

Fiches pratiques  
de la loi du  
**21 juillet 2009**  
portant réforme  
de l'**Hôpital** et  
relative aux **Patients**,  
à la **Santé**  
et aux **Territoires**



# Sommaire

## TITRE 1 :

### L'ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE \_\_\_\_\_ p.04

L'Agence Régionale de Santé (ARS) :

Un nouveau pilotage régional et territorial de la santé publique \_\_\_\_\_ p.05

L'environnement de l'Agence Régionale de Santé \_\_\_\_\_ p.08

La planification régionale de la politique de santé \_\_\_\_\_ p.10

Les leviers d'actions de l'Agence Régionale de Santé \_\_\_\_\_ p.13

## TITRE 2 :

### LA MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE \_\_\_\_\_ p.16

La rénovation de la gouvernance hospitalière \_\_\_\_\_ p.17

Le nouveau cadre des missions de service public \_\_\_\_\_ p.20

La libre organisation interne des établissements de santé \_\_\_\_\_ p.23

La nouvelle coopération des établissements de santé \_\_\_\_\_ p.26

## TITRE 3 :

### L'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE LA SECURITE ET DE L'ACCES AUX SOINS \_\_\_\_\_ p.29

Un accès aux soins facilité \_\_\_\_\_ p.30

Un dispositif de qualité au service du patient \_\_\_\_\_ p.33

Prévention et sécurité sanitaire pour tous \_\_\_\_\_ p.36

Vers une plus grande transparence  
des informations médicales et personnelles \_\_\_\_\_ p.39

### LE LEXIQUE\* \_\_\_\_\_ p.42

\*Tous les mots en italiques sont définis dans le lexique du présent guide.



# Le mot du Président



Depuis plus de 30 ans, la Mutuelle Intégrance, avec ses produits de santé, d'épargne, de prévoyance et de services, accompagne les personnes handicapées, les personnes dépendantes ou en perte d'autonomie, les malades chroniques, leurs familles et les professionnels du secteur social et médico-social.

Forte de sa légitimité et de son expérience, la Mutuelle Intégrance a mis en place une collection de Fiches Pratiques destinée aux personnes concernées d'un point de vue personnel, familial ou professionnel sur des problématiques touchant la santé, les personnes handicapées, la dépendance...

Ce présent Guide est consacré à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, plus connue sous l'expression « Hôpital, patients, santé et territoire », et en abrégée « HPST ». Les principales mesures de la loi concernent la réorganisation régionale de la santé, la gouvernance des hôpitaux, l'accès aux soins, la prévention et la santé publique. Ce guide constitue un support d'information sur les évolutions législatives et réglementaires, le rôle nouveau des acteurs de santé, les procédures, la place des patients, et peut vous accompagner au quotidien dans votre parcours.

Il délivre une information compréhensible et adaptée qui permet de mieux appréhender la complexité de cette loi. Face à un environnement juridique complexe, une économie et des politiques sociales en pleine mutation, Intégrance mesure pleinement leurs conséquences sur la vie des personnes dont elle assure la protection santé.

Cette collection, accessible gratuitement, est au cœur des missions de service et d'expertise de la Mutuelle.

**Jean BARUCQ, Président**

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L.122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droits ou de ses ayants cause est illicite » (art. L.122-4). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Dépôt légal : Février 2013 / Document ne pouvant être vendu.

Document réalisé par la Mutuelle Intégrance - Toute reproduction interdite

# • TITRE 1 : L'ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ



L'Agence Régionale de Santé (ARS) :

Un nouveau pilotage régional et territorial de la santé publique \_\_\_\_\_ p.05

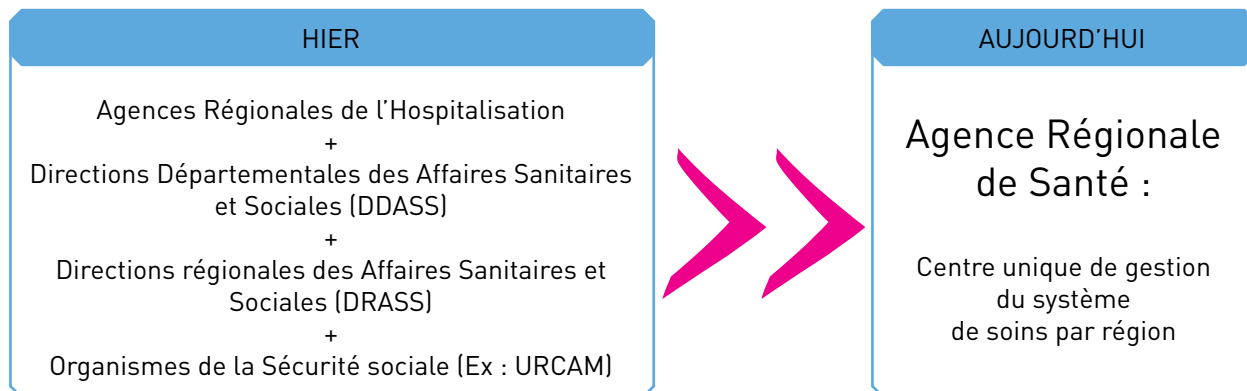
L'environnement de l'Agence Régionale de Santé \_\_\_\_\_ p.08

La planification régionale de la politique de santé \_\_\_\_\_ p.10

Les leviers d'actions de l'Agence Régionale de Santé \_\_\_\_\_ p.13

# L'Agence Régionale de Santé : un nouveau pilotage régional et territorial de la santé publique

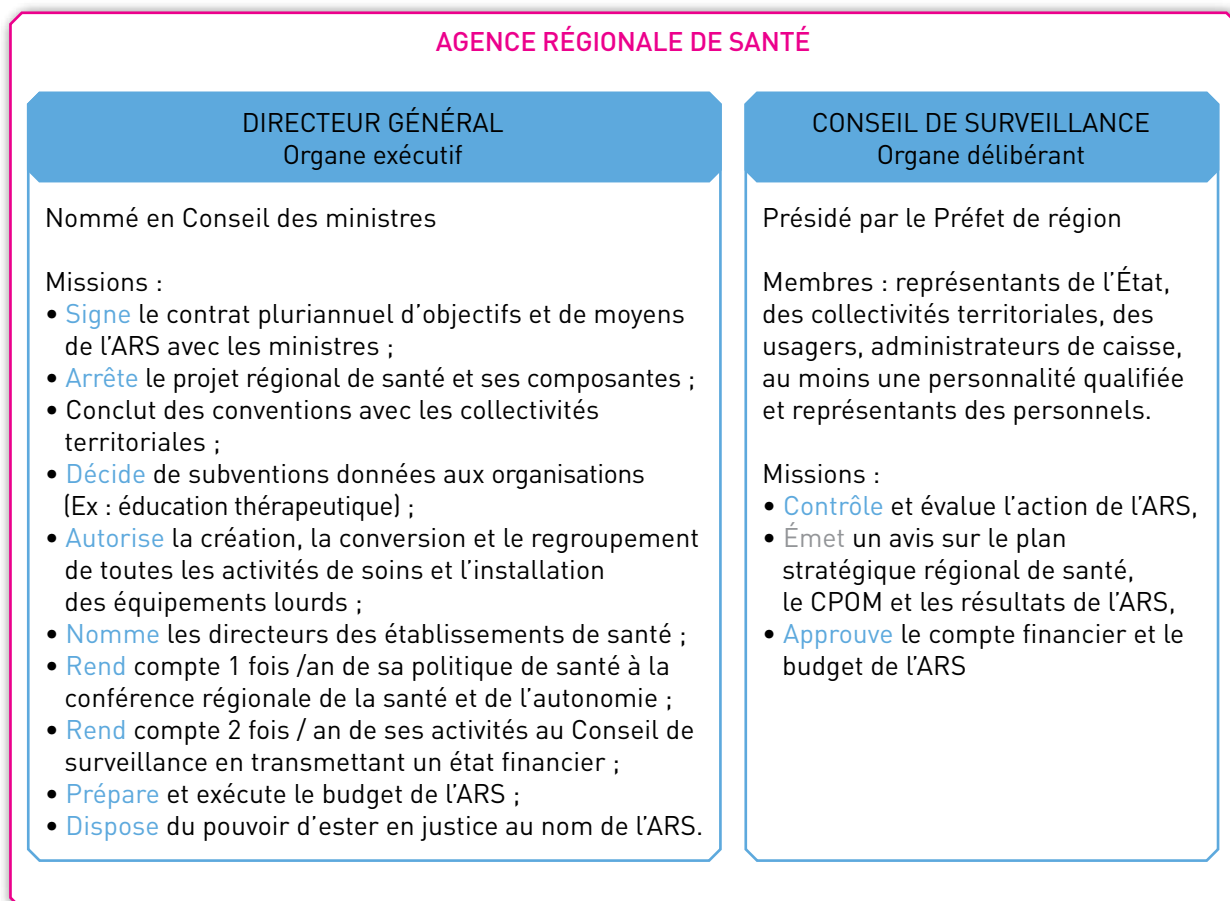
La création des *Agences Régionales de Santé* (ARS) constitue la  **pierre angulaire de la loi HPST**, permettant de franchir une nouvelle étape dans la régionalisation du système de santé.



Le *système de soins* est donc sous la responsabilité de l'ARS, elle-même composée, de plusieurs instances décisionnelles.

## 1 Les organes décisionnels de l'ARS

L'architecture décisionnelle de l'Agence Régionale de Santé est composée d'un Directeur général et d'un *Conseil de surveillance*.



À travers un pilotage régional unifié et responsabilisé, l'ARS a pour mission de **définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé dans le respect des objectifs nationaux**<sup>1</sup>, afin de répondre aux besoins spécifiques de la population de la région.

## 2 Les fonctions et objectifs de l'ARS

Les ARS assurent deux grandes fonctions:

- Le pilotage de la *politique de santé* publique en région comprenant 3 champs d'intervention :
  - > la *veille* et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.  
Ex: contrôle de la qualité des eaux de baignade.
  - > le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.  
Ex : les vaccins.
  - > l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires.  
Ex: grippe aviaire

- La régulation de l'offre de santé :

La régulation de l'offre de santé vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les **secteurs ambulatoire, médico-social et hospitalier**.

Cette régulation comporte une dimension territoriale (pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire) et une dimension économique (pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé).

En outre, les ARS engagent des actions importantes destinées à **améliorer la santé de la population et à accroître l'efficacité du système de santé**, comme par exemple piloter les réformes du secteur médico-social (nouvelle procédure d'appel à projet, convergence tarifaire dans les *Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes* (EHPAD)).

## 3 Les moyens de l'ARS

### A • Les moyens financiers

Les ressources de l'Agence sont constituées par :

- > la subvention de l'État et les contributions de l'assurance maladie, définies dans la loi de financement de la sécurité sociale ;
- > les contributions de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* (CNSA) ;
- > les ressources propres de l'ARS. Ex : facturations aux collectivités soumises au contrôle sanitaire de l'eau
- > les dons et legs ;
- > les versements de collectivités locales ou d'autres établissements publics.

**À noter :** En 2011, les dépenses de personnel et de fonctionnement des Agences s'élèvent à un total de 40 millions d'euros en moyenne par ARS.

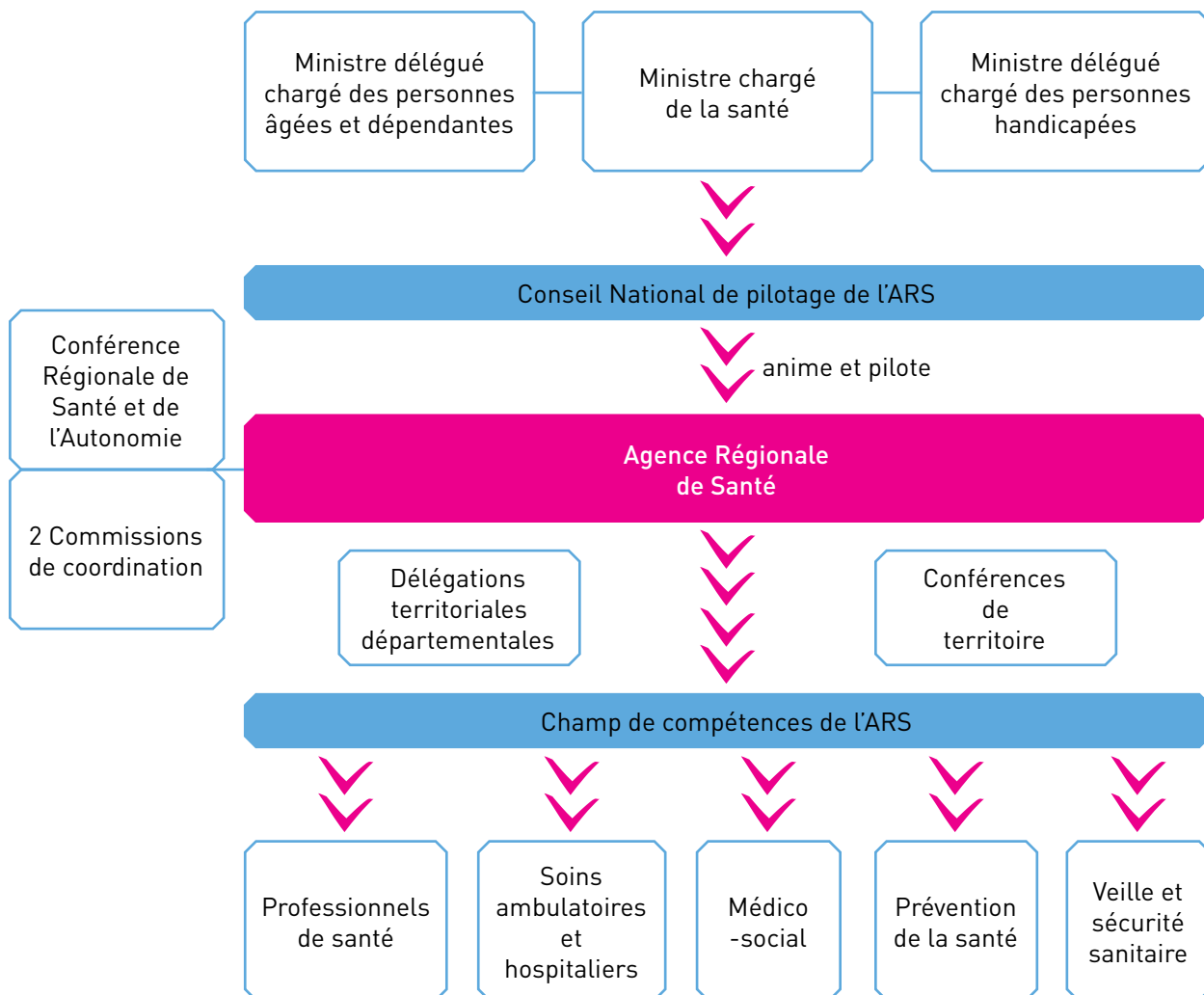
### B • Les moyens humains

Pour l'exercice de ses missions, le Directeur général des ARS s'appuie sur une **équipe de direction**, composée de Directeurs responsables des différents pôles fonctionnels.

Les ARS disposent de **ressources humaines** pour l'accomplissement de leurs missions : des fonctionnaires et des agents publics titulaires, des contractuels de droit public, des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

1 : Article L.1411-1 du Code de la Santé Publique (CSP)

Présentation générale du fonctionnement de l'ARS et de ses instances environnantes<sup>2</sup> :



2 : Cf p.08 « L'environnement de l'Agence Régionale de Santé ».

Textes de référence : Articles L.1411-1 et L.1431-1 et suivants du CSP.

# L'environnement de l'Agence Régionale de Santé

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est un élément clef de l'architecture régionale de l'organisation des soins. Cette dernière est chapeauté par un organe de tutelle national et entretient une collaboration étroite avec des organes régionaux. En outre, l'ARS fonctionne au travers d'outils territoriaux permettant le prolongement de la *politique de santé* au niveau local.

## 1 Le Conseil National de Pilotage (CNP) : l'organe de tutelle national de l'ARS

Au niveau national, le Conseil National de Pilotage comprend 14 membres auxquels s'ajoutent d'une part les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, et d'autre part les ministres en charge de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées, des personnes handicapées, qui le président.

Le CNP a pour **principales missions** de :

- **Veiller** à la cohérence des politiques mises en œuvre par les ARS en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins, de prise en charge médico-sociale, de gestion du risque.
- **Conduire** l'animation du réseau des agences et évaluer leurs résultats ainsi que ceux de leurs Directeurs généraux.
- **Édicter** des recommandations afin d'assurer la cohérence de la répartition des financements entre les ARS.
- **Examiner**, avant signature, le projet de *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* (CPOM) qui doit être conclu entre chaque ARS et les ministres en charge de la santé et de l'assurance maladie. Il approuve les objectifs qui y sont consignés.
- **Auditionner**, chaque année, les Directeurs généraux pour une présentation d'un bilan des réalisations et des objectifs pour l'année à venir.

## 2 Les organes techniques et consultatifs de l'ARS : les entités de collaboration régionales

Au niveau régional, d'autres organes collaborent avec l'Agence Régionales de Santé dans la mise en œuvre de la politique régionale de santé. Auprès de chaque ARS sont instituées 3 instances techniques et consultatives: la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie et les Commissions de coordination.

### A • La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie est une instance de *démocratie sanitaire*, lieu privilégié de la concertation. En effet, sa composition (8 collègues) assure une **représentativité optimale des acteurs des secteurs concernés par la politique de santé**<sup>3</sup>.

Le champ de compétence de la CRSA est élargi pour couvrir l'ensemble des enjeux de santé :

- **Propositions** au Directeur général de l'ARS au moment de l'élaboration du projet régional de santé afin de mieux prendre en compte les besoins de santé.
- **Organisation** de débat public sur les questions de santé. Exemple : débat sur la fin de vie.
- **Avis** sur le projet régional de santé et le plan stratégique régional de santé (en assemblée plénière).
- **Évaluation** des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers, et transmission à l'ARS d'un rapport annuel à ce sujet.

Elle est composée d'une **Commission permanente** et de **4 Commissions spécialisées** axées sur :

- La prévention ;
- Les prises en charge et accompagnements médico-sociaux ;
- Le domaine du droit des usagers et du système de santé ;
- L'organisation des soins.

### B • Les Commissions de coordination des politiques publiques de santé

Sont également instituées auprès de chaque ARS, **2 Commissions de coordination** :

- Une Commission de coordination dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile.



- Une Commission de coordination dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

Ces Commissions, présidées par le Directeur général de l'ARS, disposent des **compétences consultatives et techniques** suivantes :

- **Définition** de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé ;
- **Coordination** des différents acteurs de santé ;
- **Adoption et promotion** d'outils d'analyse des besoins notamment médico-sociaux ;
- **Complémentarité** des actions dans les domaines de prévention ;
- **Définition** des conditions dans lesquelles les contributeurs financiers peuvent s'associer à l'ARS pour organiser une procédure d'appel à projets destinés à financer les actions de prévention ;
- **Examen** des schémas régionaux ou départementaux d'organisation médico-sociale.

**À noter :** L'ARS dispose d'autres outils de coordination: les **délégations territoriales départementales**. Ces dernières peuvent être chargées de décliner les politiques régionales de l'ARS localement, de servir d'interface entre le niveau régional et le niveau de proximité, d'accompagner les acteurs locaux dans la mise en œuvre de leurs projets. Elles jouent un rôle important d'animation territoriale.

### 3 Le territoire de santé et la Conférence de territoire : les outils territoriaux d'accessibilité de l'offre de soins<sup>1</sup>

Le territoire de santé constitue une réponse à la mise en œuvre de la régulation sanitaire. Les Conférences de territoires constituent des instances locales de réflexion et de proposition sur la politique de santé déclinée au sein du territoire.

#### A • Le territoire de santé

Redéfini par la loi HPST, le territoire de santé constitue l'**unité géographique première pour le découpage des activités de soins dans leur ensemble**. Il constitue à ce titre un **outil de la politique d'organisation de soins et un acte de régulation du système de santé**. Au sein d'une région, sont dès lors définis plusieurs territoires de santé, dont le découpage correspond aux logiques de parcours de soins et de besoins des usagers.

La procédure de constitution d'un territoire de santé diffère eu égard à la nature du territoire :

- S'agissant des territoires régionaux ou départementaux : leur définition relève du Directeur de l'ARS au terme d'une procédure consultative incluant les avis du représentant de l'État dans la région, de la CRSA et des Présidents des conseils généraux de la région.
- S'agissant des territoires inter-régionaux : ils sont définis conjointement par les ARS concernées après avis du représentant de l'État dans la région et des Présidents des conseils généraux de la région.

#### B • La Conférence de territoire

Dans chaque territoire de santé, le Directeur de l'ARS constitue une Conférence de territoire, composée de tous les représentants des différentes catégories du système de santé<sup>2</sup>. Le mandat de ces membres est de 4 ans. La Conférence de territoire assure ainsi la **représentation de l'ensemble des intervenants de l'offre de soins à l'échelon local** et permet ainsi de rapprocher le centre de décisions (ARS) de ces intervenants locaux.

La Conférence de territoire a notamment pour **missions** :

- **D'élaborer** un projet territorial de santé ;
- **De contribuer** à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ;
- **Faire** toute proposition au Directeur de l'ARS sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé.

1 : Cf schéma p.05 « L'Agence Régionale de Santé : un nouveau pilotage régional et territorial de la santé publique » • 2 : Article D.1434-22 et suivants du CSP.  
Textes de référence : Article L.1434-16 et L.1434-17 du CSP • Article D.1434-21 à D.1434-40 du CSP • Article L.1431-1 à L.1433-3 du CSP.

# La planification régionale de la politique de santé

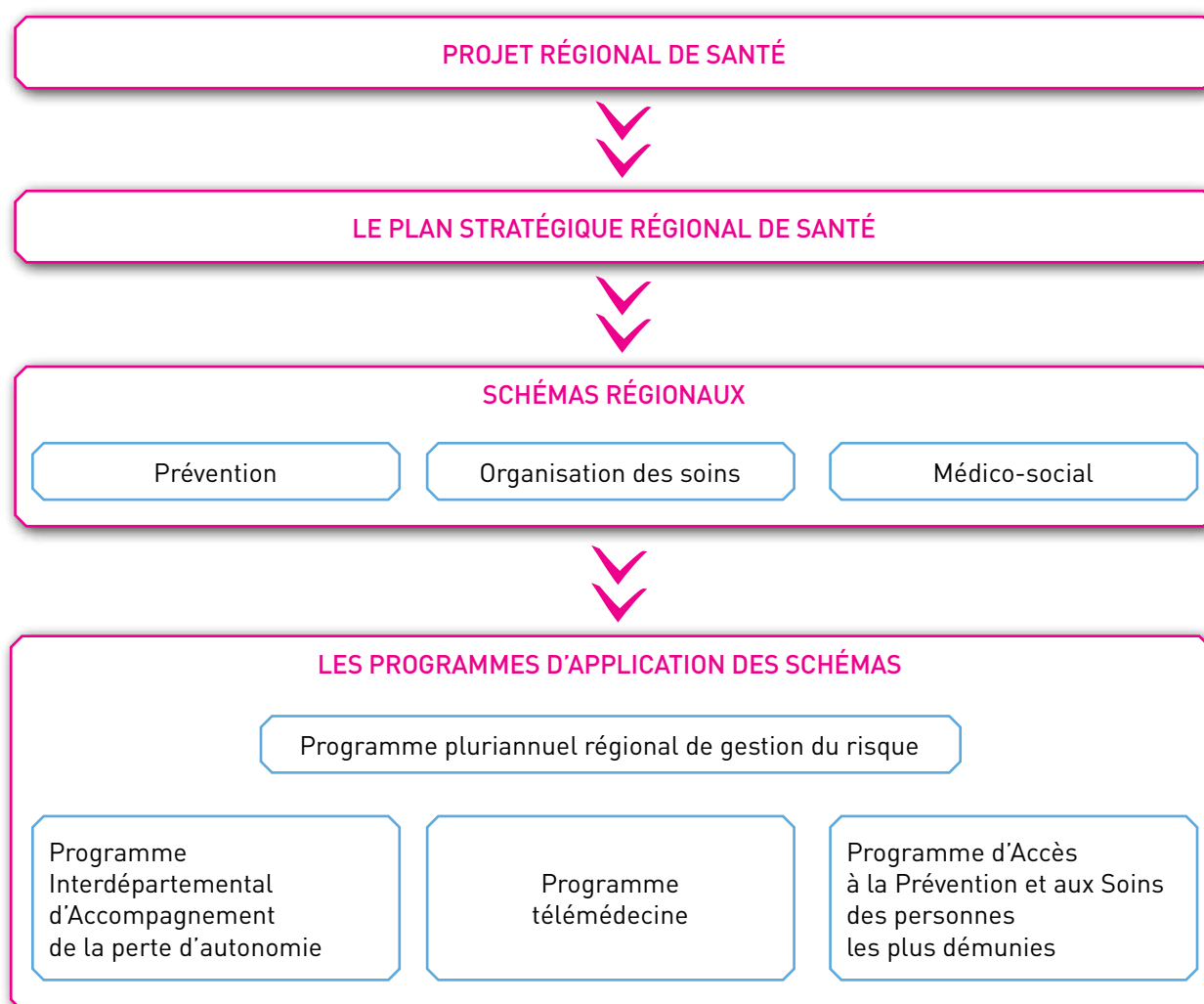
## 1 Présentation générale du Projet Régional de Santé (PRS)

Le *Projet Régional de Santé* définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Ce projet s'inscrit dans les orientations de la *politique nationale de santé* et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.

Il est révisé tous les 5 ans après évaluation de sa mise en œuvre et de la réalisation des objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé.

Les supports du Projet Régional de Santé :



**À noter** : La validation des supports du PRS traduit une *volonté de démocratie sanitaire* : arrêtés par le Directeur général de l'ARS, après avis du Préfet de région, du Conseil régional, des Conseils généraux, des Conseils municipaux, ainsi que de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

## 2 Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) : le socle stratégique du PRS

Le Plan Stratégique Régional de Santé **fixe les orientations et objectifs de santé pour la région.**

Garant de la cohérence entre la politique de santé menée dans la région et les politiques nationales de santé, il constitue un outil d'analyse des besoins et de l'offre préventive, sanitaire et médico-sociale. En outre, il a l'ambition de **dessiner les contours de l'action territoriale de l'ARS, au plus près des populations** (méthode de territorialisation) afin de prendre en considération leurs habitudes de vie (Ex. : rurale ou urbaine) et de leur proposer ainsi un meilleur accès aux structures et outils de santé.

Le Plan Stratégique Régional de Santé s'articule autour de **trois parties** :

- Un diagnostic partagé sur la situation de la région et des territoires de santé, complété d'une réflexion prospective.
- Des propositions de priorités d'action qui donnent sens aux enjeux identifiés par l'ARS.
- Des modalités d'évaluation du projet régional de santé et leurs facteurs clés de succès.

**À noter** : Le PSRS est inclus dans le *contrat d'objectifs et de moyens (CPOM)*<sup>1</sup> conclu entre l'ARS et l'État.

## 3 La mise en œuvre du Plan Stratégique Régional de Santé

Le plan stratégique ouvre les perspectives qui traceront les grandes tendances des schémas régionaux et des programmes d'application de ces schémas.

### A • Les schémas régionaux

#### 1 • Le Schéma Régional de Prévention (SRP)

Le SRP met en œuvre le plan stratégique régional de santé sur les problématiques suivantes :

- Domaine de la **prévention**. Exemple : actions de vaccination
- Domaine de la **santé environnementale**. Exemple : préservation de la qualité de l'air et de l'eau
- Domaine de la **sécurité sanitaire**. Exemple : plan de lutte contre la grippe aviaire

Il comporte :

- Des actions, médicales ou non, concourant à la promotion de la santé, la prévention, l'*éducation thérapeutique* ;
- Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires en lien avec les autorités ;
- Des orientations permettant d'améliorer l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;
- Des modalités de développement des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;
- Des modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

#### 2 • Le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

La loi HPST réaffirme le *SROS* déjà existant et l'élargi à l'offre de soins de premiers recours. Il se compose désormais :

- **D'un volet établissements de santé** : relatif à l'offre de soins et opposable aux établissements de santé et aux titulaires d'autorisation d'activités de soins, de matériels lourds et de missions de service public.
- **D'un volet soins ambulatoires** : relatif à l'offre sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons et centres de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

Le *SROS* a pour objet de **prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins**. Pour cela, il précise les objectifs sanitaires à atteindre :

- Une **coopération** des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation des soins.

1 : Cf p.13 « Les leviers d'actions de l'Agence Régionale de Santé » (point I.A).

- Une **coordination** entre les différents services de santé et entre les soins apportés aux patients.
- Une **accessibilité économique** afin d'assurer une offre de soins suffisante aux tarifs honoraires de secteur 1.
- Une **accessibilité géographique** en prenant en compte les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires (situations d'urgence).

**À noter** : Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les ARS peuvent arrêter un **schéma interrégional d'organisation des soins**, permettant à plusieurs régions d'établir un schéma en commun. Exemples : en chirurgie cardiaque ou pour le traitement des grands brûlés.

### 3 • Le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS)

Le SROMS a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou encore les établissements pour adultes handicapés (Exemple : foyers d'accueil médicalisés).

Ce schéma :

- **Apprécie** les besoins des personnes âgées, handicapées et concernées par les addictions à venir ;
- **Détermine** l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins ;
- **Précise** les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale.

### B • Les programmes d'application des schémas

Le Projet Régional de Santé est composé de **programmes obligatoires** déclinant les modalités d'application des schémas :

- Le **Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins** : cible les actions et les mesures spécifiques à destination des personnes les plus démunies afin qu'elles puissent accéder au système de santé.
- Le **Programme Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie** : instrument de programmation financière pluriannuelle du SROMS couvrant les domaines de la prévention au dépistage précoce, à la scolarisation, la formation et l'insertion professionnelle, la vie sociale et l'accompagnement du vieillissement.
- Le **Programme Régional de la Télémédecine** : définit les orientations souhaitables du développement de la télémédecine dans les territoires, permettant d'améliorer l'accessibilité de tous à des soins de qualité et une coordination entre professionnels et structures de soins ambulatoires hospitalières et médico-sociales.
- Le **Programme Pluriannuel Régional de Gestion du Risque** : comprend 2 parties. La première décline les programmes nationaux de gestion du risque définis par les caisses nationales d'assurance maladie. La seconde met en place en concertation avec l'assurance maladie des actions définies au niveau régional. Exemple : Efficience des EHPAD, qualité de la prise en charge et de soins

Ces 4 programmes prévoient les actions et les financements permettant la mise en œuvre du Projet Régional de Santé. Chacun d'eux détermine les résultats attendus, les indicateurs permettant de mesurer leur réalisation, le calendrier de mise en œuvre des actions prévues et enfin les modalités de suivi et d'évaluation de ces actions.

# Les leviers d'actions de l'Agence Régionale de Santé

L'Agence Régionale de Santé (ARS) dispose de nouveaux outils, de leviers et marges financières renforçant sa capacité d'agir, à la fois dans les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux ainsi que dans le secteur de la prévention, et ce afin d'apporter des réponses globales aux besoins des personnes.

## 1 Les leviers d'actions contractuels de l'ARS

En améliorant la gouvernance des hôpitaux<sup>1</sup>, la loi HPST met en place un système de contractualisation homogène et cohérent, illustré par les contrats suivants :

### A • Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Les CPOM, conclus par l'ARS, déclinent les orientations dans les domaines des soins, de la prévention et du médico-social, définies préalablement dans le *Projet Régional de Santé* et ses schémas.

Cocontractants du CPOM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Établissements publics de santé ;</li><li>• Universités ;</li><li>• Établissements publics scientifiques et technologiques ;</li><li>• Organismes de recherche ;</li><li>• Professionnels de santé exerçant à titre libéral ;</li><li>• Nouvelles structures telles que les centres, pôles ou maisons de santé (sous condition de financement total ou partiel de l'ARS) ;</li><li>• Certains établissements médico-sociaux<sup>2</sup> tels que les EHPAD.</li></ul>
Durée du CPOM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Durée maximale de 5 ans (obligatoirement pour 5 ans S'il comporte des missions de services public) ;</li><li>• Signé ou révisé dans un délai de 6 mois (sous peine de sanctions financières)</li></ul>
Dispositions du CPOM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Engagements relatifs à la mise en œuvre de la politique nationale d'innovation médicale ;</li><li>• Engagements relatifs à l'équilibre financier ;</li><li>• Engagements pris par le prestataire de santé en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération ;</li><li>• Éléments relatifs à l'activité de soins palliatifs de l'établissement ;</li><li>• Objectifs quantifiés des activités de soins et équipements matériels lourds ;</li><li>• Objectifs en matière de qualité et sécurité des soins ;</li><li>• Volet social et culturel ;</li><li>• Modalités de mise en œuvre des missions de service public.</li></ul>
Conséquences de l'inexécution du CPOM	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pénalités financières infligées au signataire du CPOM en cas d'inexécution totale ou partielle des engagements.</li><li>• Résiliation par l'ARS en cas de manquement grave de l'établissement de santé ou du titulaire de l'autorisation à ses obligations contractuelles.</li></ul>

**Nouveau** : La conclusion d'un CPOM avec un établissement public de santé relève désormais de la **compétence de son Directeur** après concertation avec le Directoire.

1 : Cf p.17 « La rénovation de la gouvernance hospitalière ».

2 : CPOM obligatoires pour les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L.312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

## B • Les contrats d'engagement de service public

Ce dispositif a pour objectif de contribuer à l'**amélioration de la répartition des médecins** sur le territoire national en proposant aux étudiants en médecine une allocation mensuelle (versée jusqu'à la fin de leurs études), en contrepartie de leur engagement à exercer dans l'une des zones déficitaires listées par l'ARS.

Ces territoires sont identifiés par l'ARS à partir des analyses conduites dans le Schéma Régional d'Organisation des Soins<sup>3</sup> (indiquant l'offre médicale insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée. Ex. : zones urbaines sensibles)

En contrepartie du versement de l'allocation, les étudiants sont tenus à :

- Exercer leurs fonctions, à titre libéral ou salarié, dans ces lieux déficitaires pour une durée égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et qui ne peut être inférieure à 2 ans.
- Pratiquer les tarifs honoraires de secteur 1 pour les médecins exerçant à titre libéral.

**À noter** : La loi HPST a assoupli certains dispositifs relatifs aux obligations de ces médecins. Exemple : le Directeur général de l'ARS peut à la demande de ces médecins, accepter de changer le lieu de leur exercice en leur proposant de travailler dans une autre zone déficitaire de la région.

## C • Les contrats intervenant dans la qualité et la coordination des soins

**Nouveau** : Le contrat intervenant dans la qualité et la coordination des soins, instauré par la loi HPST, permet à l'ARS de fixer, avec certains acteurs de santé, des objectifs en matière de qualité et de coordination des soins. En contrepartie de l'atteinte de ces objectifs, une compensation financière leur est alors allouée.

Objet du contrat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agir sur la qualité des prises en charge des patients ;</li><li>• Maîtriser les dépenses de santé.</li></ul>
Cocontractants	<ul style="list-style-type: none"><li>• Professionnels de santé conventionnés ;</li><li>• Centres, réseaux, maisons ou pôles de santé ;</li><li>• Établissements de santé ;</li><li>• Établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes ;</li><li>• Services médico-sociaux.</li></ul>
Nature du contrat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ces contrats sont conformes à des contrats types nationaux ;</li><li>• En l'absence d'un contrat type national, l'ARS établit un contrat type régional, réputé approuvé 45 jours après sa réception par l'UNCAM, par les parties signataires et le Ministère.</li></ul>
Contrepartie financière du contrat	<ul style="list-style-type: none"><li>• La contrepartie financière versée aux bénéficiaires du contrat est financée par la dotation régionale, déléguée à l'agence au titre du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ;</li><li>• Le versement de cette contrepartie est fonction de l'atteinte des objectifs de l'acteur de santé concerné.</li></ul>

## D • Les contrats locaux de santé

La loi HPST prévoit que la mise en œuvre du *Projet Régional de Santé* (PRS) peut faire l'objet de contrats locaux entre l'ARS et les collectivités territoriales. Ces contrats participent à la réduction des inégalités territoriales et sociales de santé et portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins, et l'accompagnement médico-social.

Ils peuvent associer d'autres acteurs de la santé, partenaires et organismes prêts à accompagner les actions créant une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé. Exemple : les mutuelles.

3 : Cf p.10 « La planification régionale de la politique de santé ».

## 2 Les autres leviers d'actions de l'ARS

### A • Veille, sécurité et police sanitaires

La multiplication d'évènements ces dernières années (Exemples : Chikungunya ou grippe aviaire) a montré la nécessité de rendre le système de *veille et de sécurité sanitaires* plus réactif et efficace. À cette fin, la loi HPST renforce au sein des ARS le rôle du **pôle d'expertise veille et sécurité sanitaire**, qui articule son action avec les services de l'État et le Préfet. Leur champ d'intervention recouvre tous les risques liés aux activités de soins, aux produits consommés (produits alimentaires et produits de santé) et aux milieux de vie (eau, air, sols). Exemple: surveillance de la pollution en région parisienne.

### B • L'accès aux données de santé de l'ARS

L'ARS a accès aux données de santé nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des acteurs de santé, des organismes d'Assurance Maladie et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Cet accès est notamment rendu possible par la mise en place du dossier médical personnalisé (DMP)<sup>4</sup> mais également par la **création de l'Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP)**.

L'accès aux informations de santé est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant des prestations de soins ou de prise en charge et d'accompagnement médico-sociaux. L'accès aux données de santé à caractère personnel n'est possible que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

### C • Les inspections et contrôles

Le Directeur général de l'ARS peut désigner des inspecteurs et des contrôleurs pour vérifier l'application des règles générales d'hygiène et des principes légaux tels que les droits des malades et des usagers du système de santé. Exemple : contrôle des règles d'hygiène dans les restaurants.

### D • Les appels à projets

Ce dispositif est le moyen privilégié pour l'ARS de développer l'offre dans le domaine médico-social : Il permet de répondre à des besoins identifiés dans le cadre d'une procédure objective et transparente.

4 : Cf p.39 « Vers une plus grande transparence des informations médicales et personnelles ».

Textes de référence : Art. L1435-1 à L1435-11 du CSP • Article L.1434-17 du CSP • Décret n°2010-735 du 29 juin 2010

## • TITRE 2 : LA MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



La rénovation de la gouvernance hospitalière	p.17
Le nouveau cadre des missions de service public	p.20
La libre organisation interne des établissements de santé	p.23
La nouvelle coopération des établissements de santé	p.26



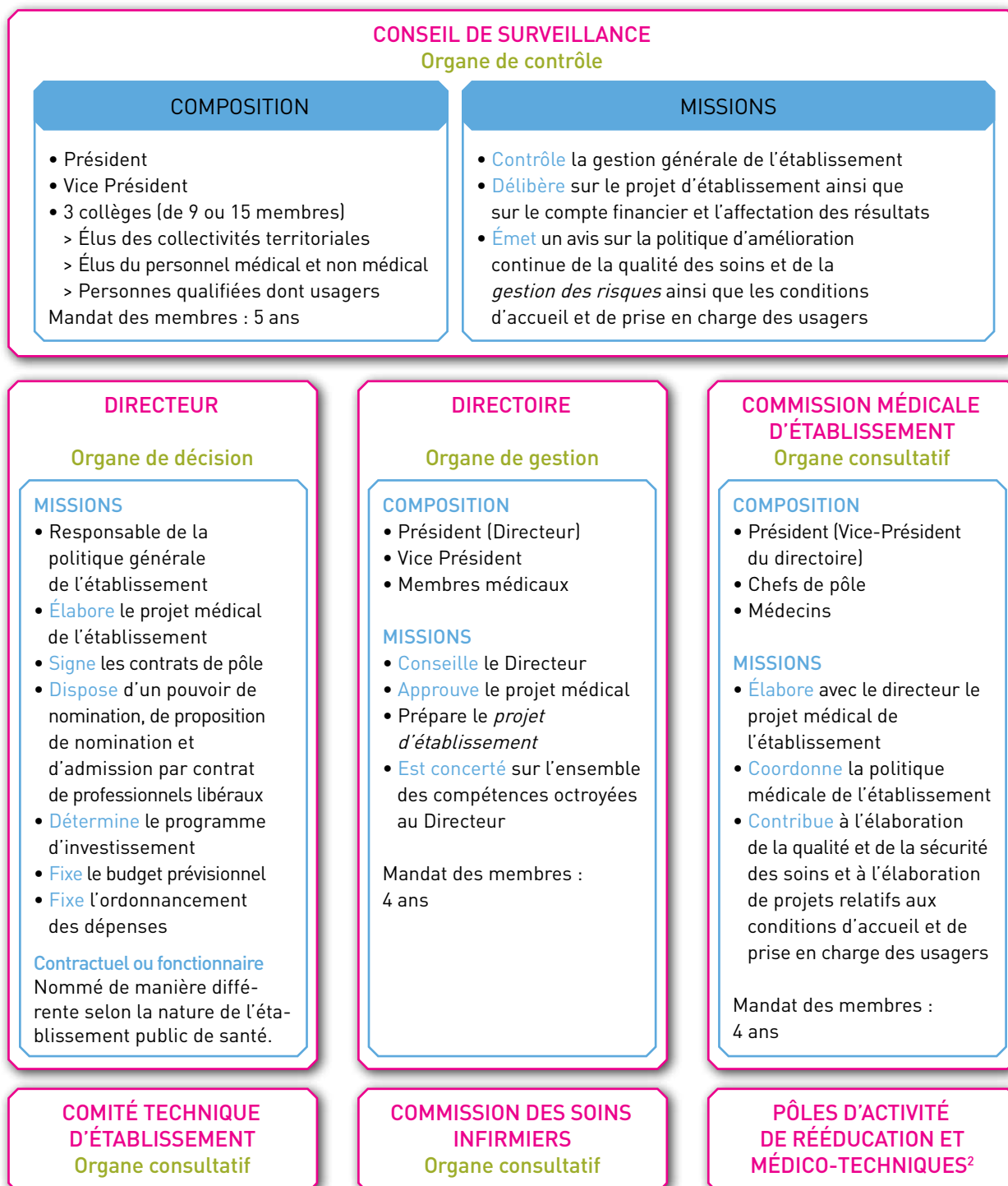
# La rénovation de la gouvernance hospitalière

Les établissements publics de santé doivent s'adapter davantage à leur environnement pour mieux répondre aux besoins des patients. L'assouplissement de leurs règles de fonctionnement interne, la représentativité accrue des usagers au sein des organes de gouvernance et l'importance de la place donnée au *projet médical*<sup>1</sup>, participent à cet objectif assigné dans la loi HPST.

La loi vise à améliorer le fonctionnement de ces établissements de santé, notamment au moyen d'une refonte de la gouvernance hospitalière et d'une liberté d'organisation renforcée.

## 1 Composition et organisation fonctionnelle de la nouvelle architecture

Les établissements publics de santé sont dotés des organes décisionnels, consultatifs et de contrôle suivants :



1 : Cf focus sur le projet médical d'établissement page suivante • 2 : Cf p.23 « La libre organisation interne des établissements ».

**À noter :** Des incompatibilités dans les fonctions existent au sein des organes de gouvernance. Exemple : un praticien membre du Directoire ne pourra représenter la Commission Médicale d'Établissement (CME) au Conseil de surveillance.

Focus sur le *projet médical*

**Le projet médical définit la stratégie médicale de l'établissement.** Il comprend notamment :

- Les objectifs médicaux en cohérence avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins et le contenu de l'offre de soins ;
- Les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes ;
- L'organisation des moyens médicaux ;
- Un volet relatif à l'activité palliative ;
- Une annexe soulignant l'articulation entre les pôles pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient.

**L'adoption du projet médical suit une procédure d'adoption spécifique :**

- Le Président de la Commission Médicale d'Établissement élabore le projet médical avec le directeur et en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ;
- La CME émet un avis ;
- Le Directoire approuve le projet médical.

## 2 Les instances hospitalières annexes

Une plus grande liberté d'organisation des hôpitaux est favorisée. Au sein de ces derniers, le nombre de commissions obligatoires diminue. Ont été maintenus, par exemple, le Comité Technique d'Établissement (CTE) et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT).

### A • Le Comité Technique d'Établissement (CTE)

La loi HPST a apporté certaines **modifications relatives aux compétences du CTE**, instance représentative des personnels non médicaux des établissements publics de santé.

Une instance consultée sur	Une Instance informée
Le plan de redressement présenté par le Directoire à l'ARS	Du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social	De la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement
La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques et de la prise en charge des usagers	Des actions de coopération proposées par le président du Directoire au Directeur de l'ARS
Le règlement intérieur de l'établissement	De l'état prévisionnel des recettes et des dépenses
Le plan de développement professionnel continu	

La composition du CTE reste inchangée : il est composé de membres titulaires et suppléants représentant les organisations syndicales et dont la représentativité de chacune d'elles dépend des résultats aux élections des commissions administratives paritaires. Le Président est obligatoirement le Directeur de l'établissement.

## B • La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT)

La CSIRMT comprend au maximum 30 membres dans les centres hospitaliers (CH) et 40 dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Ces membres sont répartis en **trois collèges** :

- Cadres de santé ;
- Personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- Aides soignants.

La **CSIRMT**, dont le Président est membre de droit du Directoire, est compétente sur toutes les questions liées à l'organisation des soins dans le cadre desquelles elle est **consultée et informée** :

- Consultée notamment sur les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ou sur la politique de développement professionnelle continue
- Informée notamment sur le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement

**Nouveau** : L'information de la CSIRMT est une nouveauté mise en place par la loi HPST.

Exemple : information sur le règlement intérieur de l'établissement.

Textes de référence :

Article L. 6143-1 à L.6143-7-5 du CSP • Article R.6143-1 à R.6143-16 du CSP • Article L.6146-1 et L.6146-2 du CSP • Article L.6144-1 du CSP • Article R.6144-1 à R.6144-6 du CSP

# Le nouveau cadre des missions de service public

L'objectif de la loi HPST est de permettre une meilleure adéquation entre les besoins de santé d'un territoire et le cadre juridique relatif aux établissements. À cette fin, les *missions de service public* ont été redéfinies et le champ des établissements pouvant y participer étendu.

## 1 Une redéfinition des missions de service public encadrée

**Nouveau** : La loi HPST substitue la notion de service public à celle du *service public hospitalier*. Cette nouvelle terminologie implique une vision plus vaste du service dû aux usagers et vise à offrir une meilleure couverture de soins et de prise en charge sur l'ensemble du territoire.

La loi HPST redéfinit ainsi les *missions de service public* des établissements de santé, tout en réaffirmant leur mission générale : « assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ».

Le champ des missions de service public a été défini de manière limitative. Il comprend, en tout ou partie :

- 1 • La permanence des soins ;
- 2 • L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 3 • La prise en charge des soins palliatifs ;
- 4 • La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 5 • L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 6 • Les actions de santé publique ;
- 7 • La recherche ;
- 8 • La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- 9 • Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 10 • Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 11 • La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
- 12 • Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 13 • Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 14 • Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

## 2 Les acteurs de santé attributaires d'une mission de service public

**Nouveau** : Une des innovations majeures de la loi HPST est de permettre à tous les établissements de santé, quelque soit leur statut (public, privé, à but lucratif ou non lucratif), d'exercer aujourd'hui une mission de *service public*, celle-ci n'étant plus attribuée de droit aux établissements publics ou à certains établissements privés prédéfinis.

Établissements habilités à exécuter des missions de service public :

Situation antérieure	Situation depuis la loi HPST
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout établissement de santé public</li> <li>• Établissements privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier (PSPH)</li> <li>• Établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout établissement de santé</li> <li>• Centre de santé, maisons de santé et pôles de santé</li> <li>• <i>Groupement de coopération sanitaire</i> (GCS)</li> <li>• Service de santé des armées</li> <li>• Praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés à l'article L6112-2 CSP</li> </ul>

L'exercice des *missions de service public* n'étant plus conditionné par le statut des établissements, la loi HPST simplifie la gestion et la coopération entre les établissements de santé.

Dans le même objectif, la loi clarifie les catégories d'établissement :

- S'agissant des **établissements publics de santé** : seuls les centres hospitaliers (régionaux et/ou universitaires) demeurent. Les hôpitaux locaux disparaissent. Ces centres ont un statut unique, qui peut être étendu à la région. Ils sont de ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national.

- S'agissant des **établissements privés** : jusqu'à aujourd'hui, l'exécution des missions de service public reposait sur deux catégories d'établissements privés à statut particulier : les Etablissements privés à but non lucratifs participant au service public hospitalier et les Etablissements privés concessionnaires du service public hospitalier. Ces missions peuvent être désormais assurées par un établissement de santé quel que soit son statut.

De façon à prendre en compte la spécificité de l'ancien secteur des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), la loi a créé une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : **les établissements de santé privés d'intérêt collectif** (ESPIC).

Exemple : les centres de lutte contre le cancer

Focus : Le statut d'ESPIC concerne au total près de **782 établissements** de santé privés non lucratifs et regroupent **61 968 lits**. Ils sont gérés par une personne morale de droit privé telle qu'une association, une congrégation, une fondation ou **une mutuelle**. Le statut d'ESPIC a également été donné **aux 20 centres de lutte contre le cancer**. Les bénéficiaires dégagés par les ESPIC sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients. En revanche, leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics.

**À noter** : Les établissements de santé privés qui obtiennent la qualification d'ESPIC sans pour autant assurer des missions de service public peuvent conclure, pour un ou plusieurs objectifs déterminés, soit avec un établissement public de santé, soit avec une communauté hospitalière de territoire, des accords en vue de leur association à la réalisation d'autres missions de service public. Ces accords sont alors approuvés par le Directeur général de l'ARS.

### 3 L'attribution des missions de service public et ses effets

**Nouveau** : La loi signe la fin du clivage entre les secteurs hospitaliers public et privé. Dorénavant, l'ensemble des établissements de santé peut assurer les missions de service public. Pour ce faire, ils doivent répondre à un cahier des charges précis.

- L'attribution de ces missions se fait donc « à la carte », sur décision de l'ARS. Les missions de service public intègrent le cadre régional de la régulation de l'offre de soins à travers le Projet Régional de Santé et le *Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)*.
- Le SROS fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé, les missions assurées par les établissements de santé.
- En cas d'absence d'offre de soins sur un territoire, le Directeur général de l'ARS peut assigner à un établissement de santé, qu'il soit public ou privé, une mission spécifique de service public.
- Une fois l'attributaire désigné, un avenant au Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens doit être signé entre l'ARS et l'attributaire. L'avenant précise les obligations auxquelles sont tenus les établissements de santé et fixe les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations. Ce dernier doit être signé ou révisé au plus tard 6 mois après l'attribution de la mission.

L'attribution des missions de service public fait naître, à la charge des établissements et des praticiens qui y exercent, les obligations suivantes :

- 1 • L'égal accès à des soins de qualité.
- 2 • La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L162-14-1 du Code de la sécurité sociale.
- 3 • La permanence 24H/24H de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution.

Textes de référence :

Article L.1435-5 du CSP • Article L.4130-1-7° du CSP • Article L.6112-1 à L.6112-3-1 du CSP • Article L.6161-8 du CSP • Article L.6143-1 du CSP • Article R.6144-40 du CSP • Décret n° 2010-449 du 30 avril 2010

# La libre organisation interne des établissements de santé

La loi HPST laisse, au bénéfice des établissements de santé, la possibilité d'organiser plus librement leur fonctionnement interne, afin qu'ils accomplissent au mieux leurs missions de service public.

## 1 Les pôles d'activité

### A • Les chefs de pôle

#### 1 • Nominations et fonctions des chefs de pôle

La loi HPST a redéfini « les responsables de pôle » en « chefs de pôle », soulignant ainsi le renforcement de leur rôle et de leurs compétences. La procédure de nomination de ces chefs de pôle a été encadrée et simplifiée.

Catégories de chefs de pôle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les chefs de pôle administratifs, techniques et logistiques ;</li><li>• Les chefs de <i>pôle d'activité</i> clinique et médico-technique.</li></ul>
Habilitation professionnelle Chefs de pôle	<ul style="list-style-type: none"><li>• Praticiens hospitalo-universitaires ;</li><li>• Praticiens hospitaliers en médecine ;</li><li>• Odontologistes ;</li><li>• Pharmaciens ;</li><li>• Praticiens contractuels.</li></ul>
Procédure de nomination	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nommés par le Directeur de l'établissement, sur présentation d'une liste d'au moins 3 noms établie par le Président de la CME (cas particulier pour les CHU<sup>1</sup>) dans les 30 jours à compter de la demande. À défaut, le Directeur nomme la personne de son choix.</li></ul>
Mandat	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mandat de 4 ans renouvelable ;</li><li>• Révocation du mandat, dans l'intérêt du service, par décision du Directeur, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement (cas particulier pour les CHU<sup>2</sup>).</li></ul>
Fonctions	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.</li><li>• Intervention dans la gestion du personnel médical.</li><li>• Concertation interne et autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et administratives</li><li>• Engagement de dépenses par délégation de signature du Directeur. Exemple: dépenses de formation de personnels.</li></ul>

#### 2 • Les leviers d'actions des chefs de pôle

##### • Le contrat de pôle

Le contrat de pôle est un important levier d'actions mis à la disposition des chefs de pôle afin qu'ils puissent assurer le **pilotage et la gestion de l'ensemble des pôles d'activité**. Le contrat de pôle d'activité, établi pour chaque pôle, est conclu pour une période de 4 ans par le Directeur de l'établissement et par le chef de pôle, après avis du Président de la CME et pour le CHU, du Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

Le contrat définit les éléments essentiels liés à la bonne administration de l'ensemble des pôles, portant sur les moyens et objectifs suivants:

- Organisation interne ;
- Organisation de la permanence des soins ;
- Gestion des ressources humaines ;
- Portée des délégations de signature accordées au chef de pôle.

**À noter :** Le contrat de pôle est signé avant l'élaboration du projet de pôle, auquel il donne un cadre.

### • Le projet de pôle

La loi HPST fait du projet de pôle un outil stratégique pour le pôle et le chef de pôle, élaboré par ce dernier, dans le délai de 3 mois à compter de la signature du contrat de pôle.

Le projet de pôle permet à chaque structure interne du pôle de connaître et de maîtriser son champ d'action et de responsabilités ainsi que son organisation. En outre, il a pour objet de tenter d'anticiper et d'accompagner les évolutions d'activités.

## B • L'organisation interne des pôles d'activité

### 1 • Constitution des pôles

La loi HPST consacre les pôles d'activité comme le **seul niveau de structure et d'organisation interne obligatoire** des établissements publics de santé, quelle que soit leur taille. Toutefois, le Directeur de l'ARS peut accorder une dérogation quand l'activité et le nombre de praticiens le justifient.

La décision de création de ces pôles revient au chef d'établissement, qui arrête la structuration en pôles, après concertation avec le Directoire, sur avis du Président de la CME (et dans les CHU sur avis du Directeur de l'unité de formation et de recherche médicale).

La dénomination, le nombre, la taille, et la composition des pôles d'activité relève du libre choix de l'établissement de santé, conformément au principe de liberté d'organisation renforcé par la loi HPST.

**À noter :** Afin de prendre en compte la spécificité de leurs missions (soins, enseignement et recherche), les pôles d'activité des CHU sont désormais dénommés « pôles hospitalo-universitaires ».

### 2 • Les structures interne des pôles

**La souplesse caractérise la nouvelle organisation des structures internes des pôles d'activité.**

Il est désormais tout à fait possible de qualifier librement ces structures internes de « services », d'unités fonctionnelles », « d'instituts », de « départements » ou de « centres ».

Il revient au Directeur de nommer les responsables de ces structures internes sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la CME. De la même manière, il revient au Directeur de mettre fin, dans l'intérêt du service, à leurs fonctions.

Enfin, il convient de souligner que ces structures internes sont fédérées par le chef de pôle, et ses collaborateurs, ainsi que par le projet de pôle qui définit les missions et les responsabilités confiées à ces structures internes.

Focus : si le pôle comporte une **unité obstétricale**, l'un des collaborateurs du chef de pôle est désormais une sage-femme.

Dans l'objectif de rendre l'exercice des missions de service public plus effectif et attractif, la loi HPST renforce donc le principe de la libre organisation des *pôles d'activité*, et offre également une nouvelle possibilité de recruter du personnel médical en dehors des fonctionnaires permanents de l'hôpital.



## 2 Les nouvelles possibilités de recrutement du personnel médical

### A • Les cliniciens hospitaliers : un nouveau cadre hors statut

La loi HPST crée un nouveau contrat de droit public pour le recrutement des médecins à l'hôpital. Ce contrat, dit de « clinicien hospitalier », est proposé sur décision de l'ARS.

Afin de pouvoir procéder à ce type d'embauche, l'établissement public doit nécessairement démontrer une réelle difficulté de recrutement pour les postes suivants : médecins, odontologistes et pharmaciens<sup>3</sup>. Ces cliniciens sont nommés sur décision du Directeur, après proposition du chef de pôle et avis du Président de la Commission Médicale d'Établissement (CME).

En outre, l'inscription de ce type de recrutement contractuel est encadrée par le CPOM, ce dernier fixant le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois qui peuvent être pourvus<sup>4</sup>.

Le statut de clinicien hospitalier se distingue de celui de praticien hospitalier par le fait qu'il lie par contrat (durée maximale de 3 ans) le médecin et l'hôpital pour une durée déterminée, renouvelable une fois.

Ce contrat contient un certain nombre de mentions légales<sup>5</sup> et fait apparaître sa nature particulière : il se caractérise par la fixation d'objectifs qualitatifs et quantitatifs précis, auxquels les cliniciens doivent répondre et transmettre un rapport de leurs actes dans un délai compatible avec celui imposé par l'établissement.

**À noter** : La rémunération du clinicien hospitalier comprend :

- Une part fixe, déterminée par référence aux honoraires des praticiens hospitaliers.
- Une part variable subordonnée à la réalisation des objectifs prévus au contrat.

### B • Les professionnels libéraux

Certains établissements de santé peuvent avoir des difficultés à recruter des praticiens pour exercer en leur sein.

C'est la raison pour laquelle, la loi HPST permet de recruter, par contrat de courte durée et à titre exceptionnel, des médecins, des odontologistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux libéraux<sup>6</sup>, afin d'éviter toute rupture dans la continuité des soins.

La décision d'admission de ces professionnels libéraux au sein de l'établissement de santé revient au Directeur, sur proposition du chef de pôle et après avis du Président de la CME.

Ces professionnels, recrutés par contrat (soumis à l'approbation du Directeur de l'ARS), s'engagent à respecter les recommandations de bonnes pratiques établies par la Haute Autorité de Santé, le projet d'établissement, le règlement intérieur et les mesures mises en place pour assurer la continuité des soins.

Ce contrat, signé pour une durée maximale de 5 ans, permet de :

- Fixer les modalités et conditions de la participation du praticien ;
- Prendre en compte les orientations stratégiques du CPOM<sup>7</sup> ;
- Assurer le respect des garanties de l'article L.6112-3 CSP.

Dès lors, le praticien libéral engagé assure les missions de service public de l'établissement et les missions de soins au bénéfice des patients hospitalisés au sein dudit établissement.

**À noter** : Ces professionnels sont rémunérés selon les tarifs honoraires du secteur 1, minorés le cas échéant d'une redevance représentant la part des frais de ces professionnels de santé supportée par l'établissement.

3 : Article L.6152-1-1° du CSP • 4 : Article L.6152-3 du CSP • 5 : Article R.6152-706 du CSP • 6 : recrutements des auxiliaires médicaux libéraux pour les établissements de santé qui délivrent des soins à domicile • 7 : Cf p.13 « Les leviers d'actions de l'ARS » I) A)

Textes de référence : Article L.6146-1 et L.6146-2 du CSP • Article R.6146-1 à R.6146-9 du CSP • Article L.6143-7 du CSP

# La nouvelle coopération des établissements de santé

Afin de mieux adapter l'offre de soins aux besoins de santé de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels, la loi HPST a rénové certains outils de coopération des établissements de santé tels que les communautés hospitalières de territoire (CHT), ou encore les groupements de coopération sanitaires (GCS).

## 1 La communauté hospitalière de territoire (CHT) : nouvelle forme de coopération conventionnelle entre les établissements de santé

**Nouveau** : Les communautés hospitalières de territoire constituent une **nouvelle forme de coopération conventionnelle** mise en place par la loi HPST au profit des établissements de santé. La création des CHT s'inscrit dans une logique de **complémentarité et de graduation des soins**.

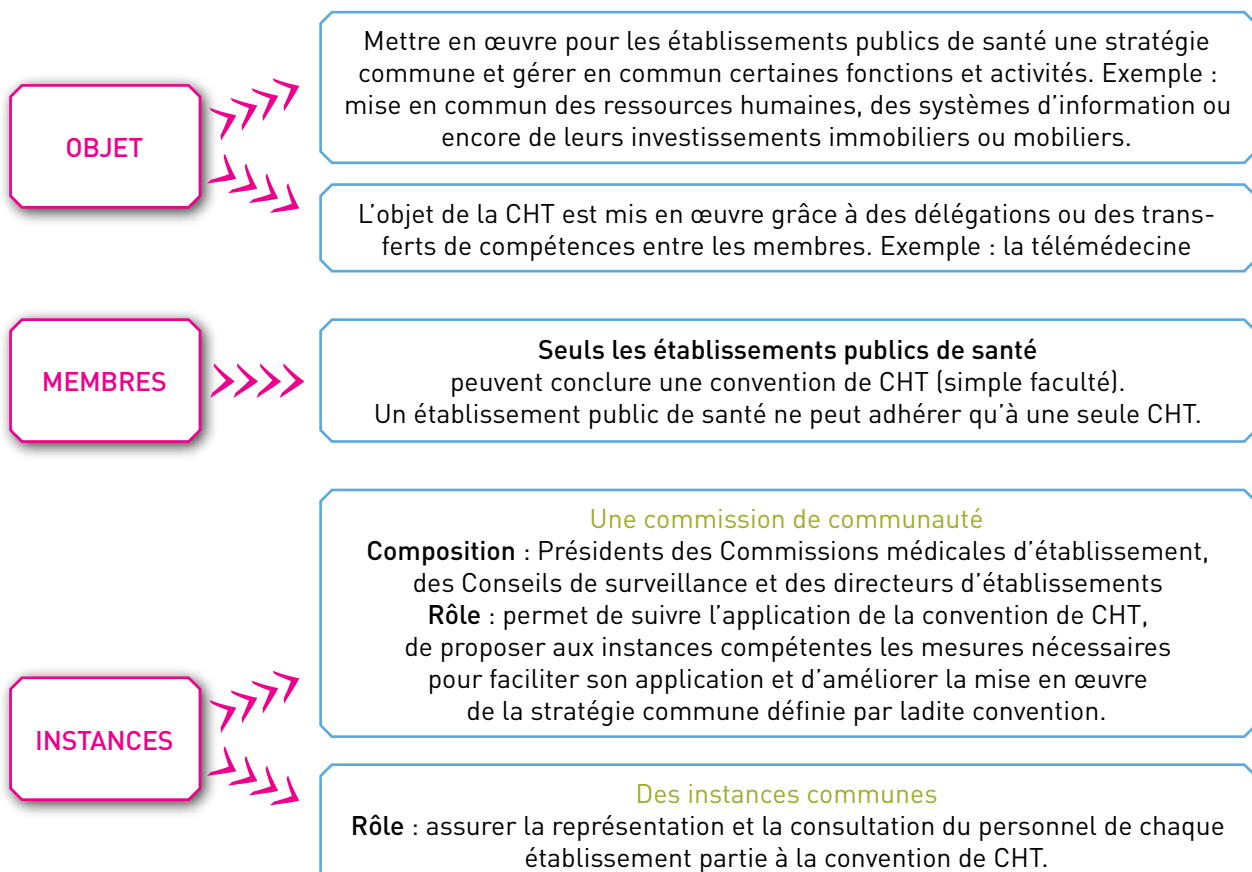
### A • Création et résiliation d'une CHT

Une CHT peut être créée par la **conclusion d'une convention de communauté hospitalière**, préparée par les Directeurs et les Présidents des CME et approuvée, après information des Comité Technique d'Établissement, par les Directeurs des établissements après avis de leurs *Conseils de surveillance*. Elle est ensuite soumise à l'approbation du Directeur général de l'*Agence Régionale de Santé* compétente. Cette convention prévoit principalement : l'établissement de comptes combinés, la désignation de l'établissement siège, les organes décisionnels et leur composition (...).

La résiliation de la convention de CHT peut intervenir soit :

- Par décision concordante des *Conseils de surveillance* de tous les établissements parties.
- Par demande motivée des *Conseils de surveillance* de la majorité de ces établissements.
- Par décision prise par le Directeur de l'ARS en cas de non application de la convention.

### B • Présentation générale d'une CHT



## C • Le fonctionnement d'une CHT

Un établissement siège et des établissements membres se délèguent ou transfèrent des compétences et des activités de soins conformes à la stratégie commune, sur la base de la convention établie à cet effet.

Ainsi, les structures les plus sophistiquées se spécialisent dans les opérations lourdes et de haute technicité, tandis que les hôpitaux de proximité prennent en charge les soins courants, les hébergements en moyen séjour, les soins de suite et de réadaptation.

Par ailleurs, certains outils de coopération sont maintenus tout en étant réformés, comme les *groupements de coopération sanitaire*.

## 2 Les groupements de coopérations sanitaires (GCS) : une coopération organique entre les établissements de santé

Outil juridique privilégié ouvert à tous les acteurs du champ sanitaire et médico-social, le régime juridique du GCS de moyens a été clarifié par la loi HPST. En outre, la loi a mis en place une nouvelle forme de coopération : le GCS érigé en établissement de santé.

### A • Le groupement de coopération sanitaire de moyens

Statut/Constitution	<ul style="list-style-type: none"><li>• Personne morale de droit public si le GCS est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des professionnels libéraux ;</li><li>• Personne de droit privé si le GCS est constitué exclusivement de personnes de droit privé ;</li><li>• Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive ;</li><li>• Créé, avec ou sans capital, après approbation et publication par le Directeur de l'ARS d'une convention constitutive établie par les membres du groupement.</li></ul>
Membres (dont au moins un doit être obligatoirement un établissement de santé)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Établissements de santé (publics, privés, ESPIC) ;</li><li>• Établissements médico-sociaux publics et privés ;</li><li>• Centres et pôles de santé ;</li><li>• Professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société (médecins, sages-femmes ou chirurgiens dentistes) ;</li><li>• Autres professionnels de santé si autorisation du Directeur de l'ARS.</li></ul>
Objet	<ul style="list-style-type: none"><li>• Faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres ;</li><li>• Organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;</li><li>• Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux ;</li><li>• Réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ;</li><li>• Assurer ou contribuer à assurer les missions de service public.</li></ul>
Autorisations	<ul style="list-style-type: none"><li>• Possibilité d'être titulaire d'une autorisation d'équipements lourds ;</li><li>• Possibilité d'être titulaire d'une autorisation de pharmacie à usage intérieur ;</li><li>• Possibilité d'être titulaire d'une autorisation d'activités de soins.</li></ul>
Instances	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une assemblée générale (composée de l'ensemble des membres du GCS) ;</li><li>• Un administrateur (chargé de l'administration du groupement et élu par l'AG).</li></ul>

**À noter** : Le GCS transmet chaque année au Directeur de l'ARS un rapport retraçant son activité.

## B • Le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé

**Nouveau** : Le GCS érigé en établissement de santé est l'une des nouveautés majeures de la loi HPST.

**Le GCS, qui est érigé en établissement de santé, est un GCS de moyens qui demande et obtient une ou plusieurs autorisations d'activités de soins** (seules les activités de soins le permettent). Le GCS érigé en établissement de santé exerce directement l'activité considérée et possède ses propres patients.

Aussi, **les règles concernant le GCS de moyens (membres, statuts etc..) sont applicables au GCS érigé en établissement de santé. Les patients disposent également des mêmes droits.**

Ainsi, par décision du Directeur de l'ARS :

- Le GCS de moyens de droit privé est érigé en établissement de santé privé.
- Le GCS de moyens de droit public est érigé en établissement de santé public.

Le GCS érigé en établissement de santé est financé selon les règles applicables aux établissements de santé.

**Dans le cas d'un GCS établissement public de santé, les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements publics de santé s'appliquent**, avec les spécificités suivantes :

- Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions de Directeur.
- Le *Conseil de surveillance* est composé de représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, de représentants du personnel médical ou non médical du GCS et de personnalités qualifiées.

D'autres formes de coopération entre établissements de santé ont été créées par la loi: les fondations hospitalières.

Focus : Les fondations hospitalières. Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotée de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités, d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière et sont soumises aux règles des fondations d'utilité publique.

Exemple : la fondation hospitalière Sainte Marie répond aux besoins spécifiques des personnes dépendantes, malades ou atteintes d'affections chroniques invalidantes, quel que soit leur âge.

- TITRE 3 : L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE LA SÉCURITÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS



Un accès aux soins facilité \_\_\_\_\_ p.30

Un dispositif de qualité au service du patient \_\_\_\_\_ p.33

Prévention et sécurité sanitaire pour tous \_\_\_\_\_ p.36

Vers une plus grande transparence des informations médicales et personnelles\_\_ p.39

# Un accès aux soins facilité

Afin de répondre aux principes de la politique de santé publique, la loi HPST réorganise le système de soins. Pour ce faire, la loi facilite l'accès aux soins médicaux et lutte contre les inégalités d'accès à ces soins.

## 1 L'amélioration de l'offre des soins

### A • La coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville.

La loi HPST fluidifie le parcours de soins. Elle réorganise le système de soins en mettant en place un parcours de soins simplifié et coordonné, se déclinant en 3 niveaux :

- **Les soins de 1<sup>er</sup> recours** : soins définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité.
- **Les soins de 2<sup>ème</sup> recours** : soins dispensés par les médecins spécialistes et les hôpitaux généraux.
- **Les soins de 3<sup>ème</sup> recours** : soins hyper spécialisés, concernant les Centres Hospitaliers Universitaires.

Les soins de 1<sup>er</sup> recours comprennent :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- L'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que les conseils pharmaceutiques ;
- L'orientation dans le *système de soins* et le secteur médico-social ;
- L'éducation pour la santé.

Ces soins sont assurés principalement par les médecins généralistes, les pharmaciens<sup>2</sup>, les infirmières, les kinésithérapeutes, les pôles<sup>3</sup> et réseaux de santé. La loi HPST accorde aux **médecins généralistes** un **rôle pivot majeur** dans l'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours<sup>4</sup>.

Focus : **Les pôles de santé** assurent les activités de soins de 1<sup>er</sup> recours et le cas échéant de 2<sup>ème</sup> recours. Ils peuvent aussi participer à certaines actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire, et sont constitués de professionnels de santé et le cas échéant de maisons de santé, de réseaux de santé...ces derniers visent à coordonner les activités d'hospitalisation et de soins de plusieurs établissements de santé.

### B • La prise en charge permanente et continue des patients

La loi HPST facilite l'accès aux soins en permettant aux malades de bénéficier d'une **prise en charge ambulatoire permanente**. Cette permanence est assurée aux patients quelles que soient les circonstances :

- En cas d'absence du médecin, ce dernier oriente le patient vers un confrère ;
- En cas d'absence programmée du médecin, ce dernier doit informer le conseil départemental de l'ordre.

En outre, la loi HPST développe la communication entre la médecine de ville et l'hôpital afin de **faciliter les sorties d'hospitalisation et la continuité de la prise en charge**. À cet égard, le médecin en charge d'une personne hospitalisée doit désormais lui demander l'identité des professionnels de santé auxquels elle souhaite que soient transmises les informations utiles à la continuité de sa prise en charge.

Enfin, la loi renforce l'accès aux soins de 1<sup>er</sup> recours au travers de la **télé médecine**. Cette dernière est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. La **télé médecine** permet donc d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque un suivi à visée préventive ou post thérapeutique, de prescrire des produits ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

### C • Le renforcement du rôle de certains acteurs de santé dans l'offre des soins

#### 1 • L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD fait désormais partie intégrante des modalités de prise en charge hospitalière. Elle permet **d'assurer au domicile** du patient des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une **période limitée mais renouvelable** en fonction de l'évolution de son état de santé. Le but de l'HAD est d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation classique en établissement.

Texte de référence : Article L.1411-1 7° du CSP •

2 : Cf développement sur « les pharmacies d'officines » page suivante • 3 : Cf focus sur les pôles de santé (point I.A) • 4 : Article L.4130-1 du CSP

L'HAD peut aussi être effectuée dans certains établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), sous réserve de la conclusion d'une convention signée par le Directeur de l'HAD et celui de l'EHPA.

Les types de soins susceptibles d'être pris en charge dans ce type de structure sont de plus en plus étendus : cancérologie, orthopédie, neurologie, cardiologie par exemple...

Les conditions générales d'admission dans un service d'*hospitalisation à domicile* sont les suivantes :

- Soit le patient est déjà hospitalisé et le médecin estime que les soins peuvent être poursuivis chez lui,
- Soit le patient n'est pas encore hospitalisé et le médecin estime que son état ne nécessite pas un séjour à l'hôpital.

**À noter** : Ce type de soins est garanti par les offres d'assurance santé et complémentaire santé. L'HAD est ainsi remboursée à hauteur de 80% par la sécurité sociale et à hauteur de 20% minimum par les mutuelles dans le cadre de garantie complémentaire santé (Intégrance propose dans ses garanties cette prestation selon le type de garantie complémentaire choisie).

## 2 • Les pharmacies d'officine

La loi HPST facilite l'accès aux soins des malades en renforçant le rôle des officines de ville, désormais **placées dans le système de santé tout entier**. En effet, ces dernières participent directement aux soins de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>ème</sup> recours, à l'éducation thérapeutique<sup>1</sup> et aux actions d'accompagnements des patients.

**Nouveau** : La loi HPST intègre les missions de ces pharmaciens dans le code de la santé publique<sup>2</sup> :

- La contribution aux soins de 1<sup>er</sup> recours ;
- La coopération entre professionnels de santé ;
- La mission de service public de la permanence des soins ;
- La fonction de pharmacien référent pour les établissements accueillant les personnes âgées ou qui leur apportent une assistance à domicile.

## 2 La lutte contre les inégalités d'accès aux soins

### A • La lutte contre les *déserts médicaux* : les contrats santé solidarité

À compter de l'entrée en vigueur du Schéma Régional d'Organisation des Soins, le Directeur de l'ARS dispose d'un délai de 3 ans pour évaluer **la satisfaction des besoins en implantations** pour l'exercice des soins de 1<sup>er</sup> recours. Cette évaluation peut faire apparaître que les besoins de santé de la population dans certains territoires ne sont pas satisfaits. Dès lors, le Directeur général de l'ARS **peut proposer aux médecins**, exerçant dans des zones où le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, d'adhérer à un **contrat santé solidarité**. Par ce contrat, les médecins s'engagent à répondre aux besoins de santé de la population des zones désertes.

**À noter** : Le caractère obligatoire de l'adhésion à ce contrat santé solidarité (sous peine de pénalité financière), instauré par la loi HPST, a été supprimé par la loi Fourcade du 10 août 2011.

### B • La lutte contre les refus illégitimes de prise en charge des malades

La loi HPST renforce les dispositifs de lutte contre la discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins. Cette dernière **prohibe** expressément les **refus illégitimes de prise en charge** par les professionnels de santé.

Ainsi, un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne :

- Par discrimination (appartenance ethnique, culturelle, économique etc...)
- En raison du bénéfice de la *Couverture Maladie Universelle* (CMU), de la *Couverture Maladie Universelle Complémentaire* (CMUC) ou de *l'Aide Médicale d'État* (AME).

La victime d'un refus illégitime peut saisir le Directeur de la CPAM ou du Président du conseil de l'ordre professionnel concerné. Cette saisine vaut plainte et peut entraîner pour le professionnel une importante sanction.

1 : Cf p.36 « Prévention et sécurité sanitaire pour tous » • 2 : Article L.5125-1-1 du CSP

## C • La lutte contre les inégalités économiques

### 1 • L'encadrement des dépassements d'honoraires

La loi HPST renforce les dispositifs relatifs aux *dépassements d'honoraires*, source de discrimination quant à l'accès aux soins. Un professionnel de santé peut ainsi être sanctionné s'il pratique :

- Des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ;
- Des dépassements non conformes à la convention dont dépend le professionnel de santé ;
- L'absence d'information écrite relative au dépassement de seuils d'honoraires.

### 2 • Le relèvement de l'aide à la complémentaire santé (ACS)

La loi HPST a augmenté le montant de l'*aide à la complémentaire santé* pour les personnes âgées de plus de 50 ans. Désormais, le montant de l'ACS est de :

- 350 euros pour les personnes âgées entre 50 et 59 ans.
- 500 euros pour les personnes âgées de 60 et plus.

**À noter :** L'ensemble des conditions d'accès aux *chèques santé* (aide à la complémentaire santé) est repris dans le guide « comment bénéficier de chèques santé pour accéder à la complémentaire santé » de la Mutuelle Intégrance.



# Un dispositif de qualité au service du patient

La qualité des soins est la première attente des usagers. La loi HPST assure aux patients cette garantie au travers de plusieurs outils organiques, techniques et humains.

## 1 L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)

**Nouveau** : Instituée par la loi HPST, l'ANAP, groupement d'intérêt public, est une structure multifonctionnelle et innovante sur laquelle les Directeurs d'établissements et la communauté médicale peuvent s'appuyer pour améliorer la qualité des services rendus aux patients.

Présentation de l'ANAP

Organes de l'ANAP	<b>Conseil d'Administration</b> Composé de représentants de l'État, de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), et des fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Ex : Fédération Hospitalière de France (FHF).
	<b>Conseil scientifique et d'orientation</b> Il évalue les travaux de l'ANAP et à proposer des axes de travail au Conseil d'administration.
	<b>Directeur de l'ANAP</b> Nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité.
Missions de l'ANAP	La conception et la diffusion d'outils et de services permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance et, en particulier, la qualité de leur service aux patients et aux personnes.
	L'appui et l'accompagnement des établissements, notamment dans le cadre de missions de réorganisation interne, de redressement, de gestion immobilière ou de projets de recompositions hospitalières ou médico-sociales.
	L'évaluation, l'audit et l'expertise des projets hospitaliers ou médico-sociaux, notamment dans le domaine immobilier et des systèmes d'information.
	Le pilotage et la conduite d'audits sur la performance des établissements de santé et médico-sociaux.
	L'appui aux Agences Régionales de Santé dans leur mission de pilotage opérationnel et d'amélioration de la performance des établissements.
L'appui de l'administration centrale dans sa mission de pilotage stratégique de l'offre de soins et médico-sociale.	
Financement de l'ANAP	Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, une dotation versée par la CNSA, des subventions de l'État et des collectivités publiques, des établissements publics, de l'Union européenne...

## 2 Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins

**Nouveau** : La loi HPST oblige tous les établissements de santé à mettre en place des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, et à faire connaître les résultats de ces indicateurs au public. L'enjeu est de disposer d'un système d'information partagé qui puisse être à la disposition de tous (usagers du système de santé et professionnels des établissements et institutions de santé).

### A • Présentation du dispositif

Les établissements de santé collectent des données permettant d'établir des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Les thèmes retenus répondent à des objectifs prioritaires de santé publique et d'organisation des soins.

Exemple : Les infections nosocomiales.

Ces indicateurs sont déterminés de manière concertée, après validation par les représentants des établissements de santé, les professionnels, les conférences des établissements de santé et les représentants des usagers.

La liste de ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins évolue chaque année. Elle est volontairement limitée à des indicateurs fondamentaux et familiers dans l'activité hospitalière. L'objectif est que l'énergie de ces établissements de santé soit centrée sur les actions d'amélioration des données recueillies.

**Focus** : À ce jour, il existe **2 grandes familles d'indicateurs**. La première portant sur la lutte contre les infections nosocomiales. Exemples: l'indice composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales (ICALIN) ou encore l'indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (SURVISQ).

La seconde famille porte quant à elle sur la qualité de prise en charge du patient. Exemples : indicateur sur la tenue du dossier patient (TDP) ou encore sur le dépistage des troubles nutritionnels (DTN).

Un dernier indicateur vient compléter ces 2 familles permettant de mesurer la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS). Cet indicateur repose sur une enquête par questionnaire téléphonique réalisé par un prestataire extérieur (institut de sondage) sur 120 patients, 2 à 6 semaines après leur sortie. La diffusion publique des résultats I-SATIS est prévue en 2013.

### B • La publication des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

La loi HPST impose aux établissements de publier les résultats de ces indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Cette publication est annuelle et est mise à la disposition du public.

La procédure est la suivante :

- En premier lieu, les résultats nationaux des indicateurs font l'objet d'une publication annuelle du ministère chargé de la santé. Cette publication est faite par voie électronique.
- Ensuite, dans un délai de 2 mois suivant la publication ci-dessus, les établissements de santé mettent à la disposition du public leurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

En cas de non respect de cette obligation de publication (défaut de publication ou mise à disposition incomplète), le Directeur de l'ARS peut décider (décision motivée), après avoir mis en demeure le Directeur de l'établissement, d'appliquer à ce dernier une sanction financière. Ex : moduler la dotation de financement de l'établissement.

### 3 L'affermissement de la formation des professionnels de santé

#### A • Le développement professionnel continu (DPC)

**Nouveau** : La formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles sont remplacées dans la loi HPST par le développement professionnel continu.

Le développement professionnel continu constitue une obligation pour les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux, hospitaliers, territoriaux ou salariés.

Le DPC a pour **objectifs** :

- L'évaluation des pratiques professionnelles,
- Le perfectionnement des connaissances,
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
- La prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le médecin choisit son organisme de DPC. Aucun ne peut lui être imposé. Il doit satisfaire à un programme de DPC par an. Ledit programme dure généralement 6 mois. Ce dernier doit porter sur un thème donné pour l'année par la Commission Scientifique Indépendante (CSI). Exemple : Réaliser des séances d'*Éducation Thérapeutique* pour des groupes de patients.

Ce dispositif global est le même pour :

- Les médecins,
- Les sages femmes,
- Les chirurgiens dentistes,
- Les pharmaciens,
- Les préparateurs en pharmacies.

#### B • Le renforcement de la formation initiale des sages femmes

**Nouveau** : La loi HPST ajoute au Code de la Santé Publique l'article L.4151-7-1 relatif à la formation initiale des sages femmes à l'université.

Le Code de la Sécurité Sociale précise que la formation des personnes qui se préparent à la profession de sage-femme est assurée dans des écoles agréées<sup>1</sup>.

Désormais, la formation initiale des sages-femmes peut être aussi organisée **au sein des universités**, sous réserve de l'accord du Conseil régional. Cet accord doit notamment porter sur les modalités de financement de la formation.

1 : Article L.4151-7 du CSP

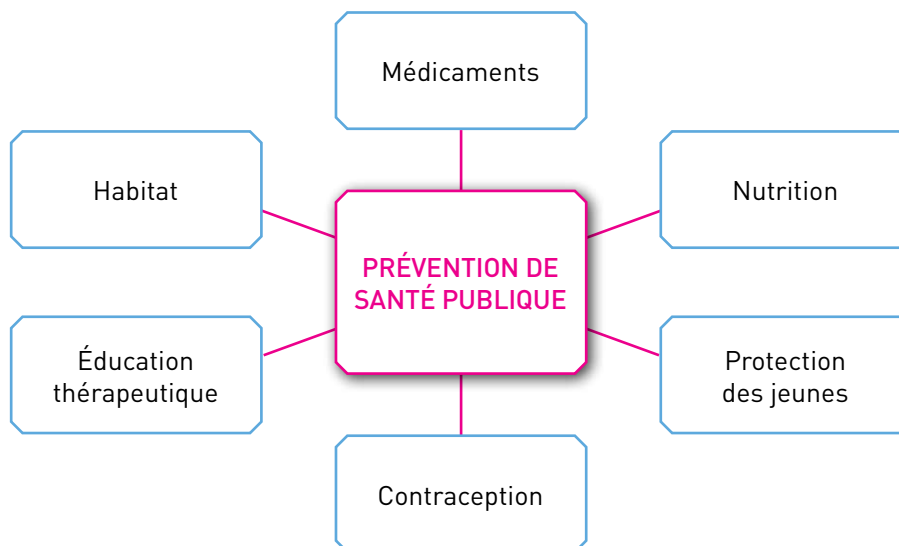
Textes de référence : Articles L.4133-1 à L.4133-4 du CSP • Articles L.4143-1 à L.4143-4 du CSP • Articles L.4236-1 à L.4236-4 du CSP • Articles L.6113-10 à L.6113-10-2 du CSP • Article L.6144-1 du CSP

# Prévention et sécurité sanitaire pour tous

L'un des apports majeurs de la loi HPST consiste à prendre en compte et à intégrer le patient au sein d'un parcours sanitaire continu, préventif et sécurisé.

## 1 La prévention de santé publique

### A • Schéma général des domaines de prévention renforcés par la loi HPST



### B • Le point sur les mesures essentielles de prévention de la santé publique

#### 1 • La nutrition sous surveillance

Concernant la vigilance alimentaire, la loi place les compléments alimentaires et les « nouveaux aliments » sous observation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES)<sup>1</sup>.

En matière de nutrition, la loi HPST fait de la **prévention de l'obésité et du surpoids une des priorités de la politique de santé publique**. Exemple : la loi prévoit la possibilité pour les salariés de régler à l'aide de ticket-restaurant l'achat de fruits et légumes chez les distributeurs de primeurs.

#### 2 • Les risques liés à l'habitat

Contre les risques liés à l'habitat, la loi HPST agit essentiellement sur :

- **L'amiante**. Exemple: les propriétaires d'immeubles font établir un diagnostic de l'état de conservation de l'amiante et mettent en œuvre, le cas échéant, les mesures nécessaires pour contrôler et réduire l'exposition.
- **Le radon** en rendant les mesures dans l'habitat obligatoires dans les zones particulièrement exposées au radon, (gaz radioactif pouvant être naturellement contenu dans le sol). Exemple : le dispositif de surveillance du radon est étendu aux propriétaires et exploitants d'Établissements Recevant du Public (ERP).
- **Le plomb** en ordonnant systématiquement, lors de travaux faisant l'objet d'un financement d'aide à l'amélioration de l'habitat, des mesures du taux de plomb dans les peintures.

#### 3 • L'éducation thérapeutique du patient comme priorité nationale

La loi HPST affirme la **reconnaissance de l'éducation thérapeutique comme faisant partie intégrante de la prise en charge du patient**.

L'objectif de l'éducation thérapeutique est de rendre le patient **plus autonome** en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et **en améliorant sa qualité de vie**. Exemple : Éducation thérapeutique sur l'asthme. Les programmes d'éducation destinés à aider le patient à acquérir une autonomie par rapport à sa maladie et à ses traitements devront répondre à un cahier des charges.

1 : Cf développement « ANSES » page suivante.

L'éducation du patient est un processus :

- Comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale,
- Concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures hospitalières, les comportements de santé et ceux liés à la maladie,
- Destiné à aider le patient (et sa famille),
  - > à **comprendre** la maladie et les traitements,
  - > à **collaborer** aux soins,
  - > à **prendre** en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales.

#### 4 • Les malades face aux médicaments

La loi HPST renforce plusieurs dispositions permettant de protéger les patients contre les médicaments :

- **Extension du signalement des effets indésirables des médicaments**<sup>1</sup>.
- **Publicité accrue des génériques et des vaccins**. Exemple : publicité des vaccins contre les maladies infantiles.
- **Aide à la prise de médicaments**<sup>2</sup> pour toute personne ne disposant pas d'une autonomie suffisante. Cette aide peut être assurée par toute personne chargée de l'aide aux actes de la vie courante (exemple: aides soignants), dès lors que la nature et la prise du médicament ne présente ni de difficulté d'administration ni d'apprentissage particulier.

#### 5 • La protection des jeunes

La loi HPST harmonise et simplifie l'**interdiction d'alcool** aux plus jeunes. Désormais toute vente d'alcool est interdite aux mineurs de **moins de 18 ans**. Dans ce même ordre d'idée, les « open bars », où l'on pouvait consommer à volonté moyennant une entrée payante, ne sont plus autorisés.

En ce qui concerne le tabac, la loi harmonise les sanctions et **interdit la vente de tabac aux moins de 18 ans**, ainsi que les « cigarettes bonbons » conçues pour attirer les très jeunes.

Enfin, dans le domaine de la contraception des jeunes adultes, la loi **autorise les centres universitaires à délivrer une contraception** (d'urgence ou non) et met en place un accompagnement psychologique et médical envers l'étudiant.

#### 6 • L'extension de la contraception

En matière de contraception, la loi HPST étend les domaines d'intervention:

- Les **infirmiers** obtiennent un droit de renouvellement de prescription des contraceptifs oraux (si celle-ci date de moins d'un an).
- Au-delà d'une année, le **pharmacien** peut à son tour et pour une durée de 6 mois maximum dispenser les mêmes contraceptifs oraux.
- Les **sages-femmes** peuvent désormais prescrire des contraceptifs locaux et hormonaux, y compris en urgence.

## 2 L'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail (ANSES) au cœur de la sécurité sanitaire

Établissement public à caractère administratif, l'ANSES est placée sous la tutelle des ministères chargés de la santé, de l'agriculture, de l'environnement, du travail et de la consommation.

Elle a été créée, sous l'impulsion de la loi HPST, le 1<sup>er</sup> juillet 2010 par la **fusion** de deux agences sanitaires françaises : Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (l'Afsset).

1 : Cf p.39 « Vers une plus grande transparence des informations médicales et personnelles » (point III.A)

2 : Article L.313-26 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Textes de référence : Articles L3231-1 et suivants du CSP • Articles L 1161-1 et suivants du CSP

Ses missions sont les suivantes :

Missions de l'ANSES	<b>Assure</b> des missions de veille, d'expertise et de recherche sur un large champ couvrant la santé humaine, la santé et le bien-être animal, et la santé végétale. Ex : étude de recherche sur le bien-être des poules pondeuses en cages aménagées.
	<b>Appréhende</b> les expositions auxquelles l'homme peut être soumis à travers ses modes de vie et de consommation ou les caractéristiques de son environnement, y compris professionnel. Exemple : Evaluation des risques cancéreux liés aux pratiques alimentaires d'amaigrissement.
	<b>Informe</b> les autorités compétentes, répond à leurs demandes d'expertise et les alerte en cas de crise sanitaire. Exemple : cas des gripes aviaires et porcines.
	<b>Participe</b> aux travaux des instances européennes et internationales, et y représente la France à la demande du Gouvernement

L'ANSES est dotée d'un dispositif original de gouvernance, qui veille à l'impartialité de l'expertise réalisée, ainsi qu'à son ouverture à la société et aux acteurs concernés par les problématiques traités.

Le pilotage de l'Agence est assuré par un Conseil d'administration et un Conseil scientifique.

La déontologie a une place importante dans son mode de gouvernance, avec la constitution d'un comité spécifique : le Comité de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts.

# Vers une plus grande transparence des informations médicales et personnelles

Plusieurs mesures de la loi HPST visent à organiser entre les professionnels de santé la transmission d'information relatives aux patients. En outre, la loi facilite l'accès du patient à certains renseignements et le place au centre du système de soins en tant qu'acteur de l'information.

## 1 La transmission des informations entre professionnels de santé

### A • La transmission des données médicales par les professionnels hospitaliers

La loi HPST renforce les obligations de transmission de données médicales par les professionnels hospitaliers, tant en établissements publics que privés. Ces derniers ont donc pour obligation de transmettre, au médecin DIM (poste de médecin d'information médicale), les **données médicales nominatives nécessaires à la facturation**.

Les praticiens doivent transmettre ces données dans un délai compatible avec les contraintes propres de l'établissement. Toutefois, des informations obligatoires telles que la disponibilité en lits sont à transmettre en temps réel. Si les praticiens ne remplissent pas ces obligations (sur la nature des données et le délai), une retenue sur leur rémunération est alors faite.

Ce renforcement du dispositif d'information a pour but d'améliorer la régulation médicale et d'éviter les difficultés lors de l'orientation des patients.

### B • La transmission d'informations dans les maisons et centres de santé

La loi HPST aménage les règles relatives au secret médical.

Désormais, les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure sous 2 réserves<sup>1</sup> :

- Le recueil du consentement exprès de la personne, par tout moyen, y compris sous forme dématérialisée ;
- L'adhésion des professionnels de santé concernés au projet de santé de la structure.

La personne, dûment informée, peut refuser à tout moment que soient communiquées des informations la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

## 2 La transmission des informations vers le patient

### A • Information sur les dispositifs médicaux fournis

La loi HPST renforce l'information des patients lorsque l'acte délivré par un professionnel de santé libéral inclut la fourniture d'un dispositif médical.

À cet égard, la loi HPST prévoit que l'information écrite délivrée gratuitement au patient devant, de manière dissociée, comprendre<sup>2</sup> :

- Le prix d'achat de chaque élément de l'appareillage proposé ;
- Le prix de toutes les prestations associées ;
- Une copie de la déclaration de fabrication du dispositif médical.

Ces obligations sont étendues aux professionnels de santé exerçant en centres de santé.

**À noter** : La loi Fourcade (du 10 août 2011) modifie ces dispositions. Désormais, l'information délivrée au patient doit simplement **dissocier le prix de vente de l'appareil proposé** (au lieu du prix d'achat) du **montant des prestations de soins assurés par le praticien**. En outre, l'information écrite délivrée au patient doit mentionner le lieu de fabrication du dispositif médical. Le professionnel de santé doit en effet remettre au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés.

1 : Article L.1110-4 du CSP

2 : Article L.1111-8 du CSP.

### B • Le renforcement de l'information sur les tarifs

Les lois HPST et Fourcade étendent aux professionnels de santé exerçant en centres de santé l'obligation pour les professionnels de santé libéraux **d'informer** le patient, avant l'exécution d'un acte médical, sur son **coût** et les **conditions de son remboursement** par les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, la loi Fourcade prévoit que les sites **Internet** des établissements de santé doivent comporter des informations sur les **tarifs** et les **honoraires** des professionnels de santé qui y exercent. **Le site Internet de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie peut publier ces informations.**

### C • Levée de l'anonymat suite à un dépistage anonyme

Dans le cadre d'un dépistage anonyme (maladies transmissibles telles que le VIH, hépatites...), le médecin peut désormais lever l'anonymat lorsque l'intérêt de la personne testée l'exige et à la condition de recueillir son consentement exprès, libre et éclairé<sup>1</sup>. En pratique, cette mesure permet aux médecins d'engager une démarche de soins immédiate vis-à-vis de populations fragiles qui se soumettent au dépistage mais ne sont pas nécessairement capables de se présenter spontanément à nouveau pour susciter les soins dont elles ont besoin.

## 3 Informations médicales et personnelles : interaction entre le système de soins et le patient

### A • La déclaration des effets indésirables des médicaments

**Nouveau** : La loi HPST pose le principe de la déclaration par le patient de l'effet indésirable lié à un médicament. Auparavant, cette déclaration ne pouvait être faite que par les professionnels de santé.

La déclaration-patient : mode d'emploi	
Que déclarer ?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les effets indésirables que le patient ou son entourage suspecte d'être liés à l'utilisation d'un ou plusieurs médicaments</li><li>• Les abus ou erreurs médicamenteuses (avérés ou potentiels)</li></ul>
Qui déclare ?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les patients ou leur représentant (exemple : les parents représentants d'un enfant)</li><li>• Les associations agréées que pourrait solliciter le patient</li></ul>
Quand et comment ?	Le plus tôt possible, après la survenance du ou des effets indésirables, à l'aide d'un formulaire spécifique (Cf « à noter » ci-dessous).
A qui ?	Directement au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont le patient dépend géographiquement (coordonnées au dos du formulaire)
Pourquoi une déclaration patient ?	<ul style="list-style-type: none"><li>• Optimiser la surveillance du risque lié au médicament</li><li>• Élargir la base de recueil des effets indésirables : le patient devient bénéficiaire et acteur d'une meilleure sécurité d'emploi des médicaments.</li></ul>

**À noter** : L'Afssaps met à disposition des patients, sur son site internet, un formulaire de déclaration d'effet indésirable ainsi qu'un guide d'utilisation : [http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Declarer-un-effet-indesirable-lie-a-l-utilisation-d-un-medicament/\(offset\)/4](http://ansm.sante.fr/Activites/Pharmacovigilance/Declarer-un-effet-indesirable-lie-a-l-utilisation-d-un-medicament/(offset)/4)

1 : Articles L.3121-2 et L.3121-2-1 du CSP

Textes de référence : Articles L.1111-14 et suivants du CSP • L'article L.161-36-4 du CSP • Décret n°2011-655 du 10 juin 2011 • Article L1111-3 CSP



## B • Le Dossier Médical Personnalisé (DMP)

Le dossier médical personnel a été créé par la loi du 13/08/2004 puis relancé par la loi HPST dans un contexte de gouvernance renouvelée.

LE DMP : Informations essentielles	
Données renseignées par le professionnel	Diagnostic, médicaments, soins et traitements reçus
Objectifs	Coordination, qualité et continuité des soins
Personnes y ayant accès	Patient, professionnels de santé, médecin coordinateur en cas d'hébergement en établissement médico-social, ayants droit en cas de décès du patient
Accès interdit	A toute autre personne ou service : particulièrement aux banques, assurances et à la médecine du travail (même avec l'accord du patient)
Modalités	Service dématérialisé sécurisé
Durée de conservation des données	10 ans
Obligatoire ?	Non au choix du patient
Entrée en vigueur	Période de test en cours sur toute la France depuis décembre 2011 jusque décembre 2013
Nombre de DMP actuellement	158 000 (sur 52 millions de bénéficiaires de l'assurance maladie)

Il existe également un dossier pharmaceutique créé avec le consentement du patient dans lequel les pharmaciens *d'officine* ou d'établissements renseignent l'ensemble des médicaments reçus par le patient. Ce dossier alimente le DMP.

**Focus : L'archivage des dossiers patients par les professionnels de santé s'effectue par une dématérialisation des données de santé.** Par manque de place, certains établissements de santé ont des difficultés à conserver sur support papier les données de santé à caractère personnel de leurs patients. La loi HPST les a donc autorisés à confier l'hébergement de ces dossiers à des tiers agréés sous réserve du consentement exprès de la personne concernée.

**Agence Régionale de Santé (ARS)** : Établissement public administratif de l'État chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans une région. L'ARS rassemble au niveau régional les ressources de l'État et de l'Assurance maladie, pour renforcer l'efficacité collective et garantir l'avenir du service public de la santé.

**Aide à la prise de médicaments** : Modalité d'accompagnement de la personne dans les actes de sa vie courante, lorsque les personnes ne disposent pas d'une autonomie suffisante pour prendre seules le traitement prescrit par un médecin à l'exclusion de tout autre.

**Aide Médicale d'État (AME)** : Instaurée en 2000, l'AME vise à assurer aux personnes étrangères en situation irrégulière, en France depuis plus de trois mois, la prise en charge de leurs soins de santé sans avance de frais.

**Aide pour l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)** : Instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé s'adresse aux assurés dont les revenus sont un peu trop élevés pour bénéficier d'une complémentaire gratuite (dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire Cf CMUC).

**Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP)** : Chargée par les pouvoirs publics d'élaborer et de mettre en œuvre une politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé.

**Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)** : Établissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions. Les objectifs opérationnels de la CNSA sont de rendre plus adéquates les réponses individuelles et collectives aux attentes et besoins des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, chercher à objectiver les besoins et évaluer l'impact des réponses apportées (mission d'expertise), partager l'information et clarifier les enjeux, avoir une démarche participative avec les acteurs locaux et développer la mutualisation des pratiques.

**Chèque santé** : Aide accordée par la Sécurité Sociale aux personnes à faible revenus pour leur permettre de souscrire une complémentaire santé.

**Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** : Document stratégique et outil privilégié de déploiement de la politique de santé publique et de dialogue entre les établissements et l'ARS. Son contenu doit assurer le pilotage de l'activité, de l'accès aux soins et veiller à la pertinence des soins, des actes et de l'utilisation des produits de santé.

**Conseil de surveillance** : Le conseil de surveillance est un organe non exécutif ayant pour mission de veiller au bon fonctionnement d'un établissement public de santé.

**Couverture maladie universelle (CMU)** : La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

**Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** : La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une protection complémentaire santé gratuite. Toute personne résidant en France de façon stable et régulière et ayant des ressources ne dépassant pas un plafond révisé tous les ans. Les bénéficiaires du RSA (ex-RMI) ont automatiquement droit à la CMU-C.

**Démocratie sanitaire** : La participation des usagers aux côtés d'autres opérateurs (professionnels, médico-social, collectivités locales) vise à l'amélioration de la qualité du système de santé, y compris la proximité des soins. Elle devrait concerner tous les établissements, publics et privés, cabinets de groupe et activités libérales, réseaux et chaînes de traitements. Cette démocratie repose sur le principe de la liberté du malade de choisir entre les soignants, à condition qu'il soit informé sur le lieu, la qualification, le prix, des offreurs de soins (transparence), et des frais qui resteront à sa charge.

**Dépassements d'honoraires** : Partie des honoraires pratiqués par un professionnel de santé conventionné supérieure au tarif de Convention. Le dépassement d'honoraire n'est pas pris en charge par le régime obligatoire.

**Déserts médicaux** : Zone où la densité médicale est inférieure de 30% à la moyenne nationale et où le niveau d'activité est supérieur de 30%.

**Éducation thérapeutique** : L'éducation du patient est un processus continu comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et procédures de soins.

**Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)** : Structure médico-sociale, l'EHPAD accueille des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), en perte d'autonomie.

**Gestion des risques sanitaires** : Approche qui permet d'avoir une vision globale des risques et d'en faciliter la maîtrise. Elle vise à mettre en place des actions préventives et correctives en fonction des risques identifiés. Elle s'appuie sur une gestion des risques dits a priori (avant la survenue de l'événement indésirable) et a posteriori (après la survenue de l'événement indésirable ou juste avant qu'il ne se produise).

**Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)** : Le GCS peut être constitué entre plusieurs établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux. Doté de la personnalité morale de droit public ou privé, il permet les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux et la réalisation ou la gestion, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêts communs.

**Hospitalisation à domicile (HAD)** : Structure de soins alternative à l'hospitalisation, intervenant sur prescription médicale, assurant des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés à domicile, pour une période limitée mais renouvelable. Elle a pour finalité de réduire ou d'éviter l'hospitalisation classique, permettant ainsi à une personne malade d'être suivie dans son environnement familial et quotidien.

**Missions de service public** : Missions générales ou prestations particulières qui sont due par l'état à tous les citoyens appelés usagers.

**Officine** : Établissement affecté à la dispensation des médicaments, produits et objets réservés aux pharmaciens, seuls habilités à exécuter les ordonnances.

**Pôle d'activité** : Regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherches communes ou complémentaires.

**Projet d'établissement** : Le projet d'établissement détermine les activités propres à chaque établissement de santé, sous forme d'objectifs et de programmes d'action.

**Projet médical** : Le projet médical définit le choix et le champ des activités médicales, la nature et les modalités des prestations à assurer, ainsi que les modes d'évaluation des établissements de santé.

**Projet Régional de Santé (PRS)** : Outil stratégique qui permet de répondre aux objectifs de l'ARS en assurant une cohérence de l'ensemble de l'action publique régionale sur le champ de la santé.

**Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)** : planifie la couverture et l'offre de soins pour une population donnée (Hôpitaux, soins à domiciles...).

**Service public hospitalier** : Le service public hospitalier correspond à une mission d'intérêt général du domaine hospitalier qui repose sur des principes et des obligations, dont en premier lieu les garanties d'égalité d'accès aux soins, de continuité des soins et d'une adaptation continue de ces soins. Ce service public a pour mission l'accès médical à toutes les personnes, de l'accueil des patients au suivi des soins pratiqués.

**Télémédecine** : La télémédecine regroupe les pratiques médicales permises ou facilitées par les télécommunications qui permettent la prestation de soins de santé à distance et à l'échange de l'information médicale s'y rapportant.

**Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)** : Créée par la loi de réforme de l'Assurance Maladie d'août 2004, elle regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général, le régime agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI). Le rôle de l'UNCAM est de conduire la politique conventionnelle, définir le champ des prestations admises au remboursement et fixer le taux de prise en charge des soins.

**Veille sanitaire**: Action de surveillance de l'état de santé d'une population afin de prévenir des menaces d'épidémies.

# Adhérer à Intégrance

c'est aussi

agir

en faveur  
du

# handicap



Contactez-nous :

**APPEL GRATUIT** depuis un poste fixe **0 800 10 30 14** / [www.integrance.fr](http://www.integrance.fr)

Les personnes sourdes ou malentendantes  
peuvent nous contacter par fax :

**01 44 92 42 54**

Pour trouver l'agence  
la plus proche de chez vous,  
rendez-vous sur

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

Votre agence