

The background features several large, overlapping, abstract shapes in light green, light blue, and light purple. These shapes are composed of curved lines and some triangular points, resembling stylized leaves or petals. The overall aesthetic is clean and modern.

AVANT PROJET DE LOI
HOPITAL,
PATIENTS, SANTE ET
TERRITOIRES

URML IDF
Cafés réseaux
16 septembre 2008

Dr Philippe BERGEROT



LA LIGUE : **SES MISSIONS** **SOCIALES**



RECHERCHE



INFORMATION - PREVENTION - DEPISTAGE



ACTIONS POUR LES MALADES



FORMATION

Des forces vives

- **727.918** adhérents
- **10.000** salariés et bénévoles

Deux atouts majeurs

- **Seule Association caritative dont les missions couvrent l'ensemble des domaines de la lutte contre le cancer**
- **Maillage du territoire national par 103 Comités Départementaux**

Mission action pour Les malades

Actions autour du soin **DA, soins de support, Information**
Actions autour du social **Retour à emploi, assurabilité**
RAC, Membre fondateur du CISS

Qu'est-ce que le CISS ?

- Un **collectif d'associations** intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs.
- **Créé en 1996**, le collectif s'est **constitué en association loi 1901 fin 2004**.
- *L'expérience du CISS pour approcher de manière collective les problématiques concernant les usagers du système de santé, au-delà de tout particularisme, en fait aujourd'hui un interlocuteur crédible et privilégié pour représenter et défendre leurs intérêts communs.*



AVANT PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

- Titre 1: Population et prévention


- **Article 1:** Interdiction des cigarettes bonbons
- **Article 2 :** Interdiction de vente d'alcool aux mineurs
- **Article 3 :** Interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations services, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile, contrôle
- **Article 4** Réforme du dépistage en milieu scolaire
- **Article 5** Conditions d'accès à la prévention médicalisée et à la contraception
- **Article 6** Education en santé – Education thérapeutique du patient
- **Article 7** Prévention des cancers liés à l'environnement : radon et amiante
- **Article 8** Création d'un établissement public autonome

- Titre 3 Population et prévention

- **Article 23** Education en santé – Education thérapeutique du patient
 - ET fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soins
 - ARS s'assure du maillage territorial de l'offre en ET tant en ville qu'à l'hôpital et finance les programmes



AVANT PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

- Titre 2: Accès de tous à des soins de qualité
 - **Article 9** Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.
 - **Article 10** Formation médicale initiale :
 - **Article 11** Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoires
 - **Article 12** Principe général de coopération entre professionnels de santé
 - **Article 13** Définition des missions et des modalités de création des centres de santé, du fonctionnement des maisons de santé.
 - **Article 14** Encadrement juridique de l'activité de télémédecine
 - **Article 15** Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes
 - **Article 16**
 - Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie
 - Titre 2: Accès de tous à des soins de qualité
 - **Article 14** Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.
 - **Article 15** Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numérus clausus de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité, la mise en place d'un post internat et mise à jour des contenus des formations médicales
 - **Article 16** Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire
 - **Article 17** Principe général de coopération entre professionnels de santé
 - **Article 18** Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes
 - **Article 19** Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie
 - **Article 20** Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale
- 



AVANT PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

- Titre 3: Modernisation des établissements de santé
Chapitre 1: Missions des établissements de santé

- **Article 17**
- Missions générales des établissements de santé
- **Article 18**
- Mission de service public des établissements de santé et service public hospitalier
- **Article 19**
- Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- **Article 20**
- Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

- Titre 1: Modernisation des établissements de santé
Chapitre 1: Missions des établissements de santé
- **Article 1**
- Missions des établissements de santé et service public hospitalier
- **Article 2**
- Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
- **Article 3**
- Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé



AVANT PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

- **Titre 3: Modernisation des établissements de santé Chapitre 2 Statuts et gouvernance des EPS**
 - Article 21 Statut des établissements publics de santé
 - Article 22 Conseil de surveillance des établissements publics de santé
 - Article 23 Directeur et directoire des établissements publics de santé
 - Article 24 Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
 - Article 25 Organisation interne des établissements publics de santé
 - Article 26 Ressources médicales hospitalières
 - Article 27 Modalités d'exonération de la soumission au code des marchés publics pour les établissements publics de santé
 - Article 28 Certification des comptes des établissements publics de santé
 - Article 29 Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, aux marchés, baux et contrats de partenariat
 - Article 30 Traitement des situations de déséquilibre financier, mise sous administration provisoire, contrôle des décisions des établissements publics de santé
 - Article 31 Mise en cohérence des procédures budgétaires et financières au vu de la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé
- **Titre 1: Modernisation des établissements de santé Chapitre 2 Statuts et gouvernance des EPS**
 - **Article 4** Statut des établissements publics de santé
 - **Article 5** Conseil de surveillance des établissements publics de santé
 - **Article 6** Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé
 - **Article 7** Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
 - **Article 8** Organisation interne des établissements publics de santé
 - **Article 9** Ressources médicales hospitalières
 - **Article 10** Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, aux marchés, baux et contrats de partenariat



AVANT PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

- Titre 3: Modernisation des établissements de santé
Chapitre 3: Favoriser la coopération des E de S
- *Les communautés hospitalières de territoire, appelées à devenir la forme de droit commun de coopérations entre établissements publics de santé, permettent à plusieurs de ces établissements de mutualiser certaines fonctions support et stratégiques, afin d'améliorer les complémentarités et la réactivité de l'offre au niveau local*

Article 32

- Communautés hospitalières de territoire

Article 33

- Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

- Titre 1: Modernisation des établissements de santé
Chapitre 3: Favoriser la coopération des E de S
- **Article 11**
 - Communautés hospitalières de territoire
- **Article 12**
 - Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire



AVANT PROJET DE LOI HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES

- Titre 3: Modernisation des établissements de santé
Chapitre 4: Modernisation de la recherche clinique
 - Article 34
 - **Définition de la recherche sur la personne en trois sous-catégories**
- Titre 1: Modernisation des établissements de santé
Chapitre 4: Modernisation de la recherche clinique
 - Article 13
 - **Définition de la recherche sur la personne en trois sous-catégories**



Chapitre 1er

Missions des établissements de santé

Les présentes dispositions visent à permettre une meilleure adéquation entre les besoins de santé d'un territoire et le cadre juridique relatif aux établissements. A ce titre, il convient en premier lieu de redéfinir leurs missions et d'adapter le service public hospitalier afin de s'assurer de la couverture territoriale la plus large en étendant le champ des établissements pouvant y participer, tout en garantissant l'accès à l'ensemble de la population.

Article 1

Missions des établissements de santé et service public hospitalier

Certaines des missions des établissements de santé doivent évoluer : la complexité des parcours de soins nécessite une bonne coordination des soins, l'hospitalisation à domicile et les prises en charges ambulatoires ne sont plus des alternatives mais des modalités courantes de l'hospitalisation. La permanence des soins hospitalière ne peut plus rester l'apanage des seuls établissements publics ; il importe que l'agence régionale de santé puisse l'organiser en fonction des besoins de la population du territoire de santé.

Par ailleurs, la liste des missions de service public incombant obligatoirement à tous les établissements de santé publics, les privés PSPH y compris les centres de lutte contre le cancer est précisée de manière exhaustive.

La répartition de ces missions s'effectue selon les principes suivants :

- définition de l'organisation territoriale dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins ;
- inscription de la mission dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- désignation possible, en cas de carence, par l'agence régionale de santé, d'un établissement en charge de cette mission.

Lorsque les établissements de santé privés, participent à l'une ou l'autre des missions de service public mentionnées dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) il convient de prévoir que cette mention trouve sa déclinaison dans les contrats d'exercice libéral des médecins exerçant dans lesdits établissements, ce qui nécessite le cas échéant une renégociation.



Article 3

Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

L'objectif est d'assouplir l'organisation interne des établissements en attribuant à la CME des objectifs de résultats et non pas de moyens. Il s'agit notamment, en supprimant les sous-commissions de la CME d'apporter de la souplesse dans les organisations, au profit de la définition de programme d'actions et d'indicateurs de suivi, et de passer d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet.

Pour les établissements privés, l'objectif est de donner à la conférence médicale un rôle fort dans la politique d'amélioration de la qualité des soins.

Ainsi, un même article législatif précise les obligations déjà existantes dans le domaine de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les seules commissions obligatoires restent la commission médicale d'établissement (CME), la commission des soins infirmiers, de r ééducation et médico-techniques (CSIRMT), la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRU QPC) et le comité technique d'établissement (CTE).

L'organisation de la gestion des risques liés aux activités hospitalières devient obligatoire dans un sens élargi, tout en permettant une adaptation des obligations aux spécificités de certaines catégories d'établissements de santé ; les établissements s'organisent librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Les différentes commissions relèvent de l'organisation interne de l'établissement ; elles sont rattachées à la commission médicale de l'établissement.



Chapitre 2

Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Il s'agit de supprimer les rigidités qui rendent difficile la modernisation des établissements publics de santé. Il est proposé de rénover leur statut, de clarifier leurs chaînes de responsabilité, de simplifier, en rendant effectif le principe d'autonomie de gestion, leur gouvernance, d'élargir le champ de recrutement des praticiens et des personnels de direction, de simplifier la gestion administrative et financière, renforcer les capacités de coopération, de permettre la création de communautés hospitalières de territoire, et de donner la possibilité de mieux gérer les ressources médicales au sein d'un territoire.



Article 4

Statut des établissements publics de santé

Le présent article a pour objectif de donner à l'établissement de santé une structure juridique qui lui permette de développer son dynamisme et sa capacité d'adaptation aux évolutions nécessaires. Ce statut doit faire toute sa place au directeur de l'établissement, « patron » de l'hôpital.

Il est créé pour l'ensemble des établissements publics de santé, un statut unique qui vise à simplifier leur gestion et à permettre la création de communautés hospitalières de territoire. L'unification du statut des établissements publics de santé aboutit à la disparition de la catégorie d'hôpital local en tant que telle. C'est pourquoi les EPS pourront bénéficier de certaines dispositions actuellement réservées aux hôpitaux locaux, sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé..

Les évolutions qui sont proposées ont pour objectif de permettre à chacun, via des organes décisionnels rénovés, d'assurer un meilleur exercice de ses responsabilités. A ce titre, le président du directoire tout d'abord, le directoire et le conseil de surveillance évoluent en parfaite complémentarité :



Article 5

Conseil de surveillance des établissements publics de santé

Afin de marquer les évolutions attendues, un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses compétences sont recentrées sur la définition de principes, d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle. Sa composition est diversifiée, via trois collèges égaux en nombre, pour mieux prendre compte la société civile, aux côtés des intérêts des territoires, des usagers et du personnel.

Le conseil de surveillance exerce un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement. A cette fin, son président peut se faire communiquer toute pièce et toutes informations concernant le fonctionnement de l'établissement.

Il est proposé de faire élire son président parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées. Au cas où cette procédure ne pourrait aboutir, le ministre chargé de la santé désigne un président du conseil de surveillance parmi les membres du collège des élus et de celui des personnalités qualifiées.

« Art. L. 6143-1. - Le conseil de surveillance exerce le contrôle de la gestion et du fonctionnement de l'établissement. Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle en application des articles L. 6116-1, L. 6116-2 et L. 6141-1 et délibère sur :

« 1° Le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ;

« 2° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

« 3° Le compte financier et l'affectation des résultats ;

« 4° Le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur. ».

« Art. L. 6143-5. - Le conseil de surveillance est composé comme suit :

« 1° au plus quatre représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;

« 2° au plus quatre représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement ;

« 3° au plus quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, **dont deux représentants des usagers.**

« Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé assiste aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative



Commentaires des membres du CISS

Le conseil de surveillance doit donner un avis sur la politique d'amélioration de la Qualité des soins et gestion des risques , avis sur le rapport annuel du CRUQPE

Il paraîtrait opportun que le conseil de surveillance des établissements publics de santé puisse donner un avis sur le fait pour un établissement de rejoindre une communauté hospitalière de territoire.

Chapitre 3 :

Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Les présentes dispositions visent à améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé, selon de ux modalités .

Les communautés hospitalières de territoire, appelées à devenir la forme de droit commun de coopérations entre établissements publics de santé, permettent à plusieurs de ces établissements de mutualiser certaines fonctions support et stratégiques, afin d'améliorer les complémentarités et la réactivité de l'offre au niveau local. Ces communautés sont un outil gradué et souple, puisqu'elles peuvent prendre plusieurs formes plus ou moins intégrées. Elles peuvent également permettre de « filialiser » certains établissements, en accordant une autonomie juridique limitée à certains de leurs éléments. Les communautés sont également un outil utilisable par les directeurs d'agences régionales de santé pour réorganiser l'offre de soins, puisqu'ils pourront décider la création d'une communauté .

Les groupements de coopération sanitaire constituent le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés et permettent également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social. Leur dispositif juridique est clarifié et leurs possibilités d'intervention sont étendues. Les GCS portent ainsi des coopérations de mise en commun de moyens (pharmacies à usage intérieur, infrastructures techniques, équipements, système d'information, recherche, activités logistiques ou techniques...) et des coopérations portant sur des activités de soins autorisées . Dans cette seule hypothèse, ils sont qualifiés d'établissements de santé .



Article 11

Communautés hospitalières de territoire

Le présent article vise à créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), dont la taille et les moyens permettent de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion.

La communauté hospitalière de territoire permet à plusieurs établissements publics de se fédérer pour mettre en commun des ressources, dans une logique de délégation de compétences, à l'instar des délégations mises en place au sein des communautés de communes. Elle permet également à un établissement public existant de créer des « filiales » en accordant une autonomie juridique et financière à certains de ses sites.

Une communauté d'établissement peut être créée à l'initiative de ses membres ou par le directeur général de l'agence régional de santé.

Il existe deux modalités d'organisation des CHT afin de s'adapter aux différents contextes territoriaux



Article 11

Communautés hospitalières de territoire

- La CHT « tête de réseau » ou fédérative : l'un des établissements préexistants assure le rôle d'établissement siège. la CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, systèmes d'information...).
- La communauté hospitalière de territoire intégrée : les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion simple prévue à l'article L. 6131-1 à L. 6131-3.

La communauté hospitalière de territoire fédérative s'appuie sur un établissement siège qui définit un projet stratégique et médical commun, en lien avec les CME des établissements associés, et détermine la politique d'investissement. Les établissements membres restent autonomes juridiquement et financièrement mais doivent s'inscrire dans le projet stratégique commun. Dans le cadre de ce projet stratégique, les établissements membres peuvent prévoir de modifier la répartition de leurs activités.

Pour certains aspects de la gestion des établissements, le CPOM de l'établissement siège s'impose à tous les membres de la CHT.

Article 12

Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire constitue le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social. Il permet de mutualiser des moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé, et à l'échelle d'une ou plusieurs régions.

La nouvelle rédaction proposée poursuit cinq objectifs :

- Clarifier le droit et le rendre plus lisible pour les acteurs ;
- Répondre aux besoins de coopération identifiés notamment dans le cadre des restructurations d'activité (chirurgie ou obstétrique par exemple) ;
- Optimiser des ressources : humaines, techniques, logistiques, etc. ;
- Mutualiser les activités de recherche et d'enseignement ;
- Permettre une organisation territoriale des activités dans un souci de spécialisation des activités de soins et d'amélioration de l'accès et de la mobilité des praticiens hospitaliers.

ART 11 du projet p.33

« Art. L. 6132-6. - Par dérogation à l'article L. 6143-5, le conseil de surveillance de la communauté hospitalière de territoire est composé en partie de représentants des collectivités territoriales, de représentants du personnel et de **personnalités qualifiées*** membres des conseils de surveillance des établissements adhérents. Le nombre de membres de chaque catégorie doit être égal au maximum au nombre indiqué à l'article L. 6143-5.

* dont deux représentants des usagers

L'exposé des motifs de l'article 3 consacré à la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé rappelle que la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRUQPC) fait partie des commissions qui resteront obligatoires

Par contre, la possibilité offerte par l'article L.6132-11 pour les communautés hospitalières de constituer une seule CRUQPC pour l'ensemble des établissements adhérents n'est pas acceptable. En effet, la vocation des CRUQPC est de participer à l'élaboration de la politique de qualité des établissements, de participer à la réalisation d'outils de mesure de la satisfaction des usagers et enfin de mettre en place une procédure de traitement des réclamations et des plaintes. Ce dernier point notamment, nécessite une grande proximité dans le traitement de ces dossiers. **Il est indispensable que leur traitement soit effectué au plus près des usagers au sein de chaque établissement de la communauté et non noyé dans la masse.** Par contre nous ne serions pas opposés à ce que la communauté hospitalière établisse une synthèse des rapports des CRUQPC des établissements adhérents. Synthèse qui sera transmise par la suite à la conférence régionale de santé à la suite de sa présentation au conseil de surveillance de la CHT.



Titre II

ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Le présent titre a pour objet d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et rationalisée sur l'ensemble du territoire. Il traite de l'environnement de l'hôpital.

Ce titre propose de repenser l'organisation, le fonctionnement, la répartition des professionnels et leurs moyens de formation en fonction des besoins de santé de la population. Un SROS ambulatoire sera ainsi institué, dans le titre sur les ARS.

Il organise l'accessibilité géographique et économique de nos concitoyens au juste niveau de prise en charge.

Il s'attache également à mettre en œuvre les moyens d'une meilleure qualité de prise en charge en modernisant les formations initiales et complémentaires et en facilitant le déploiement de modalités d'exercices et de pratiques plus efficaces.

Article 14

Définition de l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de santé de la population.

Le présent article a pour objet de définir une organisation du système de santé basée non pas sur l'offre, mais sur les besoins de santé de la population. Les différents types de besoins définissent des niveaux de recours pertinent pour repenser l'organisation de notre système de santé en cohérence avec l'hôpital.

Sur la base de ces types de besoins, il est possible d'organiser une réponse en articulant mieux les types d'offre de soins existants sur un territoire.

Afin d'articuler l'offre de soins présente au niveau local, il est nécessaire de définir un niveau de soins de premier recours. Celui-ci est organisé par l'agence régionale de santé après concertation avec le représentant de l'Etat, les élus locaux, les professionnels et tous les acteurs de l'aménagement du territoire.

Un niveau de soins de second recours d'expert est également défini et correspond aux activités ponctuelles dispensées par des professionnels de santé ou des établissements, en coordination avec le médecin traitant et ne nécessitant pas d'hospitalisation.

Dans la continuité de la définition d'une offre de soins de premier recours, il convient de préciser la définition du rôle particulier du médecin généraliste de premier recours en tant qu'acteur pivot, le plus souvent médecin traitant.

Article 15

Formation médicale initiale : régulation territoriale de la démographie médicale par le numerus clausus de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité, la mise en place d'un post internat et mise à jour des contenus des formations médicales

On constate aujourd'hui une inégalité d'accès aux soins, résultant d'une mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire et d'une absence de répartition du flux des étudiants dans les régions, selon les spécialités et en fonction des besoins.

Il est donc nécessaire de développer une vision pluriannuelle et organisée aux niveaux national et régional des dispositifs de détermination du numerus clausus, d'ouverture des postes aux ECN et d'offre de post internat.

Ils seront accompagnés d'un renforcement du rôle de proposition de l'ONDPS, par voie réglementaire.

Le comité de la démographie médicale, jamais réuni depuis sa création, est supprimé.

Le numerus clausus sera déterminé par arrêté en s'appuyant à cette fin sur les comités régionaux de l'ONDPS.



Article 16

Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

Le présent article confie l'organisation de la permanence des soins ambulatoire à l'agence régionale de santé. Le caractère de mission de service public est confirmé et l'assurance des médecins régulateurs dans les centres 15 sécurisée. L'organisation de la permanence des soins sera décrite dans le volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins. Elle devra être complémentaire de l'organisation de l'aide médicale urgente. Elle pourra mettre en œuvre des modes de financement alternatifs au paiement à l'acte.

Cette mission s'organise autour d'une régulation téléphonique accessible par un numéro d'appel unique et s'appuyant, le cas échéant, sur des points de garde maillant le territoire en fonction des besoins de la population et sur des partenariats avec les autres acteurs régionaux.

L'article précise également les conditions de mise en œuvre de la réquisition. Les sanctions applicables en ce domaine sont renforcées.



Commentaire du CISS

Le texte précédent (article 14) donnait un encadrement juridique à la télémédecine . Lors des débats qui ont eu lieu durant la mission Larcher nous avons souligné de l'importance de rendre plus visible la place de la télémédecine dans l'organisation de l'offre de soins dans les années à venir. De nombreux arguments incitent au développement de ces nouvelles technologies. Ainsi : La télémédecine est un des outils qui peut faciliter la coopération entre les professionnels de santé. De même, face aux problèmes de démographie médicale et dans le cadre de la liaison entre médecine de premiers recours et l'offre de seconds recours cet outil à toute sa place. Enfin , on ne pourrait pas comprendre que dans le cadre de la mutualisation des moyens au sein des communautés hospitalières ces établissements ne soient pas équipés d'une telle technologie.

C'est pourquoi **nous demandons la réintégration de l'article concernant la télémédecine**



Article 19

Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie

Les dispositifs actuels de formation continue des professions médicales et pharmaceutiques et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont le résultat de plusieurs textes législatifs successifs qui nécessitent une simplification.

Le dispositif de formation professionnelle continue (FPC) s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de FMC et d'EPP et nécessite aussi une mise en cohérence avec ces dispositifs.



Les ARS

« Section 1

« Gouvernance des agences

« Art. L. 1432-1. – L'agence régionale de santé est une personne morale de droit public de l'Etat, dotée de l'autonomie administrative et financière. Elle est dirigée par un directeur général et comporte un conseil de surveillance.

Elle s'appuie sur :

1° Une conférence régionale de santé, chargée de participer par ses avis à la définition des politiques de santé régionales ;

2° Deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale compétents, pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, respectivement dans le secteur de la prévention et dans celui des prises en charge et accompagnement médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret.



Les ARS

Actions:

- Mettre en place de l'observation, la surveillance et l'analyse des états de santé et des situations de handicaps et de perte d'autonomie
- Contribuer à la réduction des risques liés aux déterminants des états de santé et des situations de handicaps
- Organiser l'offre des services en santé
- Autoriser la création des établissements et service de santé Médico-sociaux de son ressort et promouvoir la qualité des services
- Observer la démographie des professionnels des secteurs de la Santé et médico-social et son adéquation avec les besoins en soins et en Prises en charge.



Les ARS

*Personne morale de droit public de l'Etat, dirigée par un directeur général
Nommé par décret en Conseil des ministres pour un mandat de 4 ans*

Missions:

Définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé afin de:

- répondre aux besoins de santé de la population
- veiller à la gestion efficiente du système de santé

Domaine de compétence:

- politique de santé publique
- les soins ambulatoires et hospitaliers
- les prises en charge et accompagnement dans:
 - les établissements
 - les services médico-sociaux
- les professions de santé



ARS et Conseil de surveillance

Présidé par le préfet de région




Composition:

- représentants de l'Etat
- membres des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort
- représentants des collectivités territoriales
- personnalités qualifiées
- représentants des usagers



Missions:

- voter le budget
 - émettre un avis stratégique sur:
 - le plan régional de santé
 - les résultats de l'action menées par l'agence
 - être consulté sur le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen de l'agence
- 



ARS et Conférence Régionale de Santé

Composition: 8 Collèges des représentants

- des services de l'Etat
- des organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires
- des collectivités territoriales
- des représentants des usagers
- des organisations syndicales et patronales
- des professionnels du système de santé !!!!!
- des fédérations et organismes gestionnaires des établissements et service de santé et médico-sociaux publics et privés
- des personnalités qualifiées

Organisation

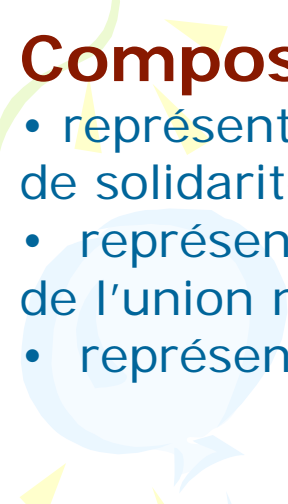
- Commissions spécialisées qui formulent des avis et propositions
- Commissions de coordinations politiques dans les secteurs de Prévention et prise en charge et accompagnement médico-sociaux



ARS et Conseil Stratégique

Composition:

- représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la caisse de solidarité pour l'autonomie
- représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membre de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)
- représentants des collectivités territoriales



« Après avis du conseil du conseil stratégique, les ministres chargés de la santé, des personnes âgées et handicapées signent avec le directeur général un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'Agence »



Conclu pour une durée de 4 ans et révisable chaque année



« Section 3

« Territoires de santé et conférences de territoire

« Art. L. 1434-14. – L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents de conseils généraux de la région.

« Art. L. 1434-15. – Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé peut constituer une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné.

« La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

« La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.

« Un décret détermine la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.



« Section 2

« Contractualisation avec les offreurs de services en santé


« Art. L. 1435-3. –L'agence régionale de santé conclut avec les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les groupements de coopération sanitaire exerçant des activités de soins soumises à autorisation et les autres titulaires de l'autorisation mentionnée au L. 6122-1, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans les conditions définies aux articles L. 6323-1 et suivants.

« **Elle peut conclure avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé, des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens dans les conditions définies aux articles L. 6323-4 et L. 6323-5 du code de la santé publique. Le versement de subventions au bénéfice des réseaux de santé, centres de santé et maisons de santé est subordonné à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre ces structures et l'agence régionale de santé.**

« Elle peut conclure avec les établissements et services médico-sociaux des contrats pluriannuels dans les conditions définies à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

« Elle veille au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.





6 articles ont été supprimés, de nombreux articles ont été *«réécrits ou retouchés dans tous les titres du projet de loi»* (populations et prévention, accès aux soins, hôpital et agences régionales de santé ou ARS),

les fenêtres parlementaires

- examen du budget de l'État pluriannuel (2009-2011),
- le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS 2009)

Entre l'approche élyséenne, qui met l'accent sur la nouvelle carte hospitalière, et la ligne Bachelot, favorable à une réforme d'ensemble, le Collectif interassociation sur la santé (CISS) choisit nettement la seconde. Dans un communiqué, ce collectif d'associations de patients et d'usagers a rappelé qu'il serait vigilant au maintien d'une *«approche globale»* afin que la réforme *«porte à la fois sur l'offre de soins ambulatoire et hospitalière, et sur la régionalisation de l'organisation de la santé»*.