la prolongation d'activité sur autorisation selon l'âge des praticiens

Depuis 2004, les praticiens hospitaliers temps plein, les praticiens des hôpitaux à temps partiel, les assistants des

hôpitaux, les praticiens attachés et les praticiens contractuels peuvent être autorisés à prolonger leur activité dans un établissement de santé après la limite d'âge qui leur est applicable (65 ans), dans la limite de trente-six mois maximum, sous réserve d'aptitude médicale.

Avec la publication de la loi, cette durée maximale de trente-six mois est portée à :

- soixante mois pour les praticiens nés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1955 (soit 70 ans) ;
- cinquante-six mois pour les praticiens nés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1951 et le 31 décembre 1951 (soit 66 ans) ;
- cinquante-cinq mois pour ceux nés entre le 1<sup>er</sup> janvier 1952 et le 1<sup>er</sup> janvier 1955 (soit 65 ans).

#### 4. Le cumul emploi-retraite des médecins autorisés jusqu'à soixante-douze ans

Désormais, la limite d'âge pour le cumul emploi retraite des médecins et infirmiers visés par l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale est portée, à titre transitoire, à soixante-douze ans jusqu'au 31 décembre 2022.

### Et en pratique : une légalisation de l'intérim médical ?

Avant la loi, ce qui était autorisé était la mise en relation d'un médecin avec un centre hospitalier, via un « chasseur de tête ». La relation contractuelle se faisait entre le médecin et le centre hospitalier.

Avec la légalisation de l'intérim médical, les établissements publics de santé auront un lien contractuel direct avec des agences d'intérim. Le médecin contractualisera avec l'agence. Il n'y aura plus de lien contractuel direct entre le médecin et l'établissement.

L'interrogation porte sur l'utilisation, demain, de l'intérim médical par les établissements et sur la fin de la pratique des contrats directs, souvent dérogatoires à la norme. Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées pour ces missions sera déterminant.

Le montant de l'indemnité, qui sera versée aux praticiens remplaçants, sera aussi essentiel pour déterminer l'attractivité de cette position.

### Textes à venir

- Un décret fixera un plafond précisant le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien et par établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire.
- Un décret déterminera les conditions et la durée de la position de praticien remplaçant. Il précisera également

les conditions dans lesquelles l'établissement public de santé bénéficiaire du remplacement remboursera au Centre national de gestion les dépenses afférentes.

### À retenir

- **La loi légalise l'intérim médical dans les mêmes conditions que pour les personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière.**
- **Des praticiens hospitaliers seront placés en position de praticiens remplaçants afin d'intervenir dans des établissements publics de santé sur des missions temporaires.**
- **Certains praticiens pourront bénéficier d'une prolongation d'activité jusqu'à 70 ans.**
- **Le cumul emploi retraite des médecins est autorisé dans les établissements publics de santé jusqu'à 72 ans.**

**Jean-Yves COPIN**  
| [jean-yves.copin@cneh.fr](mailto:jean-yves.copin@cneh.fr) |





## Fiche 22

# L'ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS HOSPITALIERS À TEMPS PLEIN



### Textes de référence

⇒ Article 138 de la loi, art. L. 6154-2 à L. 6154-7 du CSP



### Dispositif légal

#### 1. Modification de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique

L'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé modifie l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. Dorénavant, cet article est organisé en quatre alinéas.

- Le premier alinéa ajoute une condition à l'autorisation d'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein : leur conventionnement auprès de l'assurance maladie conformément à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. *A fortiori*, en cas de suspension de ce conventionnement, le contrat d'activité libérale est à son tour suspendu pendant toute la durée de la mise hors convention. De plus, les praticiens faisant l'objet d'une telle mesure ne pourront siéger ni à la commission locale de l'activité libérale, ni à la commission régionale de l'activité libérale.
- Le deuxième alinéa, non modifié par l'article 138 précité, précise notamment les autres conditions à remplir pour qu'un praticien hospitalier à temps plein soit autorisé à exercer une activité libérale.
- Un troisième et quatrième alinéas sont créés. Ils prévoient l'insertion d'une clause dans le contrat d'exercice libéral prévu à l'article L. 6154-4 du code de la santé publique. Cette nouvelle clause engage le praticien hospitalier, en cas de départ temporaire ou définitif (1), à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à 6 mois et au maximum égale à 24 mois, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte (zone géographique au minimum égale à 3 kilomètres et au maximum égale à 10 kilomètres). Le non-respect de cet engagement est sanctionné par le versement d'une indemnité compensatrice par le praticien à l'établissement public de santé qu'il quitte. Les modalités de calcul de cette prime devront être prévues au contrat. Toutefois, un plafond est défini : indemnité ne pouvant être supérieure à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les 6 derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause « de non-concurrence » n'a pas été respectée (2).

#### 2. Modification de l'article L. 6154-3 du code de la santé publique

L'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé modifie l'article L. 6154-3 du code de la santé

publique relatif aux relations entre le praticien hospitalier exerçant une activité libérale, son établissement et l'assurance maladie. En effet, à la fin du deuxième alinéa, les mots : « *et le volume des actes qu'il effectue* » sont remplacés par les mots « *le nombre et la nature des actes qu'il effectue et ses dépassements d'honoraires éventuels, en vue d'exercer les prérogatives prévues au présent chapitre* ».

#### 3. Modification de l'article L. 6154-4 du code de la santé publique

L'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé modifie les dispositions relatives au contrat d'activité libérale signé entre le praticien et son établissement (modification de l'article L. 6154-4 du code de la santé publique). Ainsi, en lieu et place de la première phrase du deuxième alinéa de l'article précédemment cité, les deux phrases suivantes sont insérées : « *Ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur général de l'agence régionale de santé avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur général de l'agence régionale de santé approuve ce contrat* ».

#### 4. Modification de l'article L. 6154-5 du code de la santé publique

L'article L. 6154-5 du code de la santé publique relatif à la commission de l'activité libérale est modifié par l'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Tout d'abord, les compétences de la commission de l'activité libérale d'un établissement public de santé sont précisées. En effet, alors qu'auparavant la commission veillait au bon déroulement de l'activité libérale, aujourd'hui, elle s'assure de la bonne application des dispositions législatives et réglementaires régissant l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein ainsi que des clauses des contrats d'activité libérale.

Également, la commission nationale d'activité libérale siégeant auprès du ministre chargé de la santé est supprimée.

Enfin, la commission d'activité libérale a accès à toutes informations utiles sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale. Hier, la présente commission n'avait accès qu'aux informations relatives à l'activité libérale du praticien.

#### 5. Création de l'article L. 6154-5-1 dans le code de la santé publique

L'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé crée une commission régionale de l'activité libé-

(1) Exception : départ à la retraite.

(2) Ne sont pas concernés par ce dispositif : les praticiens exerçant à l'AP-HP, aux HCL et à l'AP-HP.

rale en ajoutant un article L. 6154-5-1 dans le code de la santé publique.

Les caractéristiques de la commission régionale de l'activité libérale sont les suivantes :

- elle est placée auprès du directeur général de l'ARS ;
- la commission régionale de l'activité libérale est présidée par une personnalité indépendante nommée par le directeur général de l'ARS ;
- la composition et les conditions de fonctionnement de cette commission sont fixées par voie réglementaire. Dans tous les cas, un représentant des usagers du système de santé doit y siéger.

Les missions de la commission régionale de l'activité libérale sont les suivantes :

- la commission régionale de l'activité libérale établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein ;
- à la demande du directeur général de l'ARS, la commission précitée émet un avis sur les contrats d'exercice libéral ;
- elle est obligatoirement consultée en cas de mesure de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercice libérale ;
- la commission régionale de l'activité libérale est également systématiquement consultée lorsque la clause « de non-concurrence » prévue aux III et IV de l'article L. 6154-2 du CSP n'est pas respectée ;
- afin de mener à bien ces missions, cette commission, au même titre que le directeur général de l'ARS, a accès, sous réserve du respect du secret médical, à toutes informations utiles sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale.

## **6. Modification de l'article L. 6154-6 du code de la santé publique**

L'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé réécrit l'article L. 6154-6 du code de la santé publique relatif à la suspension ou l'annulation du contrat d'exercice libéral.

Désormais, l'article L. 6154-6 du CSP précité précise,

*« Le directeur de l'établissement public de santé ou les présidents des commissions locales de l'activité libérale mentionnées à l'article L. 6154-5 portent à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat qu'il a conclu en application de l'article L. 6154-4.*

*Lorsqu'un praticien méconnaît ces obligations, l'autorisation mentionnée à l'article L. 6154-4 peut être suspendue ou retirée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission régionale mentionnée à l'article L. 6154-5-1. »*

## **7. Modification de l'article L. 6154-7 du code de la santé publique**

L'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé, en modifiant l'article L. 6154-7 du code de la

santé publique, fait référence à un décret d'application pour la mise en œuvre des articles L. 5154-2 à L. 5154-6 du code de la santé publique.

### **Et en pratique : une activité libérale moins libre ?**

À la lecture de l'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé, il faut noter un renforcement de l'encadrement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein au sein des établissements publics de santé. Effectivement, différents points illustrent ce renforcement.

#### **1. Ajout d'une condition à l'autorisation d'exercer une activité libérale (article L. 6154-2 I du code de la santé publique)**

En obligeant les praticiens hospitaliers désirant exercer une activité libérale à se conventionner auprès de l'assurance maladie conformément à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, l'encadrement de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé s'accroît.

#### **2. Création d'une clause « de non-concurrence » au sein du contrat d'exercice libéral (article L. 6154-2 III et IV du code de la santé publique)**

Pour éviter que des praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale ne partent vers le secteur privé avec leur patientèle, les contrats d'exercice libéral prévoient une clause engageant l'intéressé à ne pas s'installer à proximité de l'établissement public de santé. À défaut, le praticien sera contraint de verser une indemnité compensatrice à son établissement.

Au même titre que la clause de non-concurrence prévue par le code du travail, la clause prévue à l'article L. 6154-2 III et IV du code de la santé publique est limitée dans le temps et dans l'espace :

- dans le temps : période au minimum égale à 6 mois et au maximum égale à 24 mois ;
- dans l'espace : à proximité de l'établissement public de santé quitté, à savoir un rayon au minimum égal à 3 kilomètres et au maximum égal à 10 kilomètres.

#### **3. Augmentation des données pouvant être communiquées aux chefs d'établissement et présidents de commissions locales d'exercice libéral par l'assurance maladie (article L. 6154-3 du code de la santé publique)**

Alors qu'hier les chefs d'établissements et présidents de commissions locales d'exercice libéral pouvaient obtenir uniquement des informations, via l'assurance maladie, sur les recettes, le nombre de consultations et le volume des actes réalisés par les praticiens exerçant une activité libérale, aujourd'hui, le champ de ces informations est élargi au nombre et à la nature des actes effectués et aux dépassements d'honoraires éventuels.

#### 4. Missions et prérogatives des commissions d'activité libérale (articles L. 6154-5, L. 6154-5-1 du code de la santé publique)

Deux commissions d'activité libérale cohabitent afin d'encadrer l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein au sein des établissements publics de santé :

- la commission d'activité libérale dite locale siégeant au sein de chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale ;
- la commission régionale d'activité libérale siégeant auprès de chaque agence régionale de santé.

#### Textes à venir

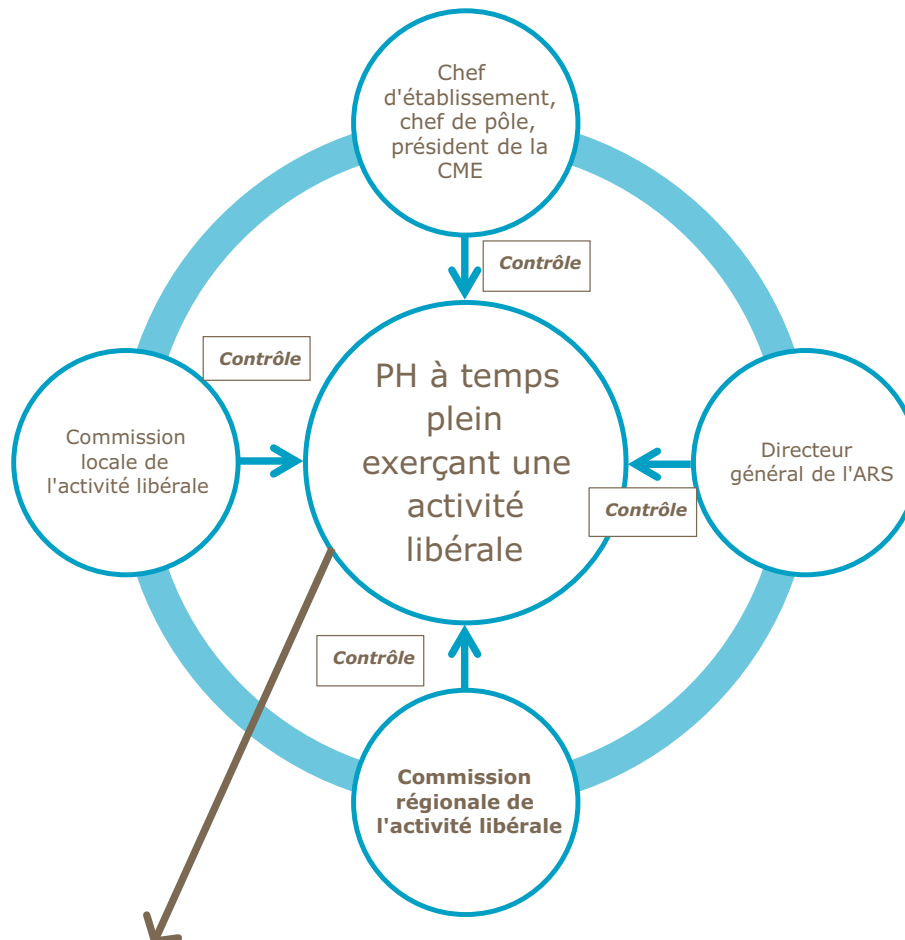
Les dispositifs créés par l'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé seront complétés, pour leur mise en œuvre, par un décret d'application qui précisera :

- l'obligation de conventionnement auprès de l'assurance maladie ;
- la clause « de non-concurrence » ;
- la composition et les conditions de fonctionnement de la commission régionale de l'activité libérale.

Commission locale d'activité libérale		Commission régionale d'activité libérale	
<b>Mission</b>	Veille à la bonne application des dispositions législatives, réglementaires et contractuelles régissant l'activité libérale.	<b>Missions</b>	<p>Établissement périodique d'un bilan régional de l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein.</p> <p>À la demande du directeur général de l'agence régionale de santé, avis sur les autorisations d'exercice d'activité libérale.</p> <p>Consultation systématique en cas de suspension ou d'annulation d'un contrat d'exercice libéral.</p> <p>Consultation systématique en cas de non-respect de la clause « de non-concurrence » prévue dans le contrat d'exercice libéral.</p> <p>Propositions afin d'améliorer les conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale.</p>
<b>Prérogatives</b>	<p>Sous réserve du secret médical, accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale.</p> <p>Porte à la connaissance du directeur général de l'agence régionale de santé, via son président, tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements ou des stipulations du contrat d'exercice libéral.</p>	<b>Prérogatives</b>	<p>Sous réserve du secret médical, accès à toute information utile sur l'activité tant libérale que publique d'un praticien exerçant une activité libérale.</p>

## À retenir

Le dispositif de l'activité libérale des praticiens hospitaliers au sein des établissements publics de santé, et tout particulièrement son encadrement, peut être schématisé de la manière suivante :



### Conditions à remplir :

- Être PH à temps plein.
- Être conventionné auprès de l'assurance maladie.
- Exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public.
- Durée de l'activité libérale ne pouvant excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les PH.
- Nombre de consultations et d'actes effectués à titre libéral devant être inférieur à celui des consultations et actes de l'activité publique.
- Signer un contrat d'activité libérale.

Manon Quillevere |  
manon.quillevere@cneh.fr



## Fiche 23

# LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (DPC)



### Textes de référence

- ⇒ Article 114 de la loi, art. L. 4021-1 à L. 4021-8 du CSP
- ⇒ Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 (J.O. 17 décembre 2015)



### Dispositif légal

Le dispositif juridique du Développement Professionnel Continu (DPC), introduit par la loi HPST en 2009, est sensiblement modifié par l'article 114 de la loi de modernisation de notre système de santé. Retenons les points suivants :

- le législateur adopte pour le DPC une définition commune à tous les professionnels de santé : « *le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé* » ;
- l'obligation n'est plus annuelle mais triennale : chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de DPC comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de DPC ;
- les orientations nationales auxquelles doivent répondre les démarches de DPC sont également revues. Elles sont désormais pluriannuelles et comportent :
  - des orientations définies par profession ou par spécialité sur la base des propositions des conseils nationaux professionnels ou, en l'absence de conseils nationaux professionnels, des représentants de la profession ou de la spécialité ;
  - des orientations s'inscrivant dans le cadre de la politique nationale de santé ;
  - des orientations issues du dialogue conventionnel relevant des dispositions du code de la sécurité sociale.
- pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de DPC qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur.

### Et en pratique : le DPC vit-il une simplification ou un changement de philosophie ?

Le passage d'une obligation annuelle à une obligation triennale de DPC était très attendu des établissements

de santé, pour lesquels, outre la complexité du système initial de DPC, il est aujourd'hui quasiment impossible de pouvoir proposer à chaque agent, un départ en formation/programme de DPC tous les ans.

Pour autant, en parallèle à cet allègement quantitatif bienvenu, viennent s'imposer deux contraintes nouvelles, qui viennent sophistiquer le dispositif du DPC :

- la mise en place d'une notion de « parcours de DPC », qui se substitue à celle de « programme », renforce le niveau d'exigence quant aux actions dans lesquelles doit s'engager l'agent. Il s'agit sur trois ans, de pouvoir proposer au professionnel de santé « *à la fois des actions de formation continue, d'analyse d'évaluation et d'amélioration des pratiques et de gestion des risques* ». Si le programme de DPC n'était pas textuellement soumis à un format, une durée minimale (ce qui permettait d'envisager des programmes de DPC très brefs et ciblés), il semble que le parcours de DPC soit un ensemble coordonné plus complexe, qui appellera une mobilisation plus forte, et a minima plus longue, du professionnel.
- par ailleurs, l'arrêté du 8 décembre 2015 fait évoluer fortement l'économie générale du dispositif en recentrant sensiblement les orientations nationales de DPC sur des axes thérapeutiques et de pratique clinique, répartis, pour la grande majorité d'entre eux, par profession de santé mais également par discipline ou spécialité.  
Le texte précise que, pour chaque profession ou spécialité, les conseils nationaux professionnels proposent un parcours pluriannuel de DPC qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation. Ce parcours comporte, notamment, des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités précitées. Chaque professionnel choisit les actions auxquelles il s'inscrit. Pour les professionnels salariés, ce choix s'effectue en lien avec l'employeur.

S'il était auparavant possible d'élaborer des programmes de DPC courts, simples dans leur thématique, et sur des sujets très ouverts (il était difficile de ne pas trouver une thématique de formation ne pouvant faire l'objet d'un programme de DPC !), le nouveau cadre juridique exigera désormais des parcours complexes, sur la durée, et portant sur des champs très limitatifs de la pratique médicale et paramédicale *stricto sensu*.

Notons enfin que la loi ne parle plus d'organismes de DPC, mais indique que les organismes ou les structures qui souhaitent présenter des actions ou des programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations précitées devront le faire selon des modalités à préciser. En outre, les actions ou programmes proposés par ces organismes ou structures feront l'objet d'une évaluation avant d'être mis à la disposition des professionnels de santé, dans des conditions restant à préciser par voie réglementaire.

Sur ce dernier point, quelques précisions ont été apportées au cours de la procédure parlementaire, en attendant les textes d'application :

« *Afin de pouvoir être enregistrés comme organismes de DPC et de présenter des programmes de DPC en lien avec*

les orientations prioritaires, les organismes, quelle qu'en soit la nature juridique (universités, établissements de santé, associations, organismes commerciaux), pourraient, selon les informations transmises à vos rapporteurs par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), faire l'objet d'une évaluation par l'ANDPC. Seuls les organismes positivement évalués pourraient proposer des programmes.

L'évaluation des programmes proposés aurait lieu a priori et ferait à la fois l'objet :

- d'un contrôle formel par l'ANDPC sur des critères de conformité, afin de vérifier si ces programmes correspondent bien à une orientation prioritaire et précisent les publics concernés ;
- et d'un contrôle scientifique et pédagogique par des commissions d'évaluation propres à chaque profession.

Seuls les programmes validés seraient mis en ligne sur le site internet de l'ANDPC et ouverts à inscription. Un contrôle a posteriori serait ensuite mis en place par les commissions d'évaluation. » (Rapport n° 653 (2014-2015) de M. Alain MILON, Mmes Catherine DEROCHE et Elisabeth DOINEAU, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 22 juillet 2015).

## Textes à venir

Deux décrets à venir :

- un décret en Conseil d'État pour fixer les missions et les instances de l'Agence nationale du développement professionnel continu, qui prend la suite de l'Organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) ;
- un décret en Conseil d'État pour définir les modalités selon lesquelles :
  - les organismes ou les structures peuvent présenter des actions ou les programmes s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires ;
  - les actions ou programmes font l'objet d'une évaluation avant d'être mis à la disposition des professionnels de santé ;
  - l'Agence nationale du développement professionnel continu contribue à la gestion financière des programmes et actions s'inscrivant dans le cadre des orientations pluriannuelles prioritaires ;
  - des sanctions à caractère financier ou administratif peuvent être prises en cas de manquements constatés dans la mise en œuvre des actions et des programmes.

## À retenir

- Le DPC fait désormais l'objet d'une obligation triennale et non plus annuelle pour chaque professionnel de santé.

- La loi introduit la notion de « parcours » de DPC, dont les modalités seront à préciser par voie réglementaire.
- La forte modification des orientations nationales de DPC, désormais pluriannuelles, devrait faire évoluer les pratiques de DPC dans les établissements, en recentrant les activités de DPC mises en œuvre sur la pratique clinique.

### FOCUS : L'évolution du DPC vu par l'OGDPC

« D'un cadre très large qui permettait une mise en œuvre pour tous rapidement, le "DPC 2.0" invitera à la prise en compte des spécificités de chacune des professions concernées avec des thématiques recentrées sur le cœur du métier, une montée en qualité des formations et une plus grande souplesse pour le professionnel de santé. Dans ce cadre, 2016 sera un véritable challenge pour notre équipe OGDPC, et demain Agence Nationale du DPC. Notre défi ne sera pas celui du changement mais bien celui de la continuité. Un objectif fort, déjà engagé, afin de proposer un "DPC 2.0" accessible rapidement. »

**Grands axes d'évolution envisagés pour le DPC**

**1. Le DPC : les enjeux des concertations**

- Faire évoluer le dispositif du DPC avec l'ensemble des acteurs et garantir la qualité pour mieux répondre aux attentes des professionnels de santé.
- Personnaliser les parcours de DPC en fonction des spécificités de chaque profession.
- Consulter les dispositifs existants de formation afin d'identifier les complémentarités et assurer la continuité de l'accès à la formation.

**2. Le DPC : de nouveaux critères**

- Modernisation de la formation continue
- Appuyé sur les données scientifiques
- Appréhension des orientations nationales prioritaires
- Un parcours DPC en 3 ans
- Personnalisé par profession
- Seuils de qualité HAS

**3. Le DPC : vos repères**

- www.mondpc.fr : Un site internet dédié aux professionnels de santé
- Rechercher un programme de DPC
- Si l'annonce
- Connaitre les conditions de prise en charge
- Un interlocuteur unique : L'Agence Nationale du DPC
- Le DPC : L'Assurance Maladie
- Les premiers bénéficiaires professionnels de santé

Ministère : Santé, Communauté  
03 avenue du Père Lachaise - 75770 LE KREMLIN - B. DESRE CEBDI  
15 101 45 10 00 - Tél : 01 46 11 04 00 - info@mondpc.fr

Monique WEBER, directeur général de l'OGDPC, janvier 2016, [www.ogdpc.fr](http://www.ogdpc.fr)

[www.ogdpc.fr](http://www.ogdpc.fr)

Brigitte de LARD-HUCHET  
[brigitte.delard@ceh.fr](mailto:brigitte.delard@ceh.fr)

## Fiche 24

# L'INFORMATION SYSTÉMATIQUE DU PATIENT SUR LE COÛT DE SA PRISE EN CHARGE



### Textes de référence

⇒ Article 94 de la loi, art. L. 1111-3-1 du CSP



### Dispositif légal

L'article 94 de la loi de modernisation de notre système de santé fait de l'usager un acteur averti sur le coût de sa prise en charge :

« Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

### Et en pratique : le patient, un usager responsable du système de santé ?

Dans le contexte financier de plus en plus contraint qui caractérise depuis plusieurs années le système de santé, le législateur entend faire prendre conscience à chaque usager-citoyen :

- de la couverture sanitaire dont il bénéficie ;
- et du coût réel des soins supporté par notre système de santé, fondé notamment sur la solidarité.

En effet, l'exposé des motifs du projet de loi avait fait le constat que le montant des frais engendrés par une prise en charge en établissement est trop souvent méconnu des patients du fait d'un manque d'information claire et systématique et ce, quel que soit le mode de prise en charge.

Aussi, chaque patient quel que soit son mode de prise en charge en établissement de santé, doit recevoir lors de la sortie un document l'informant :

- du coût de l'ensemble des prestations dont il a bénéficié ;
- de la part couverte par l'assurance maladie ;
- le cas échéant, de la part couverte par son assurance complémentaire ;
- de la part qui reste à sa charge.

L'ensemble des prestations des établissements de santé est concerné :

- les soins ;
- l'hébergement ;
- les prestations particulières (chambre individuelle, TV, téléphone...) ;
- l'hospitalisation, les consultations, les urgences...

### Textes à venir

- Un décret va porter sur les conditions de délivrance de ce document (selon les types de prise en charge). En effet, si cette délivrance concernera la majeure partie des prestations (actes et consultations externes, séjours en hospitalisation) dès 2016, d'autres prises en charge (urgences, actes de biologie) ne feront l'objet de cette information que plus tard (1).

### À retenir

- **Tout patient recevra à chaque sortie de l'établissement un document l'informant du coût de cette prise en charge.**
- **La démarche a pour but de responsabiliser les usagers, en les informant du coût généré par les soins et supporté par l'Assurance maladie, et de ce qu'il leur reste à acquitter.**

### FOCUS :

**Il faudra voir dans quelle mesure ce dispositif est compatible avec l'organisation actuelle du parcours administratif du patient et le calcul du coût de chaque prise en charge.**

**L'enjeu fondamental du texte marque cependant une volonté politique forte de sensibiliser les usagers au coût des prises en charge et de les responsabiliser quant à l'utilisation du système de soins. En effet, selon la ministre des affaires sociales, des droits de la femme, et de la santé Marisol Touraine, les indus hospitaliers s'élèveraient à 550 millions d'euros par an et le dispositif pourrait permettre de sensibiliser la population sur ce point (2).**

**Isabelle GENOT-POK**  
isabelle.genot@cneh.fr

(1) Précisions données par le gouvernement, AMPnews.com, jeudi 9 avril 2015.  
(2) Idem.

## Fiche 25

# L'EXPRESSION DU CONSENTEMENT DES PERSONNES BÉNÉFICIAIRES D'UNE PROTECTION JURIDIQUE



### Textes de référence

⇒ Article 211 de la loi (dispositif législatif à venir par ordonnance)



### Dispositif légal

L'article 211 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit de réformer par ordonnance les dispositions encadrant l'expression du consentement des personnes placées sous protection juridique.

« Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, les mesures relevant du domaine de la loi permettant de mieux articuler les dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives aux conditions dans lesquelles peut s'exprimer la volonté des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, au sens du chapitre II du titre XI du livre I<sup>er</sup> du code civil, pour toute décision relative à un acte médical... ».

### Et en pratique : quelles modalités pour harmoniser les textes relatifs au consentement aux soins des majeurs protégés ?

Il s'agit ici d'harmoniser les dispositions prévues à l'article 548 du code civil issu de la réforme du 5 mars 2007 (1) et celles de l'article L. 1111-4 du code de la santé publique (CSP) issu de la loi du 4 mars 2002 (2) relatives au consentement des personnes bénéficiant d'une protection juridique (notamment tutélaire). En effet, il apparaît que ces deux dispositifs démontrent une certaine contradiction quant au respect de l'autonomie de décision du patient protégé concernant les actes médicaux.

La loi du 5 mars 2007, à travers les articles 458 et 459 du code civil, prône l'autonomie de la personne pour les actes strictement personnels : « Sous réserve des dispositions particulières prévues par la loi [du 5 mars 2007], l'accomplissement des actes dont la nature implique un consentement strictement personnel ne peut jamais donner lieu à assistance ou représentation de la personne protégée. Sont réputés strictement personnels la déclaration de naissance d'un enfant, sa reconnaissance, les actes de l'autorité parentale relatifs à la personne d'un enfant, la déclaration du choix ou du changement du nom d'un enfant et le consentement donné à sa propre adoption ou

à celle de son enfant. ». Par ailleurs, l'article 459 du code civil, prévoit qu'« hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet. Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé. Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée. La personne chargée de la protection du majeur peut prendre à l'égard de celui-ci les mesures de protection strictement nécessaires pour mettre fin au danger que son propre comportement ferait courir à l'intéressé. Elle en informe sans délai le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué. »

L'article L. 1111-4 du CSP quant à lui, non réformé suite à la loi de 2007, prévoit l'intervention du tuteur (3) dans les décisions médicales sans plus de nuances quant à l'état de discernement du patient ; il maintient ainsi le principe d'une appréciation de la capacité ou de l'incapacité par trop radicale.

Or, selon l'avis n° 126 de la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme (CNCDDH) sur le consentement des personnes vulnérables (16 avril 2015), il est apparu « que des difficultés subsistent, au plan médical, du fait de la primauté, en la matière, du code de la santé publique sur le code civil, alors même que les dispositions prévues dans le code de la santé publique sur la question du consentement aux soins médicaux n'ont pas été réformées depuis 2002, et qu'elles sont donc antérieures et moins "avancées" que les dispositions prévues par le code civil. Selon divers praticiens du droit, le code de la santé publique n'envisage que le cas du patient sous tutelle et ignore la curatelle [...], et réduit le patient sous tutelle à son incapacité et reste dans l'idée que ce patient doit nécessairement être représenté. [...] »

Dans sa recommandation n° 7, en matière de consentement aux soins, la CNCDDH constate la nécessité pour le législateur de « s'assurer de la bonne articulation entre les dispositions prévues par le code civil et les dispositions prévues par le code de la santé publique. Le cas échéant, le code de la santé publique devrait être amendé, pour permettre la prise en compte de la notion de consentement gradué, afin de favoriser l'autonomie de la personne dont la volonté peut être imparfaite mais qui souhaite tout

(1) LOI n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs – JORF n° 56 du 7 mars 2007.

(2) LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé – JORF du 5 mars 2002.

(3) On notera cependant la tournure assez particulière évoquant cette intervention : « Dans le cas où le refus d'un traitement [...] ou le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé [...] du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables ».



*de même l'exprimer et consentir, et qui doit pouvoir le faire en fonction de son discernement ».*

Il apparaît en effet bien nécessaire de clarifier cette situation qui demeure contraire aux droits des personnes ; celles-ci peuvent conserver, malgré leur protection, suffisamment de capacité pour décider elle-même de soins.

## Textes à venir

- Une ordonnance relative à l'harmonisation des dispositions du code civil et du code de la santé publique relatives au consentement à l'acte médical du patient bénéficiant d'une protection juridique.
- Un projet de loi de ratification doit être déposé devant le Parlement dans un délai de 6 mois à compter de la publication de l'ordonnance.

## À retenir

- **Une reconnaissance de la capacité des patients protégés par une mesure de tutelle (dans la mesure où leur état le permet) s'agissant des décisions personnelles, notamment celles relatives à la santé.**
- **Un dispositif permettant aux professionnels de santé de mieux envisager la prise en compte de la volonté des patients protégés et de respecter l'autonomie de ces derniers.**

### FOCUS : point de vigilance pour la mise en œuvre

***Une attention particulière devra être portée à chaque personne/patient bénéficiant d'une protection juridique quant à l'expression précise de son consentement (ou de son refus).***

***Dès lors, il conviendra de faire évoluer les perceptions de l'ensemble des professionnels (médecins, personnels socio-éducatifs,...) mais aussi de l'entourage des patients : disparition de la notion d'incapacité présumée des patients, autonomie graduée de la personne selon son degré de discernement. Dans ce cadre, des améliorations seront à apporter dans deux domaines au moins avec :***

- ***l'anticipation du recueil du consentement de la personne vulnérable pour s'assurer au mieux du respect de sa volonté le moment venu ;***
- ***la recherche (plus que de son consentement) de l'adhésion de la personne vulnérable lors de la mise en œuvre de mesures la concernant.***

***Il s'agira bien de tenir compte en propre de la personne et non plus de décider à sa place. Ce mode de réflexion et de pratique impliquera plus de considération de la volonté du patient.***

| **Isabelle GENOT-POK** |  
| [isabelle.genot@cneh.fr](mailto:isabelle.genot@cneh.fr) |



## Fiche 26

# L'ÉQUIPE DE SOINS, LE SECRET PROFESSIONNEL ET LE PARTAGE D'INFORMATIONS



### Textes de référence

⇒ Article 96 de la loi, art. L. 1110-4 et L. 1110-12 du CSP



### Dispositif légal

L'article 96 de la loi de modernisation de notre système de santé d'une part révisé la notion d'équipe de soins afin de mieux gérer le partage d'informations ; d'autre part redéfinit le champ du droit au respect du secret professionnel.

Concernant la notion d'équipe de soins, la loi dispose que :

« L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes [...] :

Ses membres doivent par ailleurs satisfaire à trois conditions alternatives :

- « Soit [ils] exercent dans le même établissement de santé, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;
- soit [ils] se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;
- soit [ils] exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

Concernant la notion de secret professionnel dont le champ est redéfini, la loi prévoit que :

« I. – Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie (1) du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social, un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 (2) du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II. – Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social.

III. – Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV. – La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. »

### Et en pratique : quels bénéfices pour la personne prise en charge ?

#### 1. Concernant l'équipe de soins élargie

Cette nouvelle vision de l'équipe prend en compte toutes les situations de prise en charge d'un patient que ce soit dans le domaine sanitaire (acte diagnostique, thérapeutique) dans le domaine du handicap (compensation du handicap), ou médico-social (prévention de la perte d'autonomie)...

La nouveauté est que l'équipe ne concerne plus uniquement les professionnels de santé tels que définis dans le code de la santé publique (3). Il existe désormais un élargissement de l'équipe à un ensemble de professionnels (autre que de santé, par exemple, une assistante sociale) qui concourt directement à la prise en charge du patient, participe à la conception même du parcours de soins (ou

(1) Aide médicale urgente, la permanence des soins, les transports sanitaires, la télé-médecine, les réseaux de santé, les maisons de santé, les pôles de santé.

(2) Se reporter à l'article qui cite les 16 catégories d'établissements et structures du champ médico-social.

(3) Liste des professionnels de santé quatrième partie, livre premier, titre IV.

de prise en charge), par une coordination plus efficace, notamment en lien avec les équipes de soins primaires (définies à l'article 64 de la loi).

## **2. Concernant la redéfinition du champ du secret professionnel**

À travers ce texte, la loi confirme que le secret professionnel couvre autant le secteur sanitaire, que social et médico-social. Si le droit au secret n'était pas expressément prévu dans un autre domaine que le sanitaire, sa portée générale, absolue et d'ordre public, l'imposait quelle que soit la situation du patient ou son lieu de prise en charge. Sans doute fallait-il que la loi le précise pour plus de clarté.

Par ailleurs, la conséquence directe de ces nouvelles approches de l'équipe de soins et du secret professionnel tant pour le patient que pour les professionnels concernés réside dans une plus grande clarté des règles de partage de l'information entre professionnels autorisés.

Aussi, trois situations sont prévues :

- le partage de l'information entre professionnels (qu'ils soient professionnels de santé ou non) à la condition qu'ils concourent tous à la prise en charge du patient ;
- le partage de l'information au sein d'une équipe de soins (au sens du nouvel article L. 1110-12 du CSP) ;
- le partage d'information entre professionnels hors équipe de soins.

Pour les deux premières situations, une condition supplémentaire et impérative s'impose à tous. Les informations partagées doivent être strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou au suivi médico-social. Dans la troisième situation, l'information nécessaire à la prise en charge d'une personne impose qu'elle ait donné son consentement préalable. Ce consentement pourra être recueilli par tout moyen y compris de façon dématérialisée.

Ainsi la loi rappelle que toutes les informations relatives à un patient ne sont pas pour autant partageables entre plusieurs professionnels au seul prétexte qu'ils font partie de la même équipe ou qu'ils interviennent auprès du patient.

Toutefois, l'ensemble du dispositif n'a de cohérence que si le patient est dûment informé de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations le concernant. Ce droit peut être exercé à tout moment.

Il s'agit ici de rappeler que le patient doit être pleinement associé à toute diffusion de l'information le concernant, et qu'il en est le décideur.

On assiste, en fait à un décloisonnement des « secteurs » sanitaire, médico-social, social, ainsi que celui du handicap au seul profit du patient en vue d'une prise en charge complète et résolument tournée vers les parcours de soins et de prise en charge.

## **Textes à venir**

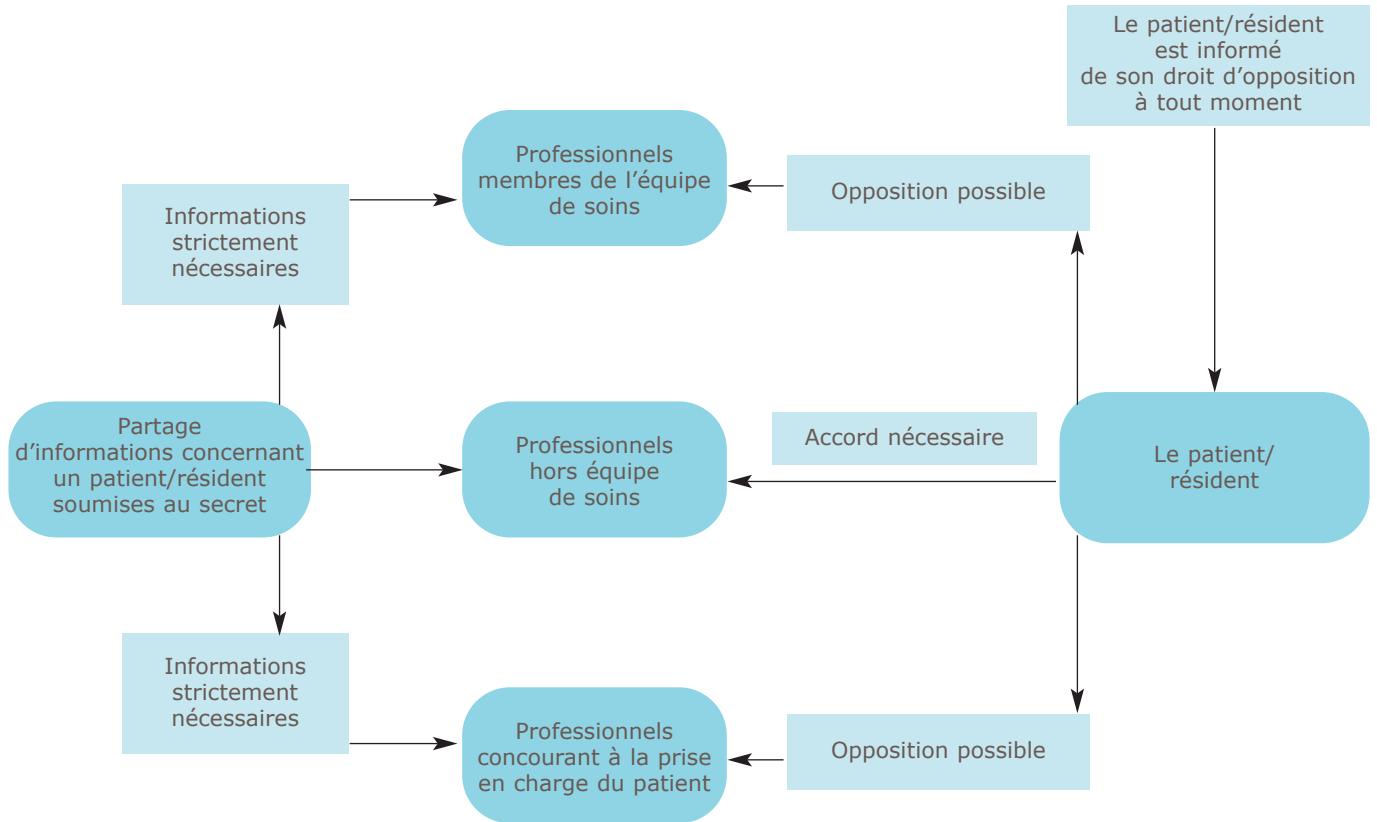
Plusieurs textes d'application sont à prévoir :

- un décret relatif aux conditions de recueil du consentement du patient en cas de partage d'informations entre professionnels hors équipe de soins après avis de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) ;
- un décret relatif à la liste de structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale ;
- un arrêté relatif à l'équipe de soins, et concernant la description du cahier des charges relatif à une organisation formalisée et des pratiques conformes permettant de définir un travail en équipe de soins.

## **À retenir**

- **La loi redéfinit l'équipe de soins, dans une acception plus large et adaptée à la réalité des prises en charge sanitaires et médico-sociales.**
- **Elle élargit également la notion de partage d'informations soumises au secret, afin d'améliorer la coordination des prises en charge, dans le respect de la vie privée et de la confidentialité dues à l'utilisateur.**
- **Elle restreint cependant l'information partagée à ce qui est strictement nécessaire à la prise en charge.**
- **Elle précise que le champ d'application du secret s'applique à l'ensemble des types de prise en charge du patient.**
- **Enfin, elle rappelle que la personne prise en charge doit être informée du partage de l'information la concernant et de son droit d'opposition. Ce droit d'opposition peut s'exercer à tout moment.**

**Informations partagées, équipe de soins et secret professionnel : comment ça marche ?**



**Isabelle GENOT-POK**  
isabelle.genot@cneh.fr



## Fiche 27

# L'HÉBERGEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ



### Textes de référence

⇒ Articles 96 et 204 de la loi, art. L. 1110-4-1 et L. 1111-8 du CSP



### Dispositif légal

L'article 96 révisé le régime juridique de l'hébergement de santé et dispose :

*« Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même, doit être agréée à cet effet. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. »*

En outre, le texte révisé les dispositions relatives à la conformité des dispositifs d'hébergement des données de santé : *« afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 [Asip santé] pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».*

### Et en pratique : quelle évolution juridique pour les hébergeurs de données de santé ?

Cet article modifie le régime juridique des données de santé, qu'il s'agisse de l'échange, du partage et de l'hébergement afin de s'adapter aux nouveaux modes de prise en charge faisant intervenir conjointement ou successivement différents professionnels issus de structures distinctes, sanitaire, sociale et médico-sociale.

La loi ne vise plus expressément les établissements de santé, les professionnels de santé et la personne concernée comme personnes pouvant déposer les données de santé à caractère personnel mais fait référence à « toute personne ». L'objectif est d'éviter une définition trop restrictive ce qui aurait pour effet d'empêcher certaines structures médicales de devenir hébergeur comme par exemple les maisons de santé.

En outre, l'obligation d'agrément est élargie et concerne l'ensemble des données de santé c'est-à-dire celles relatives aux activités de prévention, de diagnostic et de soins et les données de suivi social et médico-social.

Enfin, il était prévu que le déposant était tenu de recueillir le consentement exprès de la personne concernée au titre de l'hébergement, des modalités d'accès et de transmission d'information. Dorénavant, l'hébergement sera réalisé après que « la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime », ce qui dispense le déposant du recueil d'un consentement exprès, sous réserve de la délivrance d'une information préalable.

### Textes à venir

La loi habilite le gouvernement à prendre plusieurs mesures de simplification relatives au traitement des données personnelles de santé, par voie d'ordonnances, permettant, dans un délai de douze mois à compter de la publication de la loi :

- d'harmoniser des référentiels et des procédures d'hébergement des données de santé à caractère personnel, afin de concilier ceux élaborés en référence à l'article L. 1111-8 du CSP et la procédure prévue à l'article L. 212-4 du code du patrimoine relative à l'archivage. L'objectif est d'éviter que les établissements publics de santé et les ESPIC soient soumis à une double obligation lorsqu'ils sont dans la situation de confier l'exploitation de données de santé et leur archivage à un tiers hébergeur ;
- de déterminer les conditions dans lesquelles le médecin employé par l'hébergeur pourra accéder aux données de santé à caractère personnel ;
- de transformer l'agrément assuré par le comité d'agrément des hébergeurs placé auprès de l'Asip santé en une certification par l'instance nationale d'accréditation. Cette certification de conformité porte notamment sur le contrôle des procédures, de l'organisation et des moyens matériels et humains ainsi que sur les modalités de qualification des applications hébergées. L'objectif est d'étendre le dispositif actuel au niveau international ;
- de définir le cadre juridique et technique pour la destruction des dossiers sur support papier après numérisation.

### À retenir

- **Une nouvelle définition de l'hébergement des données de santé à caractère personnel : conservation sur support papier ou informatique, production ou recueil et transmission par voie électronique, des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi médico-social et social, assurée par des personnes physiques ou morales agréées à cet effet.**
- **Une nouvelle procédure d'agrément qui deviendra certification. L'agrément délivré par l'Asip Santé deviendra une certification de l'instance nationale de certification.**

## Fiche 28

# LE PATIENT MINEUR ET LES SOINS DANS LE SECRET



### Textes de référence

⇒ Articles 7 et 39, de la loi, art. L. 1111-5, L. 1115-1, L. 6211-3-1 du CSP et L. 162-1-18-1 du CSS



### Dispositif légal

Plusieurs articles de la loi de modernisation de notre système de santé élargissent la dérogation à l'autorité parentale inscrite depuis la loi du 4 mars 2002 à l'article L. 1111-5 du CSP. Ils créent de nouvelles dérogations pour permettre au mineur de bénéficier d'actes de prévention et de soins dans le secret.

L'article 7 de la loi prévoit que la sage-femme pourra elle aussi, désormais, accorder le secret sur les soins (cette faculté était auparavant ouverte aux seuls médecins). De plus, la loi élargit le champ du secret qui s'appliquera désormais, non plus au seul traitement, mais aussi « à l'action de prévention, au dépistage, au diagnostic et au traitement ».

Par ailleurs, l'article « mère » du dispositif de la loi du 4 mars 2002 est complété par un nouvel article L. 1111-5-1 du CSP relatif à la santé sexuelle et reproductive, qui dispose : « Par dérogation à l'article 371-1 (1) du code civil, l'infirmier peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix... ».

En outre, la loi prévoit dans son article 39 l'ajout d'un article L. 6211-3-1 du CSP qui dispose que « le dépistage de maladies infectieuses transmissibles au moyen d'un test rapide d'orientation diagnostique peut être réalisé sur une personne mineure par du personnel des structures mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 6211-3 (2). Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le personnel mentionné au premier alinéa du présent article peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque ce dépistage s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure et qui s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, ce personnel doit, dans un

*premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, ce personnel peut mettre en œuvre le dépistage. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix ».*

Enfin, le nouvel article L. 162-1-18-1 du code de la sécurité sociale donne un éclairage sur l'aspect financier de la prise en charge, jusqu'à présent non réglé. Il précise en effet que « lorsqu'un ayant droit mineur a fait usage, pour certains actes et prestations, du droit défini au premier alinéa de l'article L. 1111-5 et à l'article L. 1111-5-1 du code de la santé publique, la prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certaines dépenses est protégée par le secret. La liste de ces actes et prestations et de ces dépenses est définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

### Et en pratique : à quand l'acquisition d'une « majorité sanitaire », enjeu de santé publique et de droits des patients ?

Le dispositif fait évoluer l'accès des mineurs à divers actes de soins dans le secret (prévention, diagnostic, dépistage de maladies infectieuses...) et permet d'intégrer d'autres professionnels de santé que les seuls médecins dans le dispositif.

Ainsi les sages-femmes (grandes oubliées du dispositif de 2002) et les infirmières, sont intégrées dans le processus de prise en charge, s'agissant de la sauvegarde de la santé sexuelle et reproductive du mineur. Le texte ajoute à ces professionnels de santé des personnels relevant de structures de prévention et associatives à condition qu'ils aient reçu une formation adaptée.

Toutefois, le dispositif étant intégré à une dérogation au secret, son application n'est pas libre et demeure soumise à certaines conditions cumulatives (3). Il est nécessaire que :

- l'acte ou l'action s'impose pour sauvegarder la santé du mineur ;
- le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ;
- le professionnel dans un premier temps, s'efforce d'obtenir le consentement du mineur à la consultation de ses parents ;
- le mineur maintienne son opposition, pour que le professionnel puisse mettre en œuvre l'acte ou l'action ;
- le mineur se fasse accompagner d'une personne majeure de son choix.

(1) On notera pour la petite histoire qu'enfin le projet de loi rectifie l'erreur de la loi du 4 mars 2002 qui visait dans l'article L. 1111-5 l'article 371-2 du code civil et non l'article 375-1.

(2) Personnels autorisés à effectuer des tests rapides d'orientation diagnostique.

(3) Ces critères demeurent similaires à ceux de l'article L. 1111-5 du CSP.

Par ailleurs, lorsque le mineur usera de son droit au secret sur les actes et actions visés dans les textes, la prise en charge financière elle-même sera également couverte par le secret. Pour l'heure, aucune indication n'est donnée sur le mode de financement. Un texte devra préciser cette modalité.

Les droits du mineur avancent timidement. Ils prennent toutefois plus d'ampleur avec cette loi qui permet au mineur d'accéder à diverses prestations de prévention et de soins.

Sans doute la France ne rejoint pas encore ses voisines (Espagne, Belgique, Suisse...) plus avancées sur ce sujet, mais la reconnaissance de l'autonomie et d'une « majorité sanitaire » du mineur se profile petit à petit.

### Texte à venir

- Arrêté relatif à la liste des actes et prestations pour lesquels la prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certaines dépenses est protégée par le secret.

### À retenir

- **Le mineur se voit reconnaître le droit au secret pour des actions de prévention, de dépistage de diagnostic et de traitement.**
- **Les sages-femmes et les infirmières sont intégrées au processus de prise en charge dans le secret au regard de leur champ de compétence.**
- **Des personnels formés relevant de structures de prévention et associatives peuvent contribuer au dépistage de maladies infectieuses transmissibles.**

### Tableau comparatif avant/après 2016

Le droit au secret attaché aux mineurs issu de la loi du 4 mars 2002	Le droit au secret attaché aux mineurs issu de la loi de modernisation de notre système de santé – 2016
<p><b>Article L. 1111-5 du CSP</b>  <i>Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. [...]</i></p>	<p><b>Article L. 1111-5 du CSP</b>  <i>Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, le médecin ou la sage-femme peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin ou la sage-femme doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin ou la sage-femme peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix. [...]</i></p>
	<p><b>Article L. 1111-5-1 du CSP</b>  <i>Par dérogation à l'article 371-1 du code civil, un infirmier, sous la responsabilité d'un médecin, peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions à prendre lorsque l'action de prévention, le dépistage ou le traitement s'impose pour sauvegarder la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure âgée de quinze ans ou plus, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, l'infirmier doit, dans un premier temps, s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, l'infirmier, sous la responsabilité d'un médecin, peut mettre en œuvre l'action de prévention, le dépistage ou le traitement. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.</i></p>

Le droit au secret attaché aux mineurs issu de la loi du 4 mars 2002	Le droit au secret attaché aux mineurs issu de la loi de modernisation de notre système de santé – 2016
	<p><b>Art. L. 6211-3-1 nouv du CSP</b>  <i>Le dépistage de maladies infectieuses transmissibles au moyen d'un test rapide d'orientation diagnostique peut être réalisé sur une personne mineure par du personnel des structures mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 6211-3.</i>  <i>Par dérogation à l'article 371-1 du code civil et dans les départements dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de santé publique, le personnel mentionné au premier alinéa du présent article peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque ce dépistage s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure de quinze ans ou plus et que cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, ce personnel doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, ce personnel peut mettre en œuvre le dépistage. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.</i></p>
	<p><b>Article 162-1-18-1 du CSS</b>  <i>Lorsqu'un ayant droit mineur a fait usage, pour certains actes et prestations, du droit défini au premier alinéa de l'article L. 1111-5 et à l'article L. 1111-5-1 du code de la santé publique, la prise en charge par les organismes d'assurance maladie de certaines dépenses est protégée par le secret. La liste de ces actes et prestations et de ces dépenses est définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</i></p>

| **Isabelle GENOT-POK** |  
| [isabelle.genot@cneh.fr](mailto:isabelle.genot@cneh.fr) |





## Fiche 29

# L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)



### Textes de référence

⇒ Articles 77, 82, 127 et 158 de la loi, articles L. 6323-1, L. 2212-1 s., L. 2213-2, L. 2222-2 et L. 1434-7 du CSP



### Dispositif légal

Les modalités de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont été modifiées dans quatre articles de la loi de modernisation de notre système de santé.

L'article 77 de la loi vise à permettre aux centres de santé de pratiquer l'IVG par méthode instrumentale, alors qu'ils peuvent déjà réaliser des IVG médicamenteuses. Les centres de santé pourront donc pratiquer des IVG « *dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code, selon des modalités définies par un cahier des charges établi par la Haute Autorité de santé, dans le cadre d'une convention conclue d'une semaine au titre de l'article L. 2212-2* ».

L'article 82 de la loi supprime le délai de réflexion d'une semaine pour l'IVG. Le nouvel article L. 2212-5 du Code de la santé publique est ainsi libellé : « *Si la femme renouvelle, après les consultations prévues aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4, sa demande d'interruption de grossesse, le médecin doit lui demander une confirmation écrite. Cette confirmation ne peut intervenir qu'après l'expiration d'un délai de deux jours suivant l'entretien prévu à l'article L. 2212-4* ».

L'article 127 de la loi autorise les sages-femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse :

« *En cas de confirmation, le médecin ou la sage-femme peuvent pratiquer personnellement l'interruption de grossesse dans les conditions fixées au second alinéa de l'article L. 2212-2. S'ils ne pratiquent pas eux-mêmes l'intervention, ils restituent à la femme sa demande pour que celle-ci soit remise au médecin ou à la sage-femme choisis par elle et lui délivrent un certificat attestant qu'ils se sont conformés aux articles L. 2212-3 et L. 2212-5* ».

NOTA : Dans la continuité du dispositif antérieur, l'IVG pour motif médical ne peut être pratiquée que par un médecin.

L'article 138 de la loi de santé impose, dans chaque région l'élaboration d'un plan d'action pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesse par l'agence régionale de santé (ARS), en prenant en compte les orientations nationales définies par le ministre chargé de la santé.

### Et en pratique :

#### quelles modalités de simplification des conditions d'accès à l'IVG ?

Ces nouvelles dispositions visent à améliorer l'accès des femmes à l'IVG, améliorer l'information donnée sur les méthodes et préserver le libre choix des femmes.

Quatre éléments sont à retenir :

- l'extension des pratiques d'IVG par méthode instrumentale aux centres de santé, alors qu'ils peuvent déjà réaliser des IVG médicamenteuses. Cette possibilité pour les médecins en centre de santé de réaliser des IVG instrumentales vise à renforcer l'offre de proximité et à proposer un réel choix de la méthode aux femmes qui souhaitent interrompre une grossesse ;
- la suppression du délai minimal de réflexion de sept jours entre la première et la deuxième consultation pour l'IVG afin de ne pas entraver le choix de la femme ;
- l'autorisation donnée aux sages-femmes de pratiquer cet acte, ce qui devrait augmenter l'offre sur tout le territoire et contribuer à une meilleure reconnaissance du rôle des sages-femmes ;
- un plan d'accès à l'IVG formalisé par l'ARS dans chaque région afin d'assurer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire.

NOTA : L'amendement visant à supprimer la clause de conscience pour l'IVG a reçu des avis défavorables de la commission et du gouvernement et a finalement été retiré.

### Textes à venir

Un décret en Conseil d'État déterminera le contenu de la formation des sages-femmes requise pour pratiquer des IVG par voie médicamenteuse, formation intégrée à la formation initiale des sages-femmes.

### À retenir

- **Un plan pour l'accès à l'IVG dans chaque région formalisé par l'ARS.**
- **La suppression du délai minimum de réflexion de sept jours.**
- **La possibilité pour les centres de santé de réaliser une IVG instrumentale.**
- **La possibilité pour les sages-femmes de réaliser une IVG médicamenteuse.**

**FOCUS : Le programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG en France**

*« Un an jour pour jour après son lancement, la ministre a indiqué que la plupart des mesures du programme national d'action pour l'accès à l'IVG avaient été mises en œuvre. Les outils d'information des femmes sur l'IVG ont été renforcés :*

- *lancé le 28 septembre, le numéro national d'information (0800 08 11 11), anonyme, gratuit et accessible 6 jours sur 7, rencontre une large audience avec plus de 2 000 appels par mois ;*
- *une grande campagne d'information, « IVG, mon corps, mon choix, mon droit », lancée également en septembre 2015 pour rappeler aux femmes leurs droits et renforcer la notoriété des outils d'information officiels sur l'IVG ;*
- *le nombre de visites sur le site [ivg.gouv.fr](http://ivg.gouv.fr) a doublé pendant la campagne d'information (entre 160 000 et 180 000 par mois). Le référencement du site fait par ailleurs actuellement l'objet d'un travail approfondi.*

*(...) Marisol Touraine a par ailleurs annoncé que la prise en charge à 100 % de l'ensemble du parcours IVG (soit, outre l'acte en lui-même, déjà intégralement remboursé depuis 2013, les consultations, les examens de biologie médicale et les échographies pre et post IVG) entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2016. »*

Communiqué de presse du ministère de la Santé, 15 janvier 2016

<http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/ivg-1er-bilan-du-programme-national-d-action>

**Clothilde POPPE**  
| [clothilde.poppe@cneh.fr](mailto:clothilde.poppe@cneh.fr) |



## Fiche 30

# L'ACTION DE GROUPE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ



### Textes de référence

⇒ Article 185 de la loi, art. L. 1143-1 à L. 1143-22 du CSP



### Dispositif légal

L'article 185 de la loi de modernisation de notre système de santé autorise l'action de groupe dans le domaine de la santé, à l'instar de la « class action », dispositif juridique anglo-saxon introduit en droit français par la loi relative à la consommation en date du 18 mars 2014. Il s'agit ici de permettre aux associations d'usagers du système de santé d'agir en justice aux fins de réparation des préjudices individuels subis :

« Une association d'usagers du système de santé agréée [...] peut agir en justice afin d'obtenir la réparation des préjudices individuels subis par des usagers du système de santé placés dans une situation similaire ou identique et ayant pour cause commune un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1, ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits, à leurs obligations légales ou contractuelles.

L'action ne peut porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par des usagers du système de santé (...). Le juge détermine les dommages corporels susceptibles d'être réparés pour les usagers constituant le groupe qu'il définit. »

Toutefois la loi prévoit l'exclusion des associations qui ont pour activité annexe la commercialisation des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du CSP (1).

Le dispositif devra entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2016 au plus tard.

### Et en pratique : vers un dispositif de protection des usagers victimes simple et efficace ?

L'action de groupe se déroule en deux étapes :

- Étape n° 1 : le jugement porte sur la responsabilité résultant du manquement, du producteur ou du fournisseur d'un produit à finalité sanitaire ou cosmétique ou d'un prestataire utilisant l'un de ses produits, à ses obli-

gations légales ou contractuelles ; le jugement définit également le groupe de victimes (usagers du système de santé) qui seront aptes à demander réparation des dommages corporels en résultant. Le juge fixe les critères de rattachement au groupe.

- Étape n° 2 : la réparation individuelle des préjudices.

Le juge devra par ailleurs fixer les délais dont dispose l'usager pour adhérer au groupe afin d'obtenir réparation de ses préjudices (entre trois mois et 5 ans, lequel délai ne courra qu'à partir de l'achèvement des mesures de publicité ordonnées afin que les personnes ayant subi un préjudice soient informées).

La victime choisit :

- soit d'adresser directement la demande de réparation à la personne reconnue responsable ;
- soit de la faire adresser par l'association requérante par le biais d'un mandat aux fins d'indemnisation.

La loi prévoit également la possibilité d'une médiation. La médiation est prévue dans la procédure dès lors que l'ensemble des parties en fait la demande. Le juge donne mission à un médiateur de convenir à l'amiable de l'indemnité dans un délai maximal de trois mois.

L'accord de médiation fera l'objet d'une convention d'indemnisation amiable, détaillant dans quelles conditions les défendeurs assureront aux victimes la réparation de leur préjudice. Cette convention doit :

- être acceptée par l'association requérante et au moins l'une des personnes mise en cause dans l'action engagée ;
- être homologuée par le juge.

Enfin, l'action de groupe suspend la prescription des actions individuelles en réparation des préjudices résultant des manquements constatés par le jugement ou par la convention amiable homologuée.

### Textes à venir

- Un décret portant sur les modalités de l'action de groupe.
- Un rapport attendu : Le Gouvernement devra remettre au Parlement, dans les trente mois suivant l'entrée en vigueur de la loi, un rapport évaluant les conditions de mise en œuvre de la procédure d'action de groupe. Ce rapport proposera des adaptations du texte si besoin.

(1) Les médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique ; les produits contraceptifs et contragestifs ; les biomatériaux et les dispositifs médicaux ; les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro ; les produits sanguins labiles ; les organes, tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale ; les produits cellulaires à finalité thérapeutique ; le lait maternel collecté, qualifié, préparé et conservé par les lactariums ; les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact ; les procédés et appareils destinés à la désinfection des locaux et des véhicules dans les cas prévus à l'article L. 3114-1 ; les produits thérapeutiques annexes ; les lentilles oculaires non correctrices ; les produits cosmétiques ; les micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1 ; les produits de tatouage ; les logiciels qui ne sont pas des dispositifs médicaux et qui sont utilisés par les laboratoires de biologie médicale,...

## À retenir

- Les associations d'usagers du système de santé peuvent désormais engager une action de groupe.
- Le champ de l'action est précis et ne peut porter que sur un manquement d'un producteur ou d'un fournisseur de l'un des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1, ou d'un prestataire utilisant l'un de ces produits, à leurs obligations légales ou contractuelles.
- L'action de groupe ne pourra porter que sur la réparation des préjudices résultant de dommages corporels subis par les usagers.
- Deux procédures sont possibles : l'action contentieuse devant les tribunaux et l'action amiable à certaines conditions, par la désignation d'un médiateur.

### FOCUS : Les questions en suspens et les attentes quant à ce dispositif

- *Quid de la responsabilité des établissements de santé avec ce dispositif ? Ne peut-on pas imaginer, les concernant, que des actions puissent être menées par les associations agréées ? L'affaire des sur-irradiés d'Epinal (T.Corr. de Paris 30 janvier 2013) aurait sans doute pu en être l'objet.*
- *Par ailleurs, et pour les victimes, il est attendu de ce dispositif, un impact assez positif sur les services de justice, dans la mesure où la reconnaissance de la responsabilité par le juge devrait inciter à une indemnisation rapide de ces victimes. De même, la mise en œuvre de la procédure de transaction menée par un médiateur devrait alléger considérablement le travail des juridictions, et faciliter les démarches des victimes, ce qui ne fut pas le cas dans les affaires du Mediator ou des prothèses PIP.*
- *Par contre et selon l'étude d'impact du projet de loi relatif à la consommation du 30 avril 2013, le gouvernement estime difficile de quantifier cet impact sur les entreprises industrielles concernées visés par le projet de loi de santé (2).*

| **Isabelle GENOT-POK** |  
| [isabelle.genot@cneh.fr](mailto:isabelle.genot@cneh.fr) |



(2) APMnews.com – projet de loi de santé – 10 avril 2015.

## Fiche 31 LA CONTENTION EN PSYCHIATRIE



### Textes de référence

⇒ Article 72 de la loi, art. L. 322-5-1 du CSP



### Dispositif légal

L'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé encadre précisément la contention en psychiatrie.

*« Le placement en chambre d'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.*

*Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement (...). Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, il mentionne le nom du psychiatre l'ayant décidée, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Ce registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.*

*L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques de placement en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour en limiter le recours et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance. »*

### Et en pratique : la contention en psychiatrie, enjeu des droits du patient ou dispositif de soins ?

Jusqu'à présent la loi restait assez évasive à ce sujet, elle indiquait seulement que « les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » (article L. 3211-3 du CSP) et « un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur » (article L. 3211-4 du CSP). Aussi, l'encadrement au niveau légal de la contention et de la chambre d'isolement répond à un impératif majeur de protection des libertés individuelles traduites dans les droits des patients

par notamment la liberté de mouvement. Cette liberté étant le principe même du droit de chaque personne à disposer de soi, comme en dispose l'article 7 de la DDHC « *Nul homme ne peut être (...) détenu que dans les cas déterminés par la Loi et selon les formes qu'elle a prescrites* » et l'article 5 de la CEDH « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales...* ».

De plus, l'article 34 de la Constitution dispose que « *la loi fixe les règles concernant les garanties fondamentales accordées aux citoyens pour l'exercice des libertés publiques* ». Aussi, ces mesures graves de restriction de liberté nécessitaient de manière évidente des dispositions législatives bien plus précises et exigeantes.

Faisant suite au rapport (2013) du député socialiste Denys Robiliard dans lequel il notait « *un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique* » avec « *l'augmentation et la banalisation des pratiques d'enfermement, d'immobilisation et d'attachement des personnes malades à l'hôpital* » le législateur comble le vide juridique majeur d'une pratique uniquement régulée par :

- une résolution de l'ONU de 1991 qui prévoit que « *La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet* » ;
- un avis du Conseil de l'Europe de 1994 qui a édicté une recommandation précisant qu'« *aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé. Les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché, et aucune atteinte irréversible ne doit être portée aux droits de procréation des individus* » ;
- une circulaire du 29 juillet 1993 (dite circulaire Veil) qui précise que les patients malades mentaux disposent de droits parmi lesquels « *[...] figure celui d'aller et venir librement à l'intérieur de l'établissement où ils sont soignés ; cette liberté fondamentale ne peut donc pas être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. [...] Toutefois en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte [...]* » ;
- enfin les recommandations de l'ANAES de juin 1998.

C'est dire l'absence d'encadrement juridique qui existait autour de cette pratique que l'on pouvait qualifier d'illégal, sauf à considérer que l'hospitalisation sous contrainte implique en soi la contention et l'isolement du patient (1).

(1) Jean-Marc Panfili, Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? Objectifs Soins Management 2013.

La contention et l'isolement sont donc définis comme une privation de liberté décidée par un psychiatre et non un soin prescrit par un médecin psychiatre.

Enfin, la tenue d'un registre traçant la mise en œuvre de la contention au-delà de l'inscription du soin dans le dossier médical du patient, permettra un contrôle de cette pratique plus fiable par sa mise à disposition au Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés (CGLPL), la Commission Départementale des Soins psychiatriques (CDSP), ainsi qu'aux parlementaires autorisés depuis 2013 à visiter les établissements psychiatriques.

## Textes à venir

Aucun décret n'est prévu pour organiser la mise en place du dispositif législatif.

Cependant, la Haute Autorité de Santé (HAS), suite aux débats relatifs à la contention, a validé en juillet 2015 une note de cadrage intitulée « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie ». Un document (référentiel ou manuel) est prévu en mars 2016 pour guider les professionnels de la psychiatrie.

## À retenir

- La loi définit la contention et l'isolement comme une privation de liberté encadrant précisément les conditions de leur utilisation.
- Une organisation doit être mise en place pour tracer la mise en œuvre de la contention et le placement en chambre d'isolement (registre portant des mentions légales obligatoires).
- Un contrôle externe est organisé par la mise à disposition de ce registre auprès du CGLPL et de la CDSP.
- Un contrôle interne à l'établissement des pratiques en matière de contention et de placement en chambre d'isolement est également organisé par la rédaction d'un rapport annuel transmis pour avis à la commission des usagers et au conseil de surveillance.

### FOCUS : La contention en psychiatrie enjeu de santé ou enjeu de sécurité ?

**D'aucuns sont particulièrement outrés de cette intrusion du législateur dans la pure pratique prescriptive de l'équipe médicale et soignante et s'y sont vivement opposés, au nom de la liberté d'action des soignants, (voir débat de l'assemblée nationale et presse 9 avril 2015 site <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/psychiatrie>). Toutefois, il s'agit de protéger les droits des patients dans l'atteinte à leur liberté de mouvement, droit fondamental de l'homme. En cela, la loi de modernisation de notre système de santé rejoint celle du 4 mars 2002 et permettra que ces décisions (et non prescriptions) puissent être contestées par les intéressés eux-mêmes ou par leur conseil. La traçabilité des mises en chambre d'isolement avait également été recommandée par M. Jean-Marie Delarue en 2013 lorsqu'il était Contrôleur général des lieux de privation de liberté. À tout le moins, les mises en isolement et sous contention seront actées dans un document de nature administrative directement communicable au patient, mais aussi aux autorités de contrôle externe non médical des établissements.**

**Rappelons enfin que des États voisins de la France ont depuis longtemps légiféré sur cette question de restriction de la liberté de mouvement (2).**

**Isabelle GENOT-POK**  
isabelle.genot@cneh.fr

(2) Aux États-Unis, en Grande-Bretagne, en Allemagne, au Canada, en Belgique, aux Pays-Bas et en Russie, ce sont des textes de loi précis qui encadrent l'utilisation de l'isolement et de la contention ; Jean-Marc Panfili, Contention et isolement, des contraintes exceptionnelles ? Objectifs Soins Management 2013 voir notes 5 et 6.

**Fiche 32 : LES ORDONNANCES À VENIR**

Article de la loi de modernisation de notre système de santé	Objectif(s)	Calendrier	Contenu
107	Définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même GHT.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.	<b>Disposition censurée par la décision n° 2015-727 DC du Conseil constitutionnel du 21 janvier 2016.</b>
201	Faciliter la constitution et le fonctionnement des groupements de coopération sanitaire (GCS).	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification de l'ordonnance devant le Parlement, à compter de la publication de l'ordonnance.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des GCS et clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations, notamment de soins, par un GCS.</li> <li>2. Définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un GCS et étendre aux GCS de moyens de droit public, s'agissant des instances représentatives du personnel, l'application de l'article L. 4111-1 du code du travail et de l'article L. 6144-3 du code de la santé publique (constitution du comité technique d'établissement).</li> <li>3. Adapter le régime fiscal des GCS.</li> <li>4. Faciliter l'exploitation par les GCS d'une pharmacie à usage intérieur et d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation.</li> <li>5. Supprimer, dans le code de la santé publique, les références aux fédérations médicales hospitalières et modifier les dispositions relatives aux GCS à l'article 121 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.</li> </ol>
204 I.	Simplifier et moderniser le régime des établissements de santé.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de l'ordonnance.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clarifier les procédures de passation des marchés mentionnés à l'article L. 6148-7 du code de la santé publique (marchés portant sur la conception, la construction, l'aménagement, l'entretien et la maintenance).</li> <li>2. Aménager la procédure de fusion entre les établissements publics de santé.</li> <li>3. Mettre à jour la liste des établissements figurant à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</li> </ol>
204 I.	Simplifier et harmoniser le régime des autorisations des PUI, tout en facilitant la coopération entre celles-ci ou, pour le recours aux PUI, avec ou entre les services d'incendie et de secours et réviser les procédures autorisant la vente au public et au détail des médicaments par les PUI autorisées à assurer cette activité ainsi que les procédures fixant les conditions de prise en charge des médicaments concernés par l'assurance maladie.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de l'ordonnance.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir les conditions dans lesquelles le Centre national de gestion gère et prend en charge la rémunération des directeurs d'hôpital et des personnels médicaux titulaires mis à disposition des inspections générales interministérielles.</li> <li>2. Abroger les dispositions relatives aux conseillers généraux des établissements de santé.</li> </ol>
204 I.	Simplifier et moderniser les modalités de gestion et d'exercice de certaines professions.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de l'ordonnance.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir les conditions dans lesquelles le Centre national de gestion gère et prend en charge la rémunération des directeurs d'hôpital et des personnels médicaux titulaires mis à disposition des inspections générales interministérielles.</li> <li>2. Abroger les dispositions relatives aux conseillers généraux des établissements de santé.</li> </ol>

Article de la loi de modernisation de notre système de santé	Objectif(s)	Calendrier	Contenu
204 I.	Simplifier la législation en matière de sécurité sanitaire.	<p>Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de l'ordonnance.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abroger les articles L. 3111-6 à L. 3111-8 du CSP (dispositions sur les vaccinations obligatoires) et tirer les conséquences de ces abrogations.</li> <li>2. Mettre à jour les dispositions du code de la santé publique relatives aux déchets d'activités de soins à risques.</li> <li>3. Permettre l'utilisation de l'eau non destinée à la consommation humaine lorsque la qualité de l'eau n'a pas d'effet sur la santé des usagers ou sur la salubrité des denrées alimentaires finales.</li> </ol>
204 I.	Simplifier la législation en matière de traitement des données de santé à caractère personnel.	<p>Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Harmoniser les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatives aux procédures d'agrément des hébergeurs de données de santé et celles de l'article L. 212-4 du code du patrimoine.</li> <li>2. Définir les conditions dans lesquelles un médecin, agissant sous l'autorité d'une personne agréée en application de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique et désigné à cet effet par cette personne, accède aux données de santé à caractère personnel confiées à cette dernière.</li> <li>3. Remplacer l'agrément prévu à l'article L. 1111-8 par une évaluation de conformité technique réalisée par un organisme certificateur accrédité par l'instance nationale d'accréditation mentionnée à l'article 137 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie ou par l'organisme compétent d'un autre état membre de l'UE.</li> <li>4. Encadrer les conditions de destruction des dossiers médicaux conservés sous une autre forme que numérique quand ils ont fait l'objet d'une numérisation et préciser les conditions permettant de garantir une valeur probante aux données et documents de santé constitués sous forme numérique.</li> </ol>
204 I.	<p>Supprimer à l'article L. 1142-11 du CSP la condition d'inscription sur la liste des experts judiciaires pour les candidats à l'inscription sur la liste nationale des experts en accidents médicaux.</p> <p>Prévoir une inscription probatoire sur la liste des experts.</p> <p>Aménager les conditions d'accès des autorités sanitaires aux dossiers des expertises médicales diligentées par les CRCI et l'ONIAM afin de faciliter les études des risques liés aux soins.</p>	<p>Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.</p>	
204 II.	<p>Adapter, en fonction du droit de l'UE, les dispositions législatives relatives aux substances vénéneuses mentionnées à l'article L. 5132-1 du CSP.</p> <p>Clarifier le champ d'application de cette législation aux produits contenant les substances précitées.</p> <p>Adapter en conséquence les dispositions relatives aux conditions de prescription et de délivrance des médicaments.</p>	<p>Délai de 18 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.</p>	



Article de la loi de modernisation de notre système de santé	Objectif(s)	Calendrier	Contenu
204 II.	Mettre en cohérence les dispositions du CSP relatives aux sanctions pénales dans le domaine de la toxicovigilance avec l'article L. 521-21 du code de l'environnement.	Délai de 18 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
204 III.	Moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds, les régimes de visite de conformité, les régimes d'agrément et d'autorisation de mise en service des transports sanitaires et les modalités de contractualisation entre les ARS et les établissements de santé et les structures de coopération.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé.</li> <li>2. Réviser les durées d'autorisation.</li> <li>3. Alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation.</li> </ol>
204 III.	Redéfinir la composition et la mission du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale dans un but d'allègement des procédures.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
204 III.	Simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Clarifier et adapter les dispositions du CSP relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des maisons de santé et des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires.</li> <li>2. Clarifier et adapter les dispositions du CSP relatives aux conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé.</li> <li>3. Mettre en cohérence les différentes dispositions législatives relatives aux aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé et abroger celles devenues sans objet.</li> <li>4. Adapter les conditions de création, de transfert, de regroupement et de cession des officines de pharmacie, notamment au sein d'une commune ou de communes avoisinantes.</li> <li>5. Préciser les composantes de la rémunération du pharmacien d'officine.</li> </ol>

Article de la loi de modernisation de notre système de santé	Objectif(s)	Calendrier	Contenu
204 IV.	<p>Harmoniser et adapter les prérogatives des autorités administratives et des agents chargés de contrôler la mise en œuvre des dispositions du code de l'action sociale et des familles.</p> <p>Rechercher et constater les infractions à ces dispositions.</p> <p>Harmoniser et adapter les règles de procédures auxquelles l'exercice de ces prérogatives est soumis.</p> <p>Harmoniser et adapter les dispositions relatives aux sanctions pénales et aux mesures de police administrative.</p>	<p>Délai de 24 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.</p>	
211	<p>Mieux articuler les dispositions du code civil et du CSP relatives aux conditions dans lesquelles peut s'exprimer la volonté des personnes faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, pour toute décision relative à un acte médical.</p>	<p>Délai de 18 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.</p>	
212	<p>Adapter les dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé.</p>	<p>Délai de 18 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi.</p> <p>Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire évoluer les compétences des organes des ordres en vue de renforcer l'échelon régional et d'accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public exercées par les organes régionaux.</li> <li>2. Modifier la composition des conseils, la répartition des sièges au sein des différents échelons et les modes d'élection et de désignation pour simplifier les règles en ces matières et favoriser l'égal accès des femmes et des hommes aux fonctions de membres dans l'ensemble des conseils.</li> <li>3. Tirer les conséquences de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral sur l'organisation des échelons des ordres.</li> <li>4. Renforcer les pouvoirs dont les ordres disposent afin de veiller au respect de la législation relative aux avantages consentis aux professionnels de santé par des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.</li> <li>5. Permettre l'application aux conseils nationaux des ordres de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.</li> <li>6. Concernant l'ordre des pharmaciens, prévoir des dispositions permettant le remplacement du titulaire d'officine empêché d'exercer en raison de circonstances exceptionnelles.</li> <li>7. Réviser la composition des instances disciplinaires des ordres afin de la mettre en conformité avec les exigences d'indépendance et d'impartialité.</li> <li>8. Concernant l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et l'ordre des pédicures-podologues, clarifier les conditions d'exercice effectif de la profession pour permettre aux élus retraités de siéger au sein des organes de l'ordre.</li> </ol>

Article de la loi de modernisation de notre système de santé	Objectif(s)	Calendrier	Contenu
216	Transposer la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles et le règlement UE n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »).	Délai de 12 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
216	Adapter la législation relative aux recherches biomédicales au règlement UE n° 536/2014 du Parlement européen et du Conseil du 16 avril 2014 relatif aux essais cliniques de médicaments à usage humain et abrogeant la directive 2001/20/CE aux fins de coordonner l'intervention des comités de protection des personnes et de procéder aux modifications de cette législation lorsque des adaptations avec d'autres dispositions législatives sont nécessaires.	Délai de 6 mois pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
216	Harmoniser et sécuriser la procédure de reconnaissance des qualifications obtenues dans un État membre de l'UE.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
216	Reconnaître la profession de physicien médical comme profession de santé.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
216	Adapter la législation nationale au règlement sanitaire international.	Délai d'un an pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 3 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élargir les pouvoirs de police du représentant de l'État dans le département pour lui permettre de prendre des mesures nécessaires de contrainte à l'égard notamment des personnes atteintes d'une infection contagieuse ou susceptibles d'être atteintes d'une telle infection, en vue de lutter efficacement contre la propagation internationale des maladies.</li> <li>2. Établir une tarification unique pour les contrôles techniques mentionnés à l'article L. 3115-1 du CSP (dispositions sur le contrôle sanitaire aux frontières) et définir ses modalités de recouvrement.</li> <li>3. Préciser les conditions de vaccination contre la fièvre jaune dans les départements où la situation sanitaire l'exige.</li> </ol>

Article de la loi de modernisation de notre système de santé	Objectif(s)	Calendrier	Contenu
222	Mettre en cohérence les dispositions législatives relatives au service de santé des armées et à l'Institution nationale des Invalides.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	
222	Renforcer la contribution du service de santé des armées et de l'Institution nationale des Invalides à la politique de santé publique et à la défense sanitaire du pays et permettre de mieux remplir leurs missions au titre de la défense nationale, par une meilleure articulation avec les dispositifs de droit commun et le développement de coopérations nationales et internationales.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	Adapter les dispositions relatives à l'organisation, au fonctionnement et aux missions du service de santé des armées et de l'Institution nationale des Invalides. Abroger les dispositions obsolètes du CSP. Harmoniser les dispositions du CSP.
	Faciliter la réorganisation du service de santé des armées et de l'Institution nationale des Invalides, pour les services concourant à la sécurité nationale.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	Adapter les dispositions relatives aux statuts et aux positions des personnels civils et militaires. Adapter les dispositions relatives aux pensions de retraite des fonctionnaires de ce service et de cette institution mis à disposition de GCS.
222	Adapter les dispositions du CSP pour préciser les conditions d'exercice des activités régies par le CSP, notamment en matière pharmaceutique.	Délai de deux ans pour recourir aux ordonnances, à compter de la promulgation de la loi. Délai de 6 mois pour déposer un projet de loi de ratification devant le Parlement, à compter de la publication de chacune des ordonnances.	

**Stéphanie SEGUI-SAULNIER**  
stephanie.segui@cneh.fr

# Groupement hospitalier de territoire (GHT)



Formation 2016



**Groupement hospitalier de territoire**  
Comprendre et mettre en œuvre la réforme



Le territoire de l'hôpital est en grande mutation. Depuis plus d'un an, le CNEH a investi la thématique des groupements hospitaliers de territoire. Pour vous accompagner dans le **développement des compétences nécessaires à la mise en œuvre stratégique et opérationnelle de vos GHT**, le CNEH a élaboré une offre spécifique animée par des professionnels de terrain. L'objectif ? Apporter aux acteurs hospitaliers toute l'expertise nécessaire à la réussite de leurs transformations territoriales en particulier par une offre de formation ajustée.

Cette offre répond à vos besoins pour :

- **Décrypter**
- **Fonder**
- **Piloter**
- **Mutualiser / restructurer**

Conseil



**Groupement hospitalier de territoire**  
Design de votre GHT et trajectoire de transformation



Pour vous aider dans la construction de votre GHT, le CNEH a élaboré un vade-mecum des questions clés et des travaux liminaires incontournables à l'engagement dans une telle démarche afin d'en **mesurer les implications opérationnelles sur le projet médical et la gouvernance**. Avec cette initiative, nous nous engageons à vos côtés en proposant un outil que nous espérons utile à votre réflexion concernant :

- **les travaux liminaires incontournables**
- **le design de votre GHT et la trajectoire de transformation**



2 octobre 2015  
10-13 Spécial GHT





## e-REVUE

Consultez la revue trimestrielle l'Écho JuriSanté au format numérique sur le site [www.cneh.fr](http://www.cneh.fr)



## BLOG

[www.jurisante.fr](http://www.jurisante.fr)

Découvrez l'ensemble de l'actualité juridique commentée par l'équipe JuriSanté sur son blog



## APPLI MOBILE

Avec l'appli mobile «Garde de direction», ayez toujours la situation en main !

Le contenu initialement présenté sous forme de classeur est maintenant **disponible depuis votre tablette ou smartphone**



## CLUB 10-13 EN LIGNE

Retrouvez les rencontres du club 10-13 autour de l'actualité juridique en ligne

## RENSEIGNEMENTS :

**Nadia Hassani**

Assistante du Centre de droit JuriSanté  
[nadia.hassani@cneh.fr](mailto:nadia.hassani@cneh.fr)

Tél. : 01 41 17 15 43

# e-JuriSanté

