

La loi de modernisation de notre système de santé

Synthèse documentaire

Mai 2021

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-de-modernisation-du-systeme-de-sante-francais.pdf

Sommaire

En guise d'introduction	4
Chronologie de la loi	6
Contenu de la loi.....	10
TITRE LIMINAIRE : RASSEMBLER LES ACTEURS DE LA SANTE AUTOUR D'UNE STRATEGIE PARTAGEE	10
TITRE I : RENFORCER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE	11
Chapitre I : Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé	11
Chapitre 2 : Lutter contre le tabagisme	15
Chapitre III : Soutenir les services de santé au travail	16
Chapitre IV : Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé	17
Chapitre V : Informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement	18
Chapitre VI : Informer et protéger les populations face aux risques liés aux accidents de la vie courante	21
TITRE II : FACILITER AU QUOTIDIEN LE PARCOURS DE SANTE DES FRANÇAIS	21
Chapitre I : Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé	21
Chapitre II : Faciliter l'accès aux soins de premier recours	24
Chapitre III : Garantir l'accès aux soins.....	26
Chapitre IV : Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé ..	27
Chapitre V : Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient.....	29
Chapitre VI : Ancrer l'hôpital dans son territoire	29
TITRE III : INNOVER POUR GARANTIR LA PERENNITE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE	33
Chapitre I : Innover en matière de formation des professionnels	33
Chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain	34
Chapitre III : Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins	38
Chapitre IV : Développer la recherche et l'innovation en santé au service des usagers	40
TITRE IV : RENFORCER L'EFFICACITE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE	41
Chapitre I : Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS.....	41
Chapitre II : Renforcer l'alignement stratégique entre l'Etat et l'Assurance maladie	44
Chapitre III : Réformer le système d'agences sanitaires	45

Chapitre IV : Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits	47
Chapitre V : Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé	50
Chapitre VI : Renforcer le dialogue social	51
TITRE V : MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'HARMONISATION	53
Aspects réglementaires.....	57
PROJETS DE LOI SUCCESSIFS	57
LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI	58
LES TEXTES MODIFIANT LA LOI	58
LES TEXTES D'APPLICATION	59
Bibliographie	65
AVIS ET RAPPORTS EX ANTE	65
ANALYSES D'ENSEMBLE DE LA LOI.....	69
Articles	69
Ouvrages	73
ANALYSES PONCTUELLES	77
Articles	77
Ouvrages	104
RAPPORTS EX POST.....	111
OPEN DATA	115
Ressources électroniques.....	123

En guise d'introduction

Dix ans après la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, la ministre de la santé, Marisol Touraine, a présenté le 19 juin 2014, les grandes orientations du projet de loi relatif à la santé.

Adopté en Conseil des ministres, le 15 octobre 2014, ce projet de loi s'inscrit dans une certaine continuité de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009.

Il se base, d'une part, sur les réflexions et analyses de la Stratégie nationale de santé lancée par le gouvernement en 2013 et relayée en région par quatre mois de débats organisés par les agences régionales de santé.

Il s'appuie, d'autre part, sur de nombreux travaux préparatoires : les dix-neuf recommandations du Comité des Sages, présidé par Alain Cordier ; les propositions de rapports officiels comme ceux présidés par Claire Compagnon sur la démocratie sanitaire, par Bernadette Devictor sur le Service public territorial de santé (SPTS) et le Service public hospitalier (SPH), et celui présidé par Edouard Couty sur le pacte de confiance à l'hôpital.

L'objectif de cette loi santé est de s'attaquer aux inégalités de santé, en affirmant la place déterminante de la prévention et de l'éducation en santé et en installant un parcours de soins, c'est-à-dire une prise en charge dans la proximité et la continuité.

- Côté médecine de ville, les principales mesures portent sur la généralisation du tiers payant à l'horizon 2017 et l'élargissement du dispositif du médecin traitant aux enfants et adolescents de moins de seize ans.
- Côté hôpital, il instaure un nouveau service public hospitalier (SPH), dont seuls les établissements publics seraient membres de droit. Les cliniques, pour y être éligibles, pourraient être contraintes de renoncer totalement aux dépassements d'honoraires.

Le projet de loi a suscité des avis positifs de la part de certaines associations comme le Collectif Interassociatif sur la Santé (CISS) ou Médecins du Monde, notamment sur les dispositions relatives à la réduction des obstacles à l'accès aux soins. Mais ces institutions soulignaient néanmoins que ces avancées étaient très insuffisantes par rapport aux objectifs fixés par la Stratégie nationale de santé et la réalité des besoins.

Mais plusieurs dispositions du projet de loi ont provoqué des mouvements de fronde dans le secteur médical.

En ville, les critiques principales ont porté sur la généralisation du tiers payant à l'horizon 2017, l'élargissement du dispositif du médecin traitant aux enfants et adolescents de moins de seize ans, l'instauration de missions de pratiques avancées pour les paramédicaux, le renforcement du pouvoir des agences régionales de santé (ARS), l'adaptation régionale de la convention médicale, ou encore les réformes incertaines du développement professionnel continu (DPC) et du dossier médical partagé (DMP) – ce dernier serait désormais piloté par la Caisse nationale de l'Assurance maladie (Cnamts).

Du côté de l'hôpital, le courroux s'est concentré sur les critères du nouveau service public hospitalier (SPH) dont seuls les établissements publics devaient être membres de droit et le fait que les cliniques, pour y être éligibles, devraient renoncer totalement aux dépassements d'honoraires. La Fédération hospitalière de France (FHP) a dénoncé la démolition du secteur hospitalier privé. Piloté par les agences régionales de santé, le futur "service territorial de santé au public" prévu par la loi, centré sur

l'hôpital public, passait également très mal. Des praticiens y voyaient un pas vers le conventionnement sélectif et la fin de la liberté d'installation.

En vue de désamorcer les conflits politiques et professionnels ainsi que le mouvement frondeur des médecins, la ministre de la Santé mit en place 4 groupes de travail avec les professionnels pour améliorer le projet avant qu'il ne soit débattu à l'Assemblée nationale au premier semestre 2015.

Ces groupes portaient sur les thématiques suivantes : le tiers payant, l'organisation des soins de proximité dans les territoires, l'évolution de certaines compétences médicales, les liens entre médecins spécialistes, cliniques privées lucratives et service public hospitalier. Deux autres réflexions plus spécifiques traitèrent de la revalorisation de la médecine générale et de la place de la médecine spécialisée libérale dans le système de soins. Une mission sur l'accompagnement des patients fut aussi confiée à Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé.

Après tout ce cheminement et ces péripéties, le texte qui comportait initialement 57 articles répartis en cinq titres en comportait 227 lors de son adoption en lecture définitive par l'Assemblée nationale, le 17 décembre 2015.

Son intitulé fut aussi changé en projet de loi « *de modernisation de notre système de santé* ».

La quasi-intégralité des dispositions de la loi adoptée par le Parlement a été validée par le Conseil constitutionnel, le 21 janvier 2016.

Deux dispositions toutefois ont été déclarées contraires à la Constitution:

- L'article 83 relatif au tiers payant généralisé : les Sages ont censuré les dispositions qui permettaient la dispense de l'avance des frais pour la part couverte par la complémentaire santé. Le Conseil estime que si l'article en question garantit au professionnel de santé la part de remboursement par l'assurance maladie, en fixant un délai maximal, en revanche, s'agissant du dispositif mis en place pour le remboursement de la part des complémentaires santé, il écrit : "En se bornant à édicter une obligation sans assortir cette obligation des garanties assurant la protection des droits et obligations respectifs du professionnel de santé et de l'organisme d'assurance maladie complémentaire, le législateur a méconnu l'étendue de sa compétence". Le tiers payant ne portera donc que sur la part obligatoire.
- L'article 107, paragraphe IX, qui habilite le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures permettant de définir des règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics faisant partie à un même groupement hospitalier de territoire, dès lors que la disposition contestée omettait de fixer la date à laquelle le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement.

En revanche, le Conseil constitutionnel a jugé conforme à la Constitution les autres dispositions de la réforme Touraine, à commencer par le paquet neutre de tabac, la suppression du délai avant IVG ou les expérimentations de salles de shoot, comme la nouvelle définition de la participation au Service public hospitalier.

En effet, en créant le Service public hospitalier, la loi en avait exclu les cliniques dès lors qu'un médecin y pratiquait des dépassements d'honoraires, ce qui est le modèle économique de 90 % des cliniques françaises. Le Conseil a estimé que "les dispositions contestées n'ont pas pour effet d'empêcher les établissements de santé privés d'être habilités à assurer ce service dès lors qu'il leur est loisible de recruter des médecins ne pratiquant pas au sein de leurs établissements des dépassements de tarifs et d'honoraires".

Après un cadrage chronologique sur l'état d'avancement du projet de loi, l'objectif de cette synthèse est d'en analyser les principales dispositions et de proposer quelques éléments bibliographiques (rapports, articles...) ainsi que des ressources électroniques.

Chronologie de la loi

Site Dates	Evénements	Sites
3 juillet 2012	<p>Annonce d'une Stratégie nationale de santé par le Premier ministre, Jean-Marc Ayrault</p> <p>Déclaration de politique générale du Premier ministre devant l'Assemblée nationale</p>	<p>Site de l'Assemblée nationale</p> <p>Site de Vie publique</p>
16 janvier 2013	<p>Lancement officiel de la Stratégie nationale de santé par le Gouvernement</p> <p>Communication au Conseil des ministres du 16 janvier 2013</p>	<p>Portail du gouvernement</p>
8 février 2013	<p>Lettre de mission de la Ministre chargée des affaires sociales et de la santé pour coordonner les travaux du Comité des Sages chargés de préfigurer la Stratégie nationale de santé</p>	<p>Site du ministère chargé de la santé</p>
23 septembre 2013	<p>A l'occasion de la remise du rapport d'Alain Cordier, Marisol Touraine présente la Stratégie nationale de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Feuille de route • Rapport Cordier
Octobre 2013 à février 2014	<p>Débats en régions organisés par les 26 agences régionales de santé sur les grandes thématiques définies dans la Stratégie nationale de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Synthèse des débats régionaux • Video de restitution des débats
19 juin 2014	<p>Présentation des grandes orientations de la loi santé par Marisol Touraine</p>	<p>http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/marisol-touraine-presente-les-orientations-de-la-loi-de-sante</p>
15 octobre 2014	<p>Présentation du projet de loi en Conseil des ministres</p>	<p>http://www.gouvernement.fr/conseil-des-ministres/2014-10-15</p>

		Texte n° 2302 de Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014
20 janvier 2015	<p>Création de de quatre groupes de travail avec les professionnels de santé pour faire évoluer le texte avant son passage au Parlement</p> <p>Les thématiques suivies sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le tiers payant ; - l'organisation des soins ; - l'évolution de certaines compétences médicales ; - les liens entre médecins spécialistes, cliniques privées lucratives et service public hospitalier. <p>Deux autres initiatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une réflexion sur la médecine générale et le médecin traitant animée par le professeur Pierre-Louis Druais . - Une seconde réflexion sur le rôle de la médecine spécialisée animée par le docteur Yves Decalf. 	http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/loi-de-sante-marisol-touraine-annonce-quatre-groupes-de-travail-avec-les
24 février 2015	La Ministre confie à Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé, une mission sur l'accompagnement des patients (article 22 du projet de loi).	http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/marisol-touraine-confie-une-mission-a-christian-saout-sur-l-accompagnement-des
9 mars 2015	La ministre présente les évolutions du projet de loi après la consultation des groupes de travail.	http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/annee-2014/article/loi-de-sante-marisol-touraine-reaffirme-les-grandes-orientations-du-texte-et
16 mars 2015	Engagement de la procédure accélérée par le gouvernement	
17 mars 2015	Début de l'examen du texte par la Commission des Affaires sociales	

19 mars 2015	Adoption du projet de loi modifié par la Commission des affaires sociales (CAS) de l'Assemblée nationale	
31 mars 2015	Début d'examen du projet de loi à l'Assemblée nationale	
14 avril 2015	Adoption en première lecture du projet de loi par l'Assemblée (Texte n° 505)	Texte n° 505 adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015
22 mai 2015	L'examen du projet de loi commence à la Commission des Affaires sociales (CAS) du Sénat.	Texte n° 406 (2014-2015) transmis au Sénat le 15 avril 2015
15 juillet 2015	Audition de Marisol Touraine à la Commission des Affaires Sociales (CAS) du Sénat.	
20 juillet 2015	Saisie pour avis de 17 articles du projet de loi de modernisation de notre système de santé, la commission de l'Aménagement du territoire et du développement durable , a adopté plusieurs amendements : - Pour lutter contre les déserts médicaux, elle propose un dispositif de conventionnement sélectif pour les médecins, introduisant le principe "une installation pour un départ" dans les zones sous-dotées. Un système existant pour certaines professions (infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, chirurgiens-dentistes) et "ayant fait les preuves de son efficacité". - En amont, la commission préconise d'agir sur la formation des jeunes médecins par l' "immersion précoce des étudiants en environnement professionnel", via un stage d'initiation à la médecine générale dès le deuxième cycle.	

	De son côté, la commission des Lois propose notamment de limiter l'action de groupe en santé aux associations d'usagers agréés au niveau national et d'encadrer l'accès des sociétés privées aux données de santé détenues par les administrations publiques.	
22 juillet 2015	Discussion de la loi à la Commission des affaires sociales du Sénat Adoption de 206 amendements et suppression de 50 articles, dont notamment l'article 18 relatif à la généralisation du tiers payant. Changement transitoire puisque le dernier mot appartient à l'Assemblée nationale.	Site du Sénat
14-18 septembre 28 septembre- 1er octobre-	Examen du texte en première lecture au Sénat dans le cadre d'une autre session extraordinaire. 7 jours quasi à temps plein ont été nécessaires pour étudier les quelques 200 articles et 240 pages du texte issu de l'Assemblée. Sans compter les amendements de la majorité sénatoriale.	Dossier législatif du Sénat
6 octobre 2015	Vote solennel au Sénat	Projet voté par le Sénat
27 octobre 2015 Mi novembre 2015	Examen au CMP (Commission mixte paritaire). En raison des attentats du 14 novembre report de la loi	Echec de la CMP Dossier législatif
1 ^{er} décembre 2015	Vote de la loi en 2 ^e lecture à l'Assemblée nationale	Texte n° 168 http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0618.asp
9 décembre 2015	Opposition de la CAS au Sénat au projet de loi	Sénat http://www.senat.fr/presse/cp20151209.html
14 décembre 2015	Vote de la loi en 2 ^e lecture au Sénat	Sénat

	Rejet	http://www.senat.fr/petite-loi-ameli/2015-2016/209.html
17 décembre 2015	Adoption définitive de la loi à l'Assemblée nationale	Assemblée nationale http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0650.asp
21 décembre 2015	Saisine de la loi par les députés LR Examen au Conseil constitutionnel	
21 janvier 2017	Avis du Conseil constitutionnel	Décision 2015-727 DC
27 janvier 2016	Parution au journal officiel	LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,

Contenu de la loi

[LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,](#) (Journal officiel du 27 janvier 2016)

[Décision 2015-727 DC](#) du Conseil Constitutionnel

Tout au long de la législature, le projet de loi de modernisation de notre système de santé a subi de profonds remaniements. De nombreux articles du texte de loi ont été soit ajoutés, soit supprimés, soit reformulés.

Les Notes de Nile permettent de comparer le contenu de la loi de modernisation de notre système de santé à différentes étapes du processus législatif, notamment entre la version du texte adopté le 14 avril 2015 ([Texte n° 5](#)) et la version définitive parue au journal officiel du 27 décembre 2015¹

Cette synthèse reprend les principales dispositions formulées dans la version définitive de la loi.

La loi propose ainsi (liminaire) de rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée et s'articule autour des cinq titres suivants :

- Titre I : renforcer la prévention et la promotion de la santé ;
- Titre II : faciliter au quotidien le parcours de santé des Français ;
- Titre III : Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé ;
- Titre IV : Renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire ;
- Titre V : Mesures de simplification et d'harmonisation.

TITRE LIMINAIRE : RASSEMBLER LES ACTEURS DE LA SANTE AUTOUR D'UNE STRATEGIE PARTAGEE

Article 1er : Responsabilité de l'Etat et définition de la politique de santé

¹ Nile. Petite loi de modernisation de notre système de santé. 14 avril 2015

Voir aussi la rubrique « Ressources électroniques » de cette synthèse

- Création d'une union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé : cette union est habilitée à donner ses avis aux pouvoirs publics, à animer un réseau des associations agréées d'usagers au niveau national et régional, à agir en justice, à représenter les usagers auprès des pouvoirs publics.
- La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun
- Responsabilité de l'Etat dans la conduite de la politique de santé
- Finalités de la politique de santé : amélioration de l'état de santé de la population, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'égalité entre les femmes et les hommes
- La politique de santé comprend l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile et la prise en charge solidaire des conséquences de la maladie, de l'accident et du handicap
- Elle tient compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières
- Les organisations représentatives des professionnels de santé, les associations agréées et les organismes gestionnaires des régimes d'assurance-maladie participent à la mise en oeuvre de la politique de santé
- Mise en place d'une consultation de différents acteurs sur les projets de réformes portant sur la politique de santé, à l'exception des lois de financement de la sécurité sociale et des lois de finance. Les modalités de mise en œuvre, les mesures de suivi et d'évaluation spécifiques sont précisées par voie réglementaire.

Article 2 : Objectifs propres aux outre-mer dans la stratégie nationale de santé

- La stratégie nationale de santé prend en compte le développement de la coopération régionale en matière sanitaire en outre-mer

TITRE I : RENFORCER LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

Chapitre I : Soutenir les jeunes pour l'égalité des chances en santé

Article 3 : Promotion de la santé en milieu scolaire

- Mise en place d'un « parcours éducatif en santé » qui repose sur deux grands axes : l'apprentissage de la prise de soin de soi et d'autrui, et la sensibilisation et la prévention des conduites à risques ;
- Les programmes d'éducation à la santé développent les connaissances des élèves à l'égard des services de santé ;
- Actions de promotion de la santé en milieu scolaire conduites conformément aux orientations nationales de la politique de santé et définies par les autorités académiques en lien avec les agences régionales de santé, les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie concernés.

Article 4 : Extension de la promotion de la santé à des acteurs de proximité non professionnels de santé

- Dans un démarche de responsabilisation, des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont mises en place.

- L'objectif est de compléter les initiatives institutionnelles en matière de prévention et d'éducation à la santé par des actions de proximité et de prévention partagée.

Article 5 : Adaptation de la loi aux évolutions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS)

- Possibilité de mobiliser les SUMPPS notamment pour les étudiants de l'établissement auquel ils sont rattachés afin d'atteindre les objectifs en faveur de l'accès aux soins de premier recours.

Article 6 : Reconnaissance du rôle de prévention, d'éducation et d'orientation des Missions Locales

- Prise en compte par les acteurs de la santé du rôle important que jouent les Missions Locales en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'accès des jeunes aux droits sociaux ;
- Il ne s'agit pas de créer une charge supplémentaire mais bien de reconnaître une mission déjà remplie par les Missions Locales

Article 7 : Dispense d'obtention du consentement de l'autorité parentale au regard de la sauvegarde de la santé sexuelle et reproductive d'une personne mineure

- Dérogation applicable également aux infirmiers dans le cadre d'actes de prévention et de dépistage ou lorsqu'il s'agit de sauvegarder la santé sexuelle d'une personne mineure de 15 ans et plus.

Article 8 : Informer sur les conduites à risque pour l'audition

- Donner lors de la Journée défense et citoyenneté des informations sur les conduites susceptibles de causer des troubles de l'audition, parmi lesquelles l'écoute de musique à un volume trop élevé ou pendant une durée excessive.

Article 9 : Obligation d'informer les jeunes sur la possibilité d'effectuer un bilan complet

- Ce bilan va au-delà d'une visite médicale et comprend un ensemble d'examen permettant de faire un point global sur l'état de santé.

Article 10 : Suppression du caractère exceptionnel et de la condition de détresse caractérisée dans le cadre de la délivrance des contraceptifs d'urgence

- Souligner l'importance, en matière de promotion de la santé maternelle et infantile, de la continuité des questions de santé dans le domaine de la sexualité et dans celui de la reproduction ;
- Autoriser l'infirmier scolaire à administrer une contraception d'urgence et lui donner la possibilité d'orienter l'élève vers un centre de planning familial après cet acte.

Article 11 : Renforcement de l'information sur l'ensemble des méthodes contraceptives existantes

- Obligation à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences d'informer sur les méthodes contraceptives. L'information délivrée concerne l'ensemble des méthodes contraceptives.

Article 12: Mesures de lutte contre la consommation de l'alcool jusqu'à l'ivresse

- Proposition d'une infraction spécifique, dans le cadre des infractions liées au bizutage, pour l'incitation au « binge drinking ».
- Instauration d'une infraction sur la provocation à la consommation excessive d'alcool à l'égard des mineurs.
- Intégration d'une prévention ciblée à destination des jeunes dans les campagnes de lutte contre l'alcoolisme.
- Décret en Conseil d'Etat précisant les types et caractéristiques des objets (t-shirts, accessoires) contribuant à diffuser une image festive et conviviale de l'ivresse.

Article 13 : Les contenus liés à une région de production ou au patrimoine culturel , gastronomiques ou paysagers liés à une boisson alcoolisée ne relèvent pas de la publicité et de la propagande.

- Apporter une clarification à la législation existante en distinguant publicité et contenu journalistique, informatif, tels que les reportages.

Article 14 : Etiquetage des denrées alimentaires

- Mise en place d'une déclaration nutritionnelle ;
- Révision régulière de l'information à caractère sanitaire dans les messages publicitaires dans le but de contrer la baisse d'efficacité résultant de l'habitude de les voir ;
- Accompagnement éventuel de la déclaration d'une présentation ou d'une expression au moyen de graphiques ou symboles ;
- Décret en Conseil d'Etat pour les recommandations de l'autorité administrative en la matière ;
- Recommandations établies après avis de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation.

Article 15 : Le gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'amélioration de l'information nutritionnelle dans la restauration collective dans les six mois à compter de la promulgation de la loi.

Article 16 : Interdiction de mise à disposition de boissons sucrées en libre service

- Il est interdit d'offrir à volonté des boissons avec ajout de sucres en lieu ouvert au public ou recevant du public, qu'elles soient payantes ou non ;
- L'accès libre est considéré dès lors que le client peut se resservir lui-même autant de fois qu'il le souhaite ;

- Le présent article rentrera en vigueur douze mois après la promulgation de la loi.

Article 17 : Financement des actions de prévention de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)

- Obligation pour les messages publicitaires sur internet en faveur de boissons sucrées et aliments manufacturés de contenir une information à caractère sanitaire .
- Porter de 1,5% à 5% le taux de la taxe sur les messages publicitaires concernant ces boissons et aliments.

Article 18 : Prévention et diagnostic précoce de l'ensemble des troubles du comportement alimentaire

- Contribution de la politique de santé à la prévention et au diagnostic précoce des troubles des conduites alimentaires.

Article 19 : Information au public des retouches réalisées sur les photographies de mannequins

- Ajout de la mention « photographie retouchée » pour les photographies à usage commercial de mannequins dont l'apparence corporelle a été modifiée
- Les modalités d'application et de contrôle sont déterminées par décret en Conseil d'Etat au plus tard le 1er janvier 2017 et après avis des autorités compétentes

Article 20 : Interdiction d'exercer une activité de mannequin pour les personnes en état de dénutrition

- L'exercice de l'activité de mannequin est conditionné à la délivrance d'un certificat médical attestant que l'évaluation globale de l'état de santé du mannequin, évalué notamment au regard de son indice de masse corporel est compatible avec l'exercice du métier sous peine de 75 000 € d'amende et six mois d'emprisonnement.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et du travail et pris après avis de la HAS définit les modalités d'application de cette disposition.

Article 21 : Encadrement de la pratique du bronzage artificiel

- Interdiction de la pratique du bronzage artificiel pour les mineurs.
- Interdiction de la publicité relative à ces prestations.
- Toute offre des prestations de service est accompagnée d'une information sur les risques pour la santé liés au bronzage artificiel.
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de ces dispositions.

Chapitre 2 : Lutter contre le tabagisme

Article 22 : Interdiction de l'utilisation d'arômes pour les cigarettes et le tabac à rouler

- Mesure qui s'inscrit dans le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 ;
- Entrée en vigueur le 20 mai 2016 et le 20 mai 2020 pour les arômes dont les parts de marché sont importantes (par exemple le menthol) ;
- Un décret précise les conditions d'application du présent article.

Article 23 : Interdiction de la publicité en faveur des dispositifs de vapotage

- Un décret précise les conditions d'application du présent article.

Article 24 : Restriction de la vente de tabac aux mineurs

- La personne qui vend un produit contenant du tabac exige que le client apporte la preuve de sa majorité.

Article 25 : Encadrement des débits de tabac autour des établissements publics, scolaires, de formation et de loisirs

- Un arrêté fixe les seuils de distances à respecter.

Article 26 : Obligation d'information des acteurs du tabac sur leurs dépenses de communication et actions de lobbying

- Les fabricants, importateurs, distributeurs de produits de tabac, ainsi que les entreprises, les organisations professionnelles ou les associations les représentant adressent chaque année au ministre de la santé un rapport détaillant leurs dépenses liées à des activités d'influence ou de représentation d'intérêts sous peine d'une amende de 45 000 €.
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions du présent article. ;
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

Article 27 : Neutralité des emballages de produits du tabac

- Les emballages, suremballages et unités de conditionnement des cigarettes, du tabac à rouler, du papier à cigarette et du papier à rouler sont neutres et uniformisés ;
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions du présent article.

Article 28 : Réglementation du vapotage

- Interdiction de vapoter dans la majorité des lieux où il est actuellement interdit de fumer : établissements scolaires et établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, moyens de transport collectifs fermés, lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

- Les entreprises et les établissements scolaires mettent en place en leur sein des emplacements réservés à l'usage des dispositifs électroniques de vapotage.
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.

Article 29 : Interdiction de fumer dans les voitures en présence d'un enfant de moins de 18 ans

Article 30 : Instauration d'une sanction pénale pour le non-respect du paquet générique

- Entrée en vigueur le 20 mai 2016.

Article 31 : Extension du contrôle au vapotage et habilitation des polices municipales à contrôler les infractions liées au tabac

- Possibilité pour les agents de police municipale, les gardes champêtres, les agents de surveillance de Paris ainsi que les agents de la ville de Paris de procéder à des contrôles afin de s'assurer du respect de la législation anti-tabac. .
- Proposition s'inscrivant dans le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019.

Article 32 : Renforcement des sanctions pour lutter contre la contrebande de tabac

Article 33 : Amélioration de la traçabilité des données liées aux opérations de produits de tabac

- Instauration d'un contrôle par un tiers indépendant ;
- Modalités fixées par décret.

Article 34 : Extension de la compétence d'homologation des prix du tabac à la ministre de la santé

- Les conditions d'application du présent décret sont définies en Conseil d'Etat.

Article 35 : Remise du Gouvernement au Parlement d'un rapport présentant les améliorations de la situation sanitaire permises par la mise en application des dispositions de lutte contre le tabagisme de la présente loi avant le 31 décembre 2016.

Chapitre III : Soutenir les services de santé au travail

Article 36 : Création d'une passerelle permettant aux collaborateurs médecins de remplir les fonctions de médecin du travail

- Conditions d'exercice de la médecine du travail par les collaborateurs médecins fixées par décret.

Article 37 : Ajout de la prévention dans les missions des Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Article 38 : Publication régulière de données sexuées en matière de santé au travail

- Les modèles de rapport annuel d'activité du médecin du travail sont fixés par arrêté ministériel. L'objectif est de donner aux pouvoirs publics des éléments statistiques sur lesquels construire une politique de prévention.

Chapitre IV : Soutenir et valoriser les initiatives des acteurs pour faciliter l'accès de chacun à la prévention et à la promotion de la santé

Article 39 : Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) et autotests de détection de maladies infectieuses transmissibles

- Acteurs responsables de la pratique des TROD : professionnels de santé ou personnels relevant de structures de prévention ou associatives ayant reçu une formation adaptée ;
- Possibilité de recourir aux TROD pour le dépistage de l'ensemble des maladies infectieuses transmissibles ;
- Le TROD peut être réalisé sur une personne mineure ;
- Possibilité pour les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CEGIDD), de mettre en place des traitements de prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour des personnes particulièrement exposées au risque de contamination par le VIH ;
- Délivrance sans prescription médicale sous la forme d'un kit, en pharmacie et autres structures permettant de toucher certaines populations exposées vulnérables ;
- Arrêté déterminant les conditions particulières de la délivrance des autotests.

Article 40 : Fin de l'exclusion des personnes homosexuelles et bisexuelles en matière de dons de sang

Article 41 : Politique de réduction des risques (RDR)

- La politique de RDR intègre un objectif thérapeutique dans le cadre des parcours de soins individualisés pour chaque patient tout en faisant face à la diversité des publics consommateurs, à l'évolution des modes de consommation et des produits consommés ;
- Elle oriente les usagers de drogue vers les services sociaux et les services de soins généraux ou de soins spécialisés, afin de mettre en œuvre un parcours de santé adapté à leur situation spécifique et d'améliorer leur état de santé physique et psychique et leur insertion sociale.
- Sécuriser juridiquement les actions menées auprès des usagers de drogues ;
- Extension de la politique de réduction des risques au milieu carcéral ;
- Modalités d'application régies par un décret en Conseil d'Etat.

Article 42 : Elargissement des missions des Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à l'accompagnement médico-psycho-social, de soins, de réduction des risques et des dommages et de prévention individuelle et collective

Article 43 : Expérimentation des Salles de Consommation à Moindre Risque (SCMR) pour les toxicomanes pour une durée de 6 ans

- Concertation en amont entre l'ARS, la structure porteuse, le maire de la commune concernée et le maire d'arrondissement ou d secteur à Paris, Lyon et Marseille.
- Espace ouvert au public dans le respect d'un cahier des charges national arrêté par le ministre chargé de la Santé après avis du directeur général de l'ARS ;
- Mise en place d'une équipe pluridisciplinaire pour l'encadrement au sein de ces centres et pour soutenir les usagers à l'accès aux soins : professionnels de santé et du secteur médico-social ;
- Dans un délai de 6 mois avant le terme de l'expérimentation, un rapport d'évaluation de cette dernière sera adressé par le Gouvernement au Parlement ;
- Décret définissant les lieux d'expérimentation et les conditions d'évaluation périodique.

Article 44 : Amélioration de la qualité des soins de santé en prison

- Possibilité pour tout détenu de bénéficier d'un bilan de santé (consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac) au début de son incarcération ;
- Possibilité pour l'Etat d'autoriser une évaluation de l'état dentaire de la personne détenue (à titre expérimental). Les conditions d'application de cette mesure sont fixées par arrêté ministériel. Les conditions de cette mesure sont fixées par arrêté ministériel.

Article 45 : Simplification des modalités de constatation de l'infraction de conduite après usage de stupéfiants

- Permettre aux forces de l'ordre d'effectuer un prélèvement salivaire en lieu et place du prélèvement sanguin ;
- Uniformisation du cadre légal permettant aux forces de l'ordre de réaliser les dépistages de stupéfiants ou d'alcoolémie au volant.

Chapitre V : Informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement

Article 46 : Extension de l'information du grand public sur les risques sanitaires liés à la pollution de l'air

- Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, un rapport sur la contribution du transport aérien à la pollution atmosphérique et ses effets sur la santé humaine ;
- Un arrêté ministériel fixe l'objectif de diminution des concentrations des particules atmosphériques après avis de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire.

Article 47 : Précision des modalités de mise en œuvre des polices de l'insalubrité

- Cet article est valable lorsqu'un logement ou un immeuble frappé d'un arrêté d'insalubrité réparable devient libre d'occupation postérieurement à la prise de l'arrêté ;
- Possibilité pour l'autorité administrative d'exécuter d'office toutes mesures nécessaires pour empêcher l'accès et l'usage du logement, faute pour le propriétaire d'y avoir procédé ;
- Les logements vacants peuvent être déclarés insalubres et interdits à l'habitation, sauf lorsque les travaux de sortie d'insalubrité sont effectués par le propriétaire.

Article 48 : Renforcement du rôle du préfet dans la protection des populations à l'exposition à des fibres d'amiante résultant d'une activité humaine

- Possibilité pour le préfet d'ordonner des mesures propres à évaluer et à faire cesser l'exposition à des fibres d'amiante ;
- Information des autorités administratives concernées des risques de présence d'amiante ;
- Les données relatives aux diagnostics amiante sont rendues publiques par le ministère de la santé sous une forme dématérialisée et les informations relatives à la gestion des risques sont mises à la disposition des maires concernés ;
- La liste des installations de stockage des déchets pouvant accueillir de l'amiante ainsi que les informations relatives à la collecte des déchets amiantés auprès des particuliers sont rendues publiques par le ministère chargé de l'environnement.

Article 49 : Intégration du radon à la liste des polluants de l'air intérieur

- Définition des valeurs-guides pour l'air intérieur par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).
- Fixation des niveaux de référence pour le radon par décret en Conseil d'Etat après avis de l'Autorité de sûreté nucléaire.
- Mesure en cohérence avec le Plan National Santé Environnement (PNSE) 2014-2019.

Article 50 : Rectification d'une erreur de numérotation et suppression de la mention d'une directive déjà transposée dans le code de la santé publique

Article 51 : Introduction de nouvelles dispositions dans le code de la santé publique afin de réglementer par décret les installations collectives de brumisation d'eau dans l'espace publique

Article 52 : Mise en conformité des baignades en rapport avec les obligations communautaires

- Possibilité pour l'Etat et les ARS de disposer de leviers d'actions auprès des responsables des eaux de baignade pour la mise en conformité.
- Cette disposition vise à participer à l'objectif de prévention de contentieux avec la Commission européenne.

Article 53 : Abrogation de l'obligation d'autorisation de mise sur le marché transitoire pour les produits contenant des biocides

- Ne s'applique pas aux produits pour lesquels les dossiers sont en cours d'instruction.

Article 54 : Renforcement de la gouvernance régionale

- Mise en oeuvre des plans régionaux santé environnement ;
- Prévoit la mobilisation des services déconcentrés de l'Etat des conseils généraux pour élaborer et suivre les plans régionaux santé (PRS) ;
- Participation des collectivités territoriales par des actions spécifiques pouvant être intégrées au contrat local de santé.

Article 55 : Politique de renforcement de la santé environnementale

- Mise en cohérence entre la stratégie nationale de la recherche avec la stratégie nationale de santé afin d'assurer la place de la santé environnementale ;
- L'objectif est de diminuer les maladies chroniques en cohérence avec la politique gouvernementale.

Article 56 : Protection de la population contre les expositions sonores

- Relatif aux expositions pouvant engendrer des dommages pour la santé et notamment celle des jeunes ;
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article.

Article 57 : Lutte contre les espèces végétales et animales dont la prolifération est nuisible à la santé humaine

- Obligation pour tout distributeur ou vendeur d'informer le consommateur des effets sur la santé humaine ;
- Les conditions d'application sont déterminées par différents décrets / arrêtés.

Article 58 : Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les perturbateurs endocriniens et leurs effets sur la santé humaine dans le cadre d'un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

Article 59 : Définition des seuils de concentration de bisphénol A contenus dans les jouets et amusettes.

- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif aux effets sur la santé du bisphénol A non chauffé dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi.

Article 60 : Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les nanomatériaux dans les médicaments et dispositifs médicaux dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi

Article : 61 : Alignement des dispositions relatives aux exigences de sécurité des appareils portables et dispositifs d'écoute

- Les modalités d'application du présent article sont définies par arrêté.

Article 62 : Extension des compétences du pouvoir réglementaire en matière de qualité de l'air et de lutte contre le bruit

Chapitre VI : Informer et protéger les populations face aux risques liés aux accidents de la vie courante

Article 63 : Définition des accidents de la vie courante

- « Ensemble des traumatismes non intentionnels, à l'exception de circulation et des accidents du travail ».

TITRE II : FACILITER AU QUOTIDIEN LE PARCOURS DE SANTE DES FRANÇAIS

Chapitre I : Promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de santé

Article 64 : Définition des équipes de soins primaires organisées autour du médecin généraliste de premier recours

- Ensemble de professionnels de santé autour de médecins généralistes de premier recours ;
- Contribuent à la structuration du parcours de santé des patients ;
- Peuvent prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé ;
- Objectifs des équipes de soins primaires : la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Article 65 : Constitution de communautés professionnelles territoriales de santé et contrat territorial de santé

- Les communautés professionnelles territoriales de santé sont composées de professionnels de santé regroupés ou d'une ou plusieurs équipes de soins primaires ;
- Objectifs des communautés professionnelles territoriales de santé : concourir à l'amélioration de la prise en charge des patients, améliorer la visibilité de tous sur les parcours de santé, réaliser des objectifs du projet régional de santé ;
- Ces communautés formalisent un projet de santé, qui précise leur territoire d'action et qui est transmis à l'ARS ;
- Possibilité pour l'ARS de conclure des contrats territoriaux de santé sur la base des projets de santé des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé ;
- Le directeur général de l'Agence peut attribuer à ces contrats des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR) ;
- Le contrat territorial de santé est publié sur le site de l'ARS.

Article 66 : Reconnaissance des missions des médecins spécialistes

Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les différentes actions suivantes :

- Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;
- Contribuer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- Participer à la mission de service public de permanence de soins ;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales ;
- Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le médecin généraliste, pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins ;
- Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en coopération avec les établissements de santé et contribue à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Article 67 : Lutte contre les déserts médicaux

- Le pacte territoire-santé a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de proximité ;

- Il promeut la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires et accompagne l'évolution des conditions d'exercice dans le cadre des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles ;
- Les ARS mettent en oeuvre le pacte après concertation avec les acteurs concernés ;
- Un comité national assure le suivi de la mise en oeuvre de ce pacte et établit un bilan annuel des actions engagées.
- Un décret vient préciser de la composition du comité national chargé d'élaborer et d'assurer le suivi de ce pacte.

Article 68 : Mise en place d'un parcours de soins pour le patient douloureux chronique

- Concrétiser le droit du patient d'être soulagé de la douleur ;
- Identifier les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient ;
- En cas de besoin, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées.

Article 69 : Organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie

- Elaboration d'un projet territorial de santé mentale ;
- Ce projet a pour objectif d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité. Il tient compte des caractères géographiques des territoires et de l'offre de soins ;
- La décision du projet territorial de santé mentale peut être prise par le directeur générale d'une ARS ;
- Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial établi par les acteurs de santé du territoire ;
- Possibilité pour les établissements de service public hospitalier de constituer une communauté psychiatrique de territoire. Les modalités de cette disposition sont définies par décret ;
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en oeuvre de la politique de santé mentale trois ans après la promulgation de cette loi.

Article 70 : Précision du champ du contrôle du juge des libertés et de la détention

- La poursuite d'une hospitalisation complète sans consentement est soumise au contrôle du juge des libertés et de la détention.

Article 71 : Clarification des dispositions sur le lieu de l'audience en cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins

Article 72 : Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale

- Précision des conditions de placement en chambre d'isolement et de la mise en contention.
- Tenue d'un registre dans chaque établissement pour l'application de soins psychiatrique.

Article 73 : Remise du Gouvernement au Parlement d'un rapport consacré à l'organisation de l'Infirmier psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, notamment au regard de la réglementation en matière de soins sans consentement

Article 74 : Missions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes

- Les ARS sont chargées d'organiser l'appui aux professionnels assurant une prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes pour lesquels il y a intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux .
- Les missions : évaluation des besoins des professionnels et identification de l'ensemble des ressources disponibles localement ; apport aux professionnels d'informations utiles pour la coordination des parcours de santé complexes de leurs patients ; contribution à l'organisation de la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes.
- Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Chapitre II : Faciliter l'accès aux soins de premier recours

Article 75 : Amélioration de la lisibilité de la régulation médicale de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA)

- Mise en place d'un numéro téléphonique harmonisé de permanence des soins permettant à la personne d'entrer en contact avec le médecin de garde ;
- Numéro déterminé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ;
- Régulation téléphonique accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plateformes interconnectées.

Article 76 : Mise en place du médecin traitant pour les individus âgés de moins de 16 ans

- Extension du parcours de soins coordonné aux individus de moins de 16 ans afin que le médecin traitant (généraliste ou pédiatre), désigné par les parents / tuteurs légaux, puisse suivre l'état de santé de ces enfants et coordonner les actions avec d'autres professionnels de santé ;

- Pour les ayants droit de moins de 16 ans, au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire ;
- Pour les ayants droit âgés de 16 à 18 ans, le choix du médecin traitant suppose l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale.

Article 77 : Réalisation d'Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) par méthode instrumentale en centre de santé

- Mesure s'inscrivant dans le cadre du Programme national d'action pour l'amélioration de l'accès à l'IVG (janvier 2015) ;
- Ces IVG sont réalisées par les médecins exerçant en centres de santé ;
- Les conditions techniques et de sécurités sont définies par la Haute Autorité.

Article 78 : Transposition aux centres de santé des modes de rémunération prévus par les conventions des professionnels libéraux, autres que le paiement à l'acte

- Obligation de l'examen des dispositions applicables aux conventions négociées avec les professionnels de santé libéraux en vue de permettre leur éventuelle transposition, après négociation, aux centres de santé ;
- Extension aux négociations de l'accord national des centres de santé des dispositions applicables aux conventions négociées avec les professionnels de santé libéraux qui prévoient un règlement arbitral en cas de rupture de négociation ;
- Une opposition à l'accord national peut-être formée, dans des conditions prévues par décret.

Article 79 : Elargissement des missions des Centres de Planification ou d'Education Familiale (CPEF)

- Elargissement des missions à la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ;
- Possibilité pour les CPEF de réaliser des vaccinations anti HPV et contre l'hépatite B ainsi que pour mettre à jour l'ensemble des vaccinations recommandées d'une personne (dans ce cas, levée des dispositions relatives au respect de l'anonymat).

Article 80 : Meilleure accessibilité à la vaccination

- Possibilité pour les centres d'exams de santé de vacciner gratuitement une population précaire ;
- S'applique pour les personnes nécessitant des rattrapages vaccinaux.

Article 81 : Fixation d'un délai de six mois pour la mise en conformité de l'accord national prévu à l'article 17 de la présente loi

Article 82 : Suppression du délai de réflexion entre la première et la deuxième consultation pour une IVG

- Disposition visant à raccourcir le parcours de l'IVG et à ne plus stigmatiser l'avortement comme un acte médical à part.

Chapitre III : Garantir l'accès aux soins

Article 83 : Généralisation du tiers payant pour les consultations en ville

- Les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant aux patients pris en charge à 100% par l'Assurance maladie à compter du 1er juillet 2016 ;
- Les professionnels de santé exerçant en ville peuvent appliquer le tiers payant à tous les autres assurés de l'Assurance maladie à compter du 1er janvier 2017, sur la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire **et sur celle couverte par les organismes complémentaires (le tiers payant sur la partie complémentaire a été censuré par le Conseil constitutionnel)** ;
- A compter du 30 novembre 2017, le tiers payant devient un droit pour tous ;
- Aucune sanction n'est prévue en cas de non application du tiers payant par les professionnels de santé ;
- Un décret fixe les modalités de recueil de l'autorisation de prélèvement de l'assuré ;
- Un décret fixe les modalités de versement d'une pénalité pour le professionnel de santé en cas de non respect des délais de remboursement prévus ;
- Un décret fixe les conditions dans lesquelles un comité de pilotage évalue l'application du tiers payant.

Article 84 : Présentation du Gouvernement au Parlement d'un rapport indiquant les modalités d'instauration de la couverture maladie universelle complémentaire à Mayotte

Article 85 : Mise en place d'un observatoire de refus des soins, auprès de chaque ordre professionnel, chargé d'effectuer des tests de situation en matière de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins

- Modalités précisées par décret.

Article 86: Encadrement des tarifs des prestations d'optique et de soins dentaires prothétiques et orthodontiques délivrés aux bénéficiaires de l'Aide Complémentaire Santé (ACS)

- Les partenaires conventionnels fixent les tarifs maximums applicables aux bénéficiaires de l'ACS pour les biens précités ;

- Possibilité d'arriver à des tarifs distincts pour les bénéficiaires de l'ACS par rapport aux bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire (CMU-C).

Article 87: Permettre aux femmes engagées dans un processus de PMA de bénéficier de garanties comparables

- Autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires pour les salariés ;
- Extension aux conjoints salariés des femmes engagées dans ce parcours le bénéfice d'une autorisation d'absence pour les actes médicaux nécessaires dans la limite de trois autorisations à l'instar de ce qui est prévu pour les conjoints des femmes enceintes.

Chapitre IV : Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé

Article 88 : Création d'un service public d'information en santé à destination de public au niveau régional et national via les ARS

- Constitution avec le concours des Caisses Nationales d'Assurance Maladie (CNAM), de la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie (CNSA), des agences et autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des ARS ;
- Plate-forme multimédia (web mobile, téléphonique...).

Article 89 : Plan d'accompagnement global de la personne handicapée

- Au cas où les réponses ne sont pas disponibles ou adaptées à la personne handicapée ;
- Il sera intégré au plan personnel de compensation du handicap ;
- Il sera proposé à l'initiative de la personne ou de son représentant légal ;
- L'ARS, les collectivités territoriales et les autres autorités compétentes apportent leur concours si cela est nécessaire.

Article 90 : Promotion de la médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique

- Les objectifs sont d'améliorer la santé des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins ;
- Des référentiels de compétence, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétation linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ils définissent également le cadre dans lequel les personnes peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétation linguistique. Ils sont élaborés par la HAS.
- Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

Article 91 : Mise en œuvre d'un parcours fluidifié pour les personnes handicapées

- Déploiement progressif de plateforme d'accompagnement ;
- Un décret fixe le cahier des charges définissant les conditions de fonctionnement en dispositif intégré ;
- Le bilan du fonctionnement en dispositif intégré sera transmis à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), à l'ARS et au rectorat ;
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le fonctionnement du dispositif.

Article 92 : Mise en œuvre des projets pilotes d'accompagnement sanitaire, social et administratif visant les personnes souffrant d'une maladie chronique dans le but d'obtenir une meilleure coordination des services et professionnels intervenant dans leur parcours de santé

- Mise en place à titre expérimental et pour une durée de 5 ans ;
- Chaque projet pilote fait l'objet d'une convention, conforme à un cahier des charges établi par le ministre en charge de la Santé, entre l'ARS et les acteurs de santé volontaires pour accomplir l'action / les actions du projet ;
- En vue d'une généralisation à l'ensemble du territoire, suivi et évaluation annuelle des projets par les ARS participant à l'expérimentation ;
- Présentation au Parlement par le Gouvernement, après avis de la Conférence nationale de santé, d'un rapport d'évaluation de l'ensemble de l'expérimentation au plus tard trois mois avant son terme ;
- Les projets pilotes mis en œuvre dans le cadre de l'expérimentation et le périmètre territorial de chaque projet sont définis par arrêté ministériel.

Article 93 : Amélioration de la qualité de service à l'utilisateur en supprimant l'avance de frais

- Mise en place d'un mécanisme de tiers payant pour les aides faisant l'objet d'un financement par la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Article 94 : A l'occasion d'une hospitalisation, remise systématique au patient d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, incluant le montant couvert par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), les organismes complémentaires et le reste à charge du patient

Article 23 bis : En cas d'évacuation sanitaire programmée à l'initiative de l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna, remise au patient d'un document précisant les modalités de son transfert

- Un décret en Conseil d'Etat précise les indications qui doivent être contenues dans le document qui est remis.

Chapitre V : Renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours de leur patient

Article 95 : Mise en place obligatoire d'une lettre de liaison entre les services de soins en ville et à l'hôpital

- Document complémentaire au compte-rendu d'hospitalisation. ;
- Permettre la continuité des soins, en particulier si des dispositions sont à assurer directement par le patient au retour à son domicile ;
- Dématérialisation possible de la lettre de liaison : dépôt dans le Dossier Médical Partagé (DMP) et envoi par messagerie sécurisée aux praticiens concernés.

Article 96 : Refondation du dispositif du Dossier Médical Partagé (DMP)

- Mise en oeuvre confiée à l'Assurance Maladie pour son déploiement effectif ;
- Centré prioritairement sur les patients souffrant de pathologies chroniques ;
- Chaque professionnel de santé reporte dans le DMP les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge ;
- Le DMP est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal ;
- Le bénéficiaire pourra à tout moment prendre connaissance des éléments contenus dans le DMP ;
- Les conditions de mise en oeuvre, de conception et d'administration sont définies par un décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Article 97 : Généralisation de l'expérimentation du dossier pharmaceutique à l'ensemble des établissements de santé et à tous médecins y prenant en charge un patient.

Chapitre VI : Ancrer l'hôpital dans son territoire

Article 98 : Garantie d'un accès aux soins dans des délais raisonnables pour chaque patient

- Prise en compte des territoires dont l'accessibilité peut être malaisée (montagne, régions touristiques).

Article 99 : Refondation du Service Public Hospitalier (SPH)

- Remplacement des missions de service public par le SPH ;

- Les établissements assurant le SPH respectent l'ensemble des obligations sur toute leur activité ;
- Pour les établissements privés de droit commun : procédure spécifique de reconnaissance qui prend en compte, outre la demande de l'établissement, l'analyse de l'offre territoriale par l'ARS ;
- Les établissements qui assurent le service public hospitalier participent à la formation des sages-femmes ;
- Obligations découlant du SPH ;
- Possibilité pour le directeur général de l'ARS de solliciter tout établissement de santé en vue d'assurer la permanence de soins ;
- Institution d'une période transitoire de trois années au terme de laquelle les contrats conclus avec les médecins libéraux devront être conformes aux exigences du service public hospitalier ;
- Un décret en Conseil d'Etat prévoit les critères objectifs qui président à la délivrance des autorisations afin que le statut des établissements ne soit pas déterminant.

Article 100 : Création d'un statut pour les activités d'intérêt général réalisées par les maisons d'accueil hospitalières

- Mise en place d'un régime de déclaration auprès de l'ARS et de vérification des conditions de fonctionnement.

Article 101 : Mise en place d'un projet psychologique afin de garantir une réponse adaptée à la singularité des personnes accueillies en hôpital

Article 102 : Application du droit de priorité à l'AP-HP uniquement

Article 103 : Souscription d'emprunts des établissements publics de santé

- Interdiction de contracter des emprunts toxiques.
- Application des règles prévues pour les collectivités territoriales ;
- Interdiction pour les hôpitaux d'emprunter en devises.

Article 104 : Statut spécifique des établissements publics de santé

- Importance de l'implantation locale de ces établissements ;
- Spécificités juridiques : implication des collectivités territoriales dans leur gouvernance.

Article 105 : Interdiction pour les établissements publics de santé de conclure des contrats de partenariat ou des baux emphytéotiques administratifs

Article 106 : Remise du Gouvernement au Parlement d'un rapport sur les conditions de la mise en oeuvre d'une mission pour que les établissements de santé fonctionnent sans dépassement d'honoraires

Article 107 : Création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

- Remplacement des communautés hospitalières par les GHT (qui n'ont pas la personnalité morale) ;
- Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un GHT ;
- Les GHT sont associés à l'élaboration d'un projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire ;
- Les GHT s'associent à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ;
- Chaque GHT demeure libre de déterminer des modalités d'organisation et de fonctionnement ;
- Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux peuvent adhérer au groupement ;
- Les établissements privés peuvent y être associés par voie conventionnelle (statut d'établissement partenaire) et celle-ci prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement ;
- Consolidation du dispositif de transformation des communautés hospitalières de territoire en groupement hospitalier de territoire ;
- Les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeur générale de l'Agence régionale de santé concernée à partir du 1^{er} juillet 2016 ;
- Les conditions d'application sont déterminées par décret en Conseil d'Etat ;
- **Dans les conditions prévues par la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics faisant partie à un même groupement hospitalier de territoire (disposition censurée par le Conseil constitutionnel).**

Article 108 : Autorisation pour les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens d'exploiter une autorisation d'activités de soins ou d'équipement matériel lourds

Article 109 : Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes aux établissements de santé privés

- La Cour des comptes est habilitée à recueillir des informations auprès des établissements de santé privés et de leurs organismes gestionnaires ;
- Transmission par les établissements de santé privés de leurs rapports de certification à la Cour des comptes afin d'homogénéiser les obligations de transmissions.

Article 110 : Amélioration de la prise en compte de la sécurité des systèmes d'information

- Signalement sans délai des incidents grave de sécurité des systèmes d'information à l'ARS ;
- S'adresse aux établissements de santé, aux organismes et aux services exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ;
- Un décret définit les catégories d'incidents concernés.

Article 111: Contrôle par les ARS d'absence de surcompensation financière

- Transmission annuelle des comptes des établissements de santé à l'ARS ;
- Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités du présent article.

Article 112 : Sécurisation de l'organisation financière des établissements de santé privés non lucratifs

- Pour les établissements financés antérieurement par dotation globale.

Article 113 : Pérennisation du dispositif du plateau mutualisé d'imagerie médicale

- Reprise du dispositif de la loi du 10 août 2010, dite Loi Fourcade ;
- L'objectif est de mutualiser les équipements d'imagerie médicale en réfléchissant par plateaux plutôt que par équipements ;
- L'autorisation de création de ces plateaux est confiée à l'ARS sur l'initiative des professionnels de santé ;
- La généralisation de la mutualisation des plateaux d'imagerie médicale est subordonnée à la participation effective des professionnels concernés à la permanence de soins ;
- Les dépassements d'honoraires ne sont pas applicables aux patients relevant d'une CMU-C ou bénéficiant d'une ACS.

TITRE III : INNOVER POUR GARANTIR LA PERENNITE DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

Chapitre I : Innover en matière de formation des professionnels

Article 114 : Dispositions relatives au Développement Professionnel Continu (DPC) des professionnels de santé

- Le DPC a un rythme triennal et un plus annuel ;
- L'organisme gestionnaire du DPC est remplacé par l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), groupement d'intérêt public constitué par l'Etat et l'Assurance maladie en charge du pilotage et du financement du DPC pour l'ensemble des professionnels de santé et dont les missions et les instances seront définies par décret en Conseil d'Etat ;
- Les objectifs du DPC sont fixés autour d'une approche d'ensemble regroupant la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles : maintien et actualisation des connaissances, des compétences, et de l'amélioration des pratiques ;
- Les choix des actions de formation pour les professionnels salariés doivent s'inscrire en cohérence avec les priorités de l'établissement et avec une nécessaire pluridisciplinarité ;
- Les conseils nationaux professionnels choisissent les méthodes les plus adaptées pour la mise en oeuvre du DPC, sur la base de celles élaborées par la HAS ;
- Les universités sont associées à la dimension scientifique du DPC au titre de leur expertise pédagogique dans le domaine de la formation initiale et continue ; dans la dimension scientifique du DPC ;
- Le contrôle du respect de cette obligation est confié aux instances ordinales, aux employeurs et aux autorités compétentes dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;
- La convention constitutive du groupement d'intérêt public « Organisme gestionnaire du DPC » doit au plus tard être modifiée et approuvée par l'Etat au 1^{er} juillet 2016 ;
- Les orientations pluriannuelles prioritaires du DPC sont définies par un arrêté ministériel ;

Article 115 : Renforcement de la transparence des liens d'intérêts des professionnels de santé lors des activités d'enseignement ;

Article 116 : Prise en compte et promotion de la santé dans l'enseignement agricole

Article 117 : Facilitation de la réorientation des médecins en cours de carrière

Article 118 : Diversification des stages des étudiants paramédicaux, notamment dans le secteur ambulatoire

- Elargissement des lieux de stage des étudiants infirmiers ;

- Les étudiants peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé.

Chapitre II : Innover pour préparer les métiers de demain

Article 119 : Définition de la notion de pratique avancée d'une profession de santé paramédicale

- Les auxiliaires médicaux peuvent exercer des « pratiques avancées » au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin ;
- Pour chaque auxiliaire médical, un décret en Conseil d'Etat définira : les domaines d'intervention en pratique avancée, les activités pouvant être accomplies dans chacun de ses domaines d'intervention, les types d'actes pouvant être réalisés.

Article 120 : Création du statut d'assistant dentaire

- Consiste à assister le chirurgien-dentiste sous sa responsabilité et son contrôle effectif ;
- L'assistant dentaire contribue aux activités de prévention et d'éducation pour la santé dans le domaine bucco-dentaire ;
- La liste des personnes pouvant exercer cette profession est fixée par arrêté ministériel.

Article 121 : Accès à l'exercice temporaire de la chirurgie dentaire

- Aux internes à titre étranger en médecine et en pharmacie ;
- Aux médecins et pharmaciens hors Union européenne ;
- Aux médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes hors Union européenne en cas d'accord avec la France ;
- Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de cet exercice.

Article 122 : Autorisation pour les établissements privés participant au service public hospitalier à recruter des praticiens

- Contrats à durée déterminée pour une durée maximale de quatre ans.

Article 123 : Redéfinition de la profession de masseur-kinésithérapeute

- Indication des incapacités ou altérations sur lesquelles le masseur-kinésithérapeute est habilité à intervenir ;
- Possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de renouveler des prescriptions datant de moins d'un an (un décret fixe les conditions de cette disposition) ;

- Définition de l'exercice illégal de la profession : sécurise les divergences d'interprétation et la pratique de l'exercice par les étudiants en stage.

Article 124 : Redéfinition de la profession de pédicure-podologue

- Insertion du diagnostic parmi les compétences du pédicure-podologue.
- Reconnaissance du principe de prescription des dispositifs médicaux externes applicables au pied.

Article 125 : Possibilité de suspendre l'exercice de la profession de psychothérapeute

- Permet aux ARS de suspendre immédiatement leur droit d'exercice dans un souci d'ordre public ;
- En cas de condamnation pénale à l'encontre du professionnel faisant usage du titre de psychothérapeute, le directeur général de l'ARS procède à sa radiation du registre national des psychothérapeutes ;
- Un décret fixe les modalités de suspension ainsi que de radiation.

Article 126 : Précisions relatives à l'exercice de la profession d'orthophonistes

- Mise en conformité de la définition du code de la santé publique avec l'exercice de la profession d'orthophoniste ;
- Possibilité pour l'orthophoniste de prescrire le renouvellement de certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté, nécessaires à l'exercice de sa profession ;
- En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, l'orthophoniste est habilité à accomplir les soins nécessaires en orthophonie en dehors d'une prescription médicale. Un compte rendu du bilan et des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

Article 127 : Dispositions relatives aux IVG médicamenteuses réalisées par les sages-femmes

- Mention de l'IVG médicamenteuse parmi les compétences des sages-femmes ;
- Objectif d'amélioration de l'accès des femmes sur l'ensemble du territoire à l'IVG médicamenteuse ;
- Participation à la mise en oeuvre de la politique vaccinale afin de faciliter l'accès à la vaccination de l'entourage immédiat de la parturiente et du nouveau-né dans des conditions déterminées par décret (de même que les modalités de transmission par les sages-femmes au médecin traitant des informations relatives aux vaccinations) ;
- Liste des vaccinations fixée par un arrêté ministériel.

Article 128 : Création d'un statut d'agent public pour les étudiants

- Détermination du régime des étudiants par voie réglementaire.

Article 129 : Protection des patients par la vaccination des professionnels de santé

- La vaccination des professionnels de santé est une protection individuelle qui contribue à protéger les patients dont ils ont la charge.

Article 130 : Modernisation du statut de l'Académie nationale de pharmacie, personne morale de droit public

- Les missions de l'Académie nationale de pharmacie : répondre aux demandes du Gouvernement sur les questions de santé publique et contribuer aux progrès de la pharmacie ;
- Précision du statut de « personne morale de droit public à droit particulier » ;
- Approbation des statuts de l'Académie par décret en Conseil d'Etat.

Article 131 : Modernisation de la définition de la profession d'orthoptiste

- Objectif de renforcement de l'accès des Français aux soins visuels ;
- Cela permet de fluidifier la prise en charge d'un patient entre un orthoptiste et un ophtalmologiste.

Article 132 : Renforcement de la complémentarité entre les opticiens et les ophtalmologistes

- Allongement du délai pour le renouvellement de verres correcteurs chez l'opticien, actuellement de trois ans ;
- Possibilité pour l'opticien d'adapter les corrections d'optique des prescriptions médicales en cas de renouvellement et de réaliser des séances d'apprentissage à la pose des lentilles ;
- Création d'un diplôme d'Etat pour l'exercice de la profession d'opticien lunettier, inscrit dans le cadre du système européen Licence Master Doctorat.

Article 133 : Disposition sur la présence ou non de représentants de l'Etat lorsque le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens siège

- Présence des représentants de l'Etat lorsque le CNOP siège en matière administrative ;
- Absence de représentants lorsque le CNOP siège en séance disciplinaire, suite à la décision rendue le 20 mars 2015 par le Conseil constitutionnel.

Article 134 : Elargissement de la prescription des substituts nicotiques

- Prescription ouverte aux médecins du travail, aux infirmiers et aux chirurgiens-dentistes ;

- Prescription ouverte aux sages-femmes à l'égard de l'entourage de la femme enceinte ou aux personnes assurant la garde du nouveau-né jusqu'au terme de la période postnatale ;
- Elargissement de la prescription aux masseurs kinésithérapeutes..

Article 135 : Mise en place d'une consultation d'accompagnement à l'arrêt du tabac aux femmes enceintes qui en consomment

- Dispositif expérimental d'une durée de trois ans ;
- Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

Article 136 : Dispositions relatives aux missions de travail temporaire dans la fonction publique hospitalière

- Plafonnement de la rémunération des praticiens qu'un établissement peut être amené à recruter ainsi que tous les frais liés à ce recrutement (modalités d'application fixées par voie réglementaire) ;
- Possibilité de recourir à des praticiens hospitaliers volontaires pour effectuer des remplacements, à travers la création d'une position de praticien remplaçant titulaire, position gérée statutairement par le Centre National de Gestion (CNG) ;
- Vérification de l'autorisation d'exercice des praticiens intérimaires par la société d'intérim

Article 137 : Elargissement des clauses de résiliation de plein droit à l'initiative du bailleur au logement personnel des établissements publics de santé

- La notification de la décision de l'établissement public de santé concerné intervient dans un délai de huit mois avant la date d'effet de la résiliation.

Article 138 : Amélioration de l'encadrement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers en Etablissement Public de Santé (EPS)

- L'exercice libéral en EPS est subordonné à l'adhésion du praticien aux conventions ;
- L'activité libérale en EPS est automatiquement suspendue en cas de déconventionnement ;
- Création d'une commission régionale de l'activité libérale à l'hôpital dont la présidence est nommée par le directeur général de l'ARS ;
- Suppression de la commission nationale de l'activité libérale ;
- Les conditions d'application sont fixées par décret en Conseil d'Etat, après avis du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens et des organisations les plus représentatives de la profession.

Article 139 : Assouplissement des règles relatives à la détention du capital social des sociétés exploitant une officine

- Objectifs de modernisation et de développement des officines ;
- Suppression de l'obligation de détention de 5% d'une officine pour le pharmacien titulaire y exerçant ;
- Nouveau statut pour les pharmaciens adjoints : possibilité d'entrer au capital de la société libérale pour laquelle ils travaillent.

Article 140 : Possibilité pour les titulaires d'officine de se faire remplacer pour une durée de deux ans pour raison médicale

- Passage d'un an actuellement à deux ;
- L'ARS constate la nécessité du remplacement.

Article 141 : Prolongation de l'activité des personnels médicaux hospitaliers

- Prolongation d'activité jusqu'à l'âge de 70 ans.

Article 142 : Modification des dispositions relatives aux retraites des personnels médicaux hospitaliers

Chapitre III : Innover pour la qualité des pratiques, le bon usage du médicament et la sécurité des soins

Article 143: Attribution à la HAS de la mission d'élaborer des fiches de bon usage des médicaments et un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques les plus efficaces

- Pour certains médicaments, publication de fiches de bon usage afin de définir leur place dans la stratégie thérapeutique ;
- Les médicaments anticancéreux sont exclus ;
- Organisation par la HAS de la mise en oeuvre d'un guide des stratégies diagnostiques et thérapeutiques (conditions définies par un décret) : outils développés par la HAS.

Article 144 : Autorisation de la prescription d'activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'une affection de longue durée

- Le médecin traitant peut prescrire une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) ;
- Labellisation par l'ARS et les services de l'Etat des organismes (conditions prévues par décret).

Article 145 : Bonnes pratiques de dispensation des médicaments par voie électronique

- Les règles techniques applicables aux sites internet de commerce électronique de médicaments sont définies par arrêté ministériel.

Article 146 : Promotion du bon usage des antibiotiques et la lutte contre l'antibiorésistance

Article 35 ter : Renforcement de la traçabilité des dispositifs médicaux

Article 147 : Renforcement de la traçabilité des dispositifs médicaux

- Fournit aux autorités compétentes les informations sur la performance et l'évaluation clinique des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté ministériel ;
- Obligation de renseignements des registres afin de permettre à l'ANSM de détecter très amont les problèmes de sécurité.

Article 148 : Attribution à la HAS du rôle d'agrément des logiciels d'aide à la prescription (LAP) et à la dispensation (LAD)

- La HAS établit une charte de qualité des bases de données sur les médicaments destinés à usage des LAP et LAD ;
- Rôle essentiel de la procédure d'agrément dans le dispositif de certification des logiciels : possibilité pour la HAS de retirer des agréments en cas de non-conformité ;
- L'ANSM a compétence sur la procédure d'agrément dans le dispositif de certification des logiciels.

Article 149 : Ajout systématique d'un nom de marque à la prescription en dénomination commune internationale (DCI) pour les produits biologiques, les médicaments immunologiques, les médicaments dérivés du sang et les médicaments de thérapie innovante

Article 150 : Modification de l'article du code de la Sécurité sociale interdisant aux biologistes de faire d'autres actes que ceux directement liés aux examens

- Aucun acte technique médical ni aucune consultation, à l'exception de ceux directement liés à l'exercice de la biologie médicale, ne peuvent être facturés au sein d'un laboratoire de biologie médicale.

Article 151 : Mesures de lutte contre les ruptures d'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur

- Définition des médicaments ou classes de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur : ceux pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représentant une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie ;
- Décret définissant les caractéristiques des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur ;

- Accès des patients aux informations sur les ruptures d’approvisionnement via les associations de patients ;
- Après avis de l’ANSM, classes thérapeutiques fixées par arrêté du ministre chargé de la Santé ;
- Nouvelles obligations pesant sur les titulaires d’Autorisations de Mise sur le Marché (AMM) et les exploitants de certains médicaments d’intérêt thérapeutique majeur pour lesquels les situations de rupture présentent le plus de risque pour les patients ;
- Renforcement des obligations d’identification et de mise en oeuvre de solutions alternatives pesant sur les exploitants de médicament d’intérêt thérapeutique majeur ;
- Conditions d’application des dispositions précitées fixées par décret en Conseil d’Etat ;
- Encadrement des règles d’exportation des médicaments d’intérêt thérapeutique majeur.

Article 152 : Sanctions prévues en cas de non respect des dispositions du code de la santé publique lors de la prescription de médicaments vétérinaires

Article 153 : Dispositif dérogatoire au monopole des pharmaciens d’officine pour la dispensation en urgence de médicaments issus du stock de l’Etat

- En cas d’accident nucléaire ou d’acte terroriste ;
- Liste de médicaments arrêtée par le ministre chargée de la santé.

Article 154 : Fixation du seuil de phtalates en dessous duquel un dispositif médical (DM) peut être utilisé dans l’attente de l’arrivée sur le marché de nouveaux DM sans phtalate par arrêté

Chapitre IV : Développer la recherche et l’innovation en santé au service des usagers

Article 155 : Réduction des délais de mise en oeuvre des recherches cliniques industrielles au sein des établissements de santé et mesures leur permettant une autorisation de fabrication des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement

- Obligations envers le promoteur ;
- Mise à disposition gratuite des médicaments expérimentaux par le promoteur ;
- Mise en place d’une convention, conforme à une convention type définie par arrêté du ministre chargé de la santé, qui comprend les conditions de prise en charge des surcoûts liés à la recherche ;

- La structure destinataire des intéressements financiers versés par l'industrie pour soutenir les activités des investigateurs de l'établissement est partie à la convention au même titre que l'établissement et le promoteur ;
- Tous les coûts liés à la recherche sont pris en charge par le promoteur industriel ;
- Des recherches biomédicales peuvent être réalisées sur des gamètes destinées à constituer un embryon ;
- Les établissements de santé titulaires d'une autorisation peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante ;
- La convention unique est ouverte aux maisons et aux centres de santé pluri-professionnels dans les mêmes conditions que celles pour les établissements ;
- Les conventions uniques régissant les recherches biomédicales à finalité commerciale sont ouvertes aux maisons et aux centres de santé dans les mêmes conditions que celles pour les établissements de santé ;
- Une fois signées, les conventions sont transmises au conseil national de l'ordre des médecins ;
- Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, les établissements de santé titulaires d'une autorisation peuvent assurer la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution et l'exploitation des médicaments de thérapie innovante ;
- Modalités d'application de l'article précisées par décret.

Article 156 : Organisation d'un dialogue entre les services de la HAS et les entreprises porteuses de projets de santé innovants

- Permet aux entreprises d'obtenir des informations méthodologiques afin d'éviter des investissements inutiles et des délais supplémentaires.

Article 157 : Développement des recherches biomédicales concernant le domaine des soins infirmiers.

TITRE IV : RENFORCER L'EFFICACITE DES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA DEMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre I : Renforcer l'animation territoriale conduite par les ARS

Article 158 : Territorialisation de la politique de santé

- Traduction des orientations stratégiques retenues dans un seul schéma d'organisation par les ARS ;

- **Projet Régional de Santé (PRS):** définition des objectifs pluriannuels de l'ARS dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures pour les atteindre, en cohérence avec la stratégie nationale de santé ;
- **Composition du PRS :** un cadre d'orientation stratégique déterminant les objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ; un schéma régional de santé pour cinq ans établi sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et qui détermine pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ;
- Le PRS a pour missions de contribuer à la préparation et à l'organisation du dispositif de réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle ; il est en charge de l'organisation, lorsqu'un accord-cadre international le permet, de la coopération sanitaire et médico-social avec les autorités du pays voisin ;
- Les objectifs portent sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge, ainsi que sur l'organisation des parcours de soins, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils peuvent être mis en œuvre par des contrats locaux de santé ;

En ce qui concerne le schéma régional de santé :

- Il indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours et des soins de second recours mentionnés ; les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ;
- Il fixe les objectifs en matière d'évolution de l'offre de soins, précisés pour chaque activité de soins et pour chaque catégorie d'équipement matériel lourd, les créations et suppressions d'implantations ainsi que les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;
- Il fixe les objectifs en matière d'évolution de l'offre des établissements et services médico-sociaux, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux ;
- Il définit l'offre d'examens de biologie médicale en fonction des besoins de la population ; la prévention des maladies vectorielles et formation des professionnels de santé à ces affections et le plan d'action pour l'accès à l'interruption volontaire de grossesses (IVG) ;

Les autorisations accordées par le directeur général de l'ARS sont compatibles avec les objectifs fixés. Dans les territoires frontaliers, le schéma régional de santé doit comporter un volet transfrontalier prenant en compte les besoins et l'offre disponible dans le pays voisin.

Le schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région

Le directeur général de l'ARS détermine par arrêté les zones où l'offre de soins est insuffisante ou connaissant des difficultés et les zones où l'offre est particulièrement élevée

Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application.

Les consultations préalables à l'adoption et les règles d'adoption du PRS permettent son articulation avec les autres documents de planification des politiques publiques.

En ce qui concerne les territoires de santé :

- Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles les directeurs généraux des ARS déterminent les territoires et les zones spécifiques ;
- Ce décret organise la consultation pour avis du représentant de l'Etat dans la Région sur le PRS et précisant également les consultations (CRSA et collectivités territoriales) ;
- La CRSA procède en lien avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, et de la qualité des prises en charge et des accompagnements ;
- La mise en oeuvre du PRS peut faire l'objet de contrats locaux de santé (CLS) conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social ;
- Les universités et les collectivités territoriales concernées participent à l'analyse des besoins et de l'offre en formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social. Sont associés l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologiques ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé ;
- L'autorité qui a délivré l'habilitation doit, dans le délai d'un an à compter de la publication du schéma applicable et préalablement à toute décision, demander à l'établissement ou au service de modifier sa capacité ou transformer son activité en fonction de l'évolution des objectifs et des besoins et lui proposer à cette fin la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;
- Les PRS entrent en vigueur au plus tard au 1er janvier 2018. Le PRS applicable dans chaque région à la date de promulgation de la présente loi reste en vigueur jusqu'à la publication, dans la région, du projet régional de santé mentionné ;
- Sont prises en compte les ARS des actions de « prévention partagée », susceptibles dans une démarche horizontale de mieux associer et impliquer les publics ciblés dans les actions de santé publique ;
- Les ARS peuvent développer des actions de coopération internationale ;
- Dans chaque région, les arrêtés définissant les zones de mise en oeuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé en vigueur à la date de promulgation de la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la publication des arrêtés prévus, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

Article 159 : Habilitation des agents du Ministère de la Défense à assurer le contrôle sanitaire aux frontières

- Permet l'intervention des agents du Ministère à tout moment sur l'ensemble du territoire ;
- Le représentant de l'Etat peut habilitier des agents travaillant sur les plateformes portuaires et aéroportuaires pour une intervention rapide.

Article 160 : Organisation régionale des vigilances sanitaires et missions des professionnels de santé

- En lien avec les établissements concernés, les ARS sont responsables de la bonne organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires ;
- Constitution par les ARS des réseaux régionaux de vigilance sanitaire (décret en Conseil d'Etat) ;
- Création d'un portail commun de déclaration visant à faciliter la déclaration d'événements indésirables de toute nature avec retour d'information systématique vers le déclarant ;
- Rappel des missions de santé publique pesant sur les professionnels de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) dans le cadre de l'exercice de leurs compétences ;
- Généralisation du principe d'information de tous les professionnels de santé qui recevront par voie électronique les messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires.

Article 161 : Extension du champ des acteurs participant à la concertation sur la régulation et l'organisation de l'offre de services de santé et de services médico-sociaux

- Les professionnels de santé concernés analysent les causes de ces infections et événements indésirables ;
- Extension du champ de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins à tous les professionnels de santé quel que soit leur lieu et leur mode d'exercice ainsi qu'aux établissements et services médico-sociaux.

Chapitre II : Renforcer l'alignement stratégique entre l'Etat et l'Assurance maladie

Article 162: Remplacement du Contrat pluriannuel de gestion du risque conclu pour quatre ans entre l'Etat et l'UNCAM par un plan de deux ans décliné en région

- Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et afin d'assurer la mise en oeuvre de la politique de santé, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'UNCAM un contrat dénommé plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins qui définit pour une durée de deux ans les objectifs pluriannuels de gestion du risque et relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'UNCAM ;
- Ce contrat est soumis avant sa signature aux commissions permanentes des assemblées chargées de la sécurité sociale ;
- Ce plan définit, au sein de programmes nationaux, les actions concourant à la mise en oeuvre de ces objectifs et relevant de chacun des signataires. Les programmes nationaux sont établis par un Comité national de la gestion du risque et de l'efficience du système de santé, dont la composition et les modalités de fonctionnements sont définis par arrêté ;
- Le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de santé est décliné dans chaque région par un plan pluriannuel régional gestion du risque et d'efficience du système de santé ;

- Les modalités de mise en œuvre de ce plan sont déterminées par une convention ;
- La convention prend en compte les particularités territoriales et peut adapter les actions de gestion du risque et relatives à l'efficacité du système de santé en fonction de celles*-ci ou prévoir des actions spécifiques.

Article 163 : Inclusion de données présentées par sexe dans le rapport annuel de gestion de la CNAMTs en particulier pour les accidents de travail et maladies professionnelles

Article 164 : Autorisation des ministres chargés de la sécurité sociale à fixer des lignes directrices pour la négociation des accords conventionnels entre assurance maladie et professionnels de santé libéraux, possibilité de négocier une adaptation régionale des conventions nationales (hors tarifs), qui peut être ensuite déclinée par l'ARS, suppression du collège des spécialistes de bloc des URPS

- Principes cadres définis par lettre des ministres au président du conseil de l'UNCAM ;
- Territorialisation de la politique conventionnelle de tout ou une partie des mesures conventionnelles prévues au plan national selon la procédure suivante ;
- Intégration systématique dans les orientations de la négociation conventionnelle définie par le conseil de l'UNCAM d'un questionnement sur l'opportunité de prévoir une déclinaison régionale ;
- Possibilité pour les partenaires conventionnels d'ouvrir des marges d'adaptation de la convention nationale au niveau régional pour les mesures de régulation de l'installation des professionnels de santé.

Chapitre III : Réformer le système d'agences sanitaires

Article 165 : Fin du régime juridique spécifique des produits thérapeutiques annexes (PTA)

- Les produits au statut de PTA seront qualifiés soit de dispositif médical, soit de médicament, soit de matière première à usage pharmaceutique.

Article 166 : Création de l'Agence nationale de santé publique, simplification par voie d'ordonnance de certaines missions de l'ANSM et de l'EFS, renforcement de la coordination du système d'agences sanitaires par voie d'ordonnance

- Création d'un nouvel établissement public : l'Agence nationale de santé publique (fusion de l'Institut de Veille Sanitaire [InVS], de l'Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé [INPES] et de l'Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires [EPRUS]) ;
- Nom de la future agence : de santé publique « Santé publique France » ;
- L'établissement dispose de cellules d'intervention en région placées auprès des directeurs des ARS ;

- Renforcement de la coordination des opérateurs de l'Etat intervenant dans le champ du ministère chargé de la Santé : coordination des programmes de travail annuels pour les agences sous la tutelle unique du ministre en charge de la Santé ;
- Simplification et accélération des procédures mises en oeuvre par l'ANSM (dont : autorisation d'importation de médicaments pour les particuliers, suivi des importations de produits par les équipes sportives, etc...) et l'Etablissement Français du Sang (EFS) (dont : simplification des modalités d'élaboration et d'actualisation des Schémas d'Organisation de la Transfusion Sanguine [SOTS]) ;
- Pour l'ensemble des agences ayant une responsabilité en matière de sécurité sanitaire : regroupement et harmonisation des dispositions législatives relatives à leurs missions, leur organisation ou leur fonctionnement ;
- Pour les agences placées sous la tutelle exclusive du ministre chargé de la Santé : clarifications juridiques et harmonisation des régimes de décisions des directeurs généraux ou présidents ainsi que l'organisation de la représentation des usagers au sein des instances ;
- Le Gouvernement est autorisé à légiférer par ordonnance sur le renforcement de la coordination du système des agences sanitaires et à la simplification de certaines missions de l'EFS ;
- Possibilité d'adapter la gouvernance de la HAS et de revoir ses missions afin qu'elles concordent au mieux aux enjeux sanitaires.

Article 167 : Possibilité pour les services de douanes d'effectuer des contrôles à l'importation sur les produits cosmétiques.

Article 168 : Suppression des procédures d'autorisation relatives aux importations de médicaments pour les particuliers et pour les médecins accompagnant une équipe sportive lors de compétitions se déroulant en France.

Article 169 : Garantie de l'égal accès des femmes et des hommes aux instances délibérantes des institutions sanitaires nationales et des agences régionales de santé

- ONIAM, EFS, ANSM, ABM et l'établissement qui se substituera à l'InVS, à l'INPES et à l'EPRUS.

Article 170 : Transfert aux pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé des activités de conservation en vue de la délivrance et les activités de délivrance des plasmas.

- Valable pour les plasmas à finalité transfusionnelle dans la production desquels intervient un processus industriel.

Article 171 : Transfert du pilotage de la toxicovigilance

- Transfert de l'Institut de veille sanitaire (InVS) à l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ;

- Définition de la toxicovigilance ;
- Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

Article 172 : Accessibilité des programmes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé aux personnes handicapées

Article 173 : Transfert à l'Agence de la biomédecine (ABM) de la biovigilance

- Lait maternel, les organes, les tissus, les cellules et les préparations de thérapie cellulaire.

Article 174 : Renforcement des structures de soins ambulatoires par des ressources exceptionnelles

- Possibilité de mobiliser les réservistes auprès des maisons et centres de santé ;
- Possibilité de renforcer ponctuellement les agences sanitaires nationales fortement mobilisées ;
- Possibilité pour l'ARS de faire appel à la réserve sanitaire.

Chapitre IV : Associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et renforcer les droits

Article 175 : Information du patient relevant de soins palliatifs de recevoir les soins sous forme ambulatoire ou à domicile

Article 176 : Renforcement de la formation des représentants des usagers

- Droit à la formation pour tout représentant d'utilisateur afin de tenir compte de la place plus importante des usagers dans les instances de santé publique (liste des associations de représentants et cahier des charges définis par arrêté ministériel) ;
- Formation conforme à un cahier des charges (défini par arrêté ministériel) ;
- Création d'un droit à indemnité (un décret détermine les modalités et un arrêté ministériel fixe le montant de cette indemnité).

Article 177 : Obligation légale de représentation des usagers dans les organes de gouvernance de toute agence sanitaire nationale

Article 178 : Renforcement de la transparence sur les rémunérations versées par les industriels aux professionnels de santé

- Les rémunérations versées par les entreprises commercialisant des produits de santé à des personnes physiques ou morales dans le cadre des conventions sont publiées sur le site internet public ;
- Les conventions commerciales sont exclues de la publication ;

- Possibilité pour un tiers de réutiliser les informations publiées sur le site public transparence ;
- Différentes mesures qui viennent compléter la législation du *Sunshine Act*.

Article 179: Institution d'un déontologue dans les agences sanitaires et le CEPS

- Obligations en matière de déontologie ;
- Institution d'un déontologue pour les agences et autorités sanitaires dont l'importance le justifie ;
- Extension du dispositif du déontologue au Comité économiques Produits de santé CEPS.

Article 180 : Possibilité pour le gouvernement de légiférer par ordonnance pour renforcer le dispositif dit « anti-cadeaux » ou « anti-corruption »

Article 181 : Instauration d'un droit d'alerte des usagers auprès de la HAS

- Possibilité pour les associations agréées de saisir directement la HAS ;
- Les réponses de la HAS sont rendues publiques, le cas échéant, à l'issue d'une audience publique.

Article 182 : Conclusion d'un accord-cadre entre le CEPS et les associations d'usagers

- Renforcement des liens avec le CEPS via l'instauration d'un accord-cadre avec les associations d'usagers ;
- Création d'un droit d'audition systématique et d'un comité d'interface.

Article 183 : Remplacement de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) par la Commission Des Usagers (CDU)

- Droit de consultation sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'organisation des parcours de soins, la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission ou la Conférence Médicale d'Etablissement (CME) ;
- Formulation de propositions dans ce domaine et prise de connaissance des plaintes ou des réclamations formulées à ce sujet ;
- Droit d'accès aux données médicales relatives aux plaintes et aux réclamations, sous réserve de l'accord écrit de la personne concernée ou ses ayants droit ;
- Membres de la CDU astreints au secret professionnel ;

- Composition et modalités de fonctionnement de la CDU fixées par décret.

Article 184 : Création de l'action de groupe dans le domaine de la santé

- Définition : lorsque plusieurs usagers du système de santé placés dans une situation identique ou similaire ont subi un dommage corporel ayant pour cause commune un manquement aux obligations légales ou contractuelles du même producteur / fournisseur / prestataire d'un produit de santé ou du même prestataire utilisant l'un de ces produits, une association d'usagers agréée peut introduire une action en justice en réparation des préjudices individuels ;
- Compétences du juge à l'occasion d'une action de groupe où il sera amené à statuer ;
- Possibilité de recourir à une médiation à la demande du juge : le médiateur peut proposer aux parties une convention réglant les conditions de l'indemnisation amiable des dommages faisant l'objet de l'action (conditions d'application du régime de la médiation déterminée par décret en Conseil d'Etat).

Article 185 : Précision sur l'exclusion de la chirurgie esthétique non réparatrice du champ de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM) qui ne concerne pas l'IVG

Article 186 : Renforcement du pilotage de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) sur les contentieux portés devant les caisses d'assurance maladie

- La CNAMTS donne aux caisses primaires d'assurance maladie, aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail et aux caisses générales de sécurité sociale un avis préalable à l'engagement de contentieux devant la Cour de cassation ;
- Compétence de la CNAMTS pour agir en justice pour le compte des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale ;
- Selon les conditions fixées par décret, la Cnamts, le RSI et la CCMSA peuvent se substituer aux bases locales pour régler des litiges.

Article 187 : Réexamen par l'ONIAM de certains dossiers d'indemnisation au titre des dommages imputés au benfluorex

- Mesure présentée dans la loi de finances rectificatives pour 2014 censurée par le Conseil constitutionnel et reprise à l'identique dans ce projet de loi.

Article 188: Harmonisation des délais de prescription applicables aux actions introduites devant l'ONIAM

Article 189 : Accès au dossier médical de la personne décédée et antérieurement prise en charge ouvert aux héritiers et leurs ayants droit, au conjoint, au concubin ou au partenaire lié par un PACS

Article 190 : « Droit à l'oubli » pour les personnes ayant eu un problème grave de santé afin d'améliorer l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes

- Une convention nationale détermine les modalités et les délais, dans une limite de dix ans après la fin du protocole thérapeutique, au-delà desquels les personnes ayant souffert d'une pathologie cancéreuse ne peuvent se voir appliquer une majoration de tarifs ou une exclusion de garanties pour leurs contrats d'assurance. Ce délai est ramené à cinq ans en cas de pathologie cancéreuse survenue avant l'âge de 18 ans ;
- La convention prévoit également les délais au-delà desquels aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être recueillie par les organismes assureurs ;
- La liste des pathologies et les délais sont fixés conformément à une grille de référence publique ;
- Un décret en Conseil d'Etat définit les sanctions applicables en cas de manquement à l'obligation de mettre à jour régulièrement les modalités et les délais prévus en fonction des progrès thérapeutiques.

Article 191 : Etendue aux dons de cellules et d'ovocytes de l'interdiction de toute discrimination comme facteur de refus de contrat d'assurance ou dans le calcul des primes et des prestations

Article 192 : Principe d'accord tacite au don d'organes, sauf refus exprimé dans un registre national, à compter de 2018

- Le don d'organes est automatique sauf si la personne a fait connaître son refus de son vivant ;
- Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles ce refus peut être exprimé et révoqué.

Chapitre V : Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé

Article 193 : Création d'un système national des données médico-administratives, création d'un Institut national des données de santé, réforme des modalités concernant le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques

- Le système national des données de santé centralisera les données des bases existantes en matière sanitaire et médico-sociale et assurera leur mise à disposition selon deux modalités distinctes :
- Les données pour lesquelles aucune identification est possible seront accessibles et réutilisables par tous en *open data* ;
- Les données potentiellement identifiantes pourront être utilisées :
 - sur autorisation de la CNIL, à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation d'intérêt public dans le domaine de la santé
 - sur autorisation par décret du Conseil d'Etat, après avis de la CNIL, pour l'accomplissement des missions de service public

- gouvernance du système national des données de santé appuyée sur un institut des données de santé réunissant les parties prenantes dans un groupement d'intérêt public
- gestion opérationnelle de la base de données confiée pour l'essentiel à la Cnamts.

- Mise à disposition des données issues des systèmes d'information hospitaliers, du système d'information de l'assurance maladie, sur les causes de décès, médico-sociales et de remboursement par bénéficiaire transmises par les organismes d'assurance maladie complémentaire ;

- Possibilité de retrouver l'identité d'une personne dont les données figurent dans le SNDS en cas d'urgence ou d'alerte sanitaire ;

- Un arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la CNIL fixe :
 - les organismes chargés de gérer la mise à disposition effective des données du Système national des données de santé
 - la liste des catégories de données réunies au sein du SNDS

- création de l'Institut national des données de santé (constitué par l'Etat, les organismes représentant les malades et les usagers du système de santé, les producteurs des données de santé et les utilisateurs public et privés des données de santé ainsi que les organismes de recherche en santé) ;

- liste des organismes constituant le groupement d'intérêt public et règles de fonctionnement fixées par un décret en Conseil d'Etat.

Chapitre VI : Renforcer le dialogue social

Article 194 : Création d'une instance nationale consultative des personnels médicaux et pharmaceutiques des établissements publics de santé et détermination des règles de représentativité

- Droit syndical garanti aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé n'ayant pas la qualité de fonctionnaires (un décret prévoit la mise en oeuvre des droits et moyens syndicaux de ces personnels) ;

- Participation de ces personnels aux négociations avec les autorités compétentes ;

- Création du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé (composition et organisation fixées par décret) ;

- Création d'une commission statutaire nationale comprenant deux collèges : celui des représentants de praticiens et celui des représentants des personnels enseignants et hospitaliers titulaires.

Article 195 : Rénovation de la gouvernance hospitalière

- Réforme de la gouvernance des établissements publics de santé et adaptation de leur organisation interne en rendant notamment facultative l'organisation en pôles en dessous d'un certain seuil (exprimé en nombre d'emplois à temps plein) ;
- Prévision d'une taille maximale pour la constitution de ces mêmes pôles ;
- Réforme des conditions de désignation des chefs de pôles (durée de mandat fixée par décret) ;
- Organisation de la concertation interne et favorisation du dialogue social au sein des pôles, sous la responsabilité des chefs de ces derniers ;
- Renforcement du rôle et de la place du président de la Commission Médicale d'Établissement (CME) au sein de l'exécutif de l'établissement avec la signature d'une charte de gouvernance entre le directeur et le président de la CME (décret) ;
- Pour la CME des établissements publics de santé : composition actualisée afin de donner plus de visibilité aux sages-femmes ;
- Pour la participation des usagers : représentation dans les CA et les organes qui en tiennent lieu dans les établissements de santé privé participant au SPH, peu importe leur statut (modalités précisées par voie réglementaire).

Article 196 : Préparation de la fusion de certaines ARS au 1^{er} janvier 2016

- Prise des dispositions nécessaires à l'application aux ARS de la réorganisation des régions découlant de la loi relative à la délimitation des régions ;
- Les dispositions devant entrer en vigueur avant le 1^{er} janvier 2016 sont fixées par ordonnance ;
- Maintien des Plans régionaux de santé et des schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS) jusqu'à leur remplacement par les dispositifs définis par la loi.

Article 197 : Report au 1^{er} janvier 2016 de l'obligation pour les employeurs de souscrire l'accès à une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident du travail

- Pour les salariés, agricoles et non-agricoles qui bénéficient déjà d'une assurance maladie complémentaire de santé obligatoire au titre de leur affiliation au régime local d'Alsace Moselle ;
- Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités selon lesquelles ce refus peut être exprimé et révoqué.

TITRE V : MESURES DE SIMPLIFICATION ET D'HARMONISATION

Article 198 : Allègement des modalités entourant le protocole de soins pour les affections de longue durée (ALD)

- Suppression des contraintes pour le bénéficiaire de l'exonération (examen périodique spécial, signature du protocole de soins) ;
- En l'absence d'avis du service du contrôle médical sur le protocole de soins dans un délai fixé par décret, celui-ci est réputé favorable ;
- Le médecin traitant est dispensé d'inscrire dans le protocole de soins les obligations auxquelles le bénéficiaire de l'exonération doit se soumettre.

Article 199 : Reconnaissance automatique auprès du Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA) du lien entre l'exposition à l'amiante et le décès d'un assuré pris en charge à ce titre par une caisse de sécurité sociale

Article 200 : Mesures visant à faire peser sur les infracteurs les frais de destruction des colis personnels de produits d'origine animale non conformes

Article 201: Simplification par voie d'ordonnance du droit des Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) sur des questions techniques

Article 202 : Transmission par le médecin-conseil des caisses de sécurité sociale d'éléments médicaux à l'expert mandaté par la juridiction en cas de contentieux des AT-MP

Article 203 : Obligation de parité pour la commission de recours amiable appelée à statuer sur les litiges relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles

Article 204 : Diverses mesures de simplification par voie d'ordonnance

- Simplification et modernisation du régime des établissements de santé ;
- Simplification des différentes étapes d'une procédure de fusion entre établissements de santé ;
- Assouplissement du droit actuel des pharmacies à usage intérieur (PUI) ;
- Attribution au Centre national de gestion de la prise en charge de la rémunération des directeurs d'hôpital et des personnels médicaux titulaires mis à disposition des inspections générales interministérielles ;
- Simplification de la législation en matière de sécurité sanitaire ;
- Simplification de la législation en matière de traitement des données personnelles de santé ;

- Simplification et renforcement de l'accès aux soins de premier recours.

Article 205 : Transmission au représentant de l'Etat dans la région ou à l'ARS des décisions d'autorisation de création, de transformation ou d'extension délivrées exclusivement par la Président du conseil départementale pour les établissements sociaux ou médico-sociaux

Article 206 : Facilitation de l'évolution des structures autres que médico-sociales qui bénéficient d'une autorisation de délivrer des soins à certaines catégories d'assurés sociaux afin qu'elles puissent s'ouvrir aux autres assurés

Article 207 : Intégrer les centres de santé comme des acteurs à part entière de la permanence des soins

Article 208 : Elargissement des missions des manipulateurs d'électroradiologie

- Réalisation d'actes de physique médicale dans des conditions définies par décret en Conseil d'État (participation à des actes de médecine nucléaire) ;
- Réalisation d'actes dans des pharmacies à usage intérieur, dans des conditions définies par décret (participation à des actes de radio-pharmacie).

Article 209 : Obligation pour les centres de santé de pratiquer le tiers payant et les tarifs conventionnels et extension des obligations des centres de santé en matière d'information des usagers sur les activités de soins

Article 210 : Création d'un comité consultatif national unique pour l'ensemble des corps de catégorie A de la fonction publique hospitalière par la fusion des comités existants

Article 211 : Réforme par ordonnance des dispositions codifiées encadrant l'expression du consentement des personnes placées sous une mesure de protection juridique pour toute décision en lien avec un acte médical

Article 212 : Réforme par ordonnance des ordres des professions de santé

Article 213 : Préparations des fusions des URPS et suppression de leurs fédérations

Article 214 : Diverses habilitations à légiférer par ordonnance concernant les thanatopracteurs

- Encadrement de la pratique de conservation par les thanatopracteurs afin qu'elle ne puisse avoir lieu que dans les lieux adaptés ;
- Renforcement de la sécurité sanitaire sur la pratique ainsi que la levée de l'interdiction des soins de conservation sur les personnes atteintes d'hépatites virales et VIH.

Article 215 : Rapprochement du régime des associations agréées de celui applicable aux services d'incendie et de secours pour ce qui concerne les évacuations de victimes

Article 216 : Transposition de trois directives relevant du domaine de santé sur les rayonnements ionisants, sur les produits du tabac et sur la reconnaissance des qualifications professionnelles (pour les psychothérapeutes, conseiller en génétique et radiophysicien) par voie d'ordonnance

- Transposition de directives de l'Union européenne ;
- Adaptation de la législation relative aux recherches biomédicales ;
- La formation des professionnels de santé afin de sécuriser la reconnaissance des qualifications obtenues dans un Etat membre de l'Union européenne ;
- Adapter la législation nationale au règlement sanitaire international ;
- Possibilité pour le Gouvernement de prendre par ordonnance les mesures relevant du domaine de la loi permettant de reconnaître la profession de physicien médical comme profession de santé.

Article 217 : Transposition des dispositions de la directive soins transfrontaliers imposant aux prestataires de soins de fournir des informations utiles aux patients

- Mise en place d'un devis normalisé pour la fourniture d'un dispositif médical sur mesure. Ce devis comprend le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation, le tarif de responsabilité et le cas échéant, le montant du dépassement facturé ainsi que le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie ;
- Remise au patient des documents qui garantissent la traçabilité et la sécurité des matériaux ;
- Un arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale fixe les conditions d'application du présent article.

Article 218 : Adaptations législatives à la formation des professionnels de santé et harmonisation de la procédure de reconnaissance des qualifications dans un État membre de l'Union européenne

Article 219 : Assouplissement de l'obligation de présentation d'un certificat médical pour le renouvellement d'une licence sportive conditions définies par décret

Article 220 : Suppression du certificat médical pour le sport scolaire associatif

Article 221 : Ratification de l'ordonnance du 30 septembre 2015 qui intègre dans notre droit interne les principes figurant dans le code mondial antidopage

Article 222 : Service de santé des armées et Institution nationale des invalides

- Harmonisation des dispositions législatives par ordonnances afin d'être en accord avec les dispositions de la présente loi.

Article 223 : Dispositions relatives à l'outre-mer

- Prise par ordonnance de mesures nécessaires à l'adaptation des dispositions de la présente loi aux caractéristiques et contraintes particulières aux collectivités d'outre-mer.

Article 224 : Obligation d'inclure des données chiffrées concernant l'outre-mer dans les publications de statistiques publiées par le ministère ou les services déconcentrés

Article 225 : Autorisation à légiférer par voie d'ordonnance pour assurer la cohérence des textes au regard des dispositions de la présente loi

Article 226 : Ratification de l'ordonnance du 24 décembre 2013 relative à l'adaptation du code de la santé publique à Mayotte

Article 227 : Ratification de l'ordonnance du 19 décembre 2013 relative à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et à l'adaptation des prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements

Aspects réglementaires

PROJETS DE LOI SUCCESSIFS

(2014). Texte de l'avant-projet de loi relatif à la politique de santé : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: Mis en ligne au printemps 2014 sur le site de la revue : Espace social et santé, ce document présente les principaux points du projet de loi sur la santé publique en France, qui devrait être discuté au Parlement début 2015

(2014). Projet de loi relatif à la santé : version transmise au Conseil d'Etat : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: Mis en ligne en juillet 2014 sur le site de la revue : Espace social et santé, ce document présente les principaux points du projet de loi sur la santé publique en France, qui devrait être discuté au Parlement début 2015. Il constitue la version transmise au Conseil d'Etat.

Assemblée nationale ([dossier législatif sur le site de l'Assemblée nationale](#))

1^{ère} législature

- [Texte](#) n° 2302 de Mme Marisol TOURAINE, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, déposé à l'Assemblée Nationale le 15 octobre 2014
- [Rapport](#) n° 2673 de M. Olivier VÉRAN, Mme Bernadette LACLAIS, M. Jean-Louis TOURAINE, Mme Hélène GEOFFROY et M. Richard FERRAND, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 20 mars 2015
- [Texte de la commission](#) n° 3673 déposé le 20 mars 2015
- [Texte](#) n° 505 adopté par l'Assemblée nationale le 14 avril 2015

Sénat ([dossier législatif](#))

1^{ère} législature

- [Texte](#) n° 406 (2014-2015) transmis au Sénat le 15 avril 2015
- Travaux de commission
 - [Comptes rendus des réunions des commissions](#)
- Projet de loi de modernisation de notre système de santé - Petite Loi
Texte adopté par le Sénat le 6 octobre 2015
[Le dossier législatif du Sénat](#)

Assemblée nationale ([dossier législatif sur le site de l'Assemblée nationale](#))

Nouvelle lecture

- [Texte](#) n° 209 (transmis au Sénat le 2 décembre 2015)

Sénat ([dossier législatif](#))

Nouvelle lecture

- [Projet de loi rejeté](#) (14 décembre 2015)

Assemblée nationale ([dossier législatif sur le site de l'Assemblée nationale](#))

Lecture définitive

[Texte](#) adopté le 17 décembre 2015

LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

> [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), ([Journal officiel du 27 janvier 2016](#)).

LES TEXTES MODIFIANT LA LOI

> [Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016](#)

> [L'ordonnance n° 2016-301 du 14 mars 2016 relative à la partie législative du code de la consommation](#) modifie l'article 21 par l'article 32.

> [La loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016](#) de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne modifie l'article 196 par l'article 18.

> [L'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017](#) de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé abroge l'article 53 par l'article 7.

> [La loi n° 2017-220 du 23 février 2017](#) ratifiant l'ordonnance n° 2016-966 du 15 juillet 2016 portant simplification de procédures mises en oeuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et comportant diverses dispositions relatives aux produits de santé modifie l'article 225 par l'article 5.

> [La loi n° 2017-256 du 28 février 2017](#) de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique modifie l'article 223 par les articles 26 et 42.

> [La LOI n° 2017-1487](#) du 23 octobre 2017 ratifie l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO du 24/10/17.

> [La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017](#) de financement de la sécurité sociale pour 2018 modifie l'article 166 par l'article 72.

> [La loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017](#) de financement de la sécurité sociale pour 2018 modifie l'article 83 par l'article 63.

> [L'Ordonnance n° 2018-21](#) du 17 janvier 2018 met en cohérence les textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JO du 18/01/18. Celle-ci, comme l'indique [le rapport au président de la République](#), apporte différentes modifications, notamment sur les projets régionaux de santé (PRS), l'installation ou le maintien des professionnels de santé, l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information, le dossier médical partagé (DMP).

> [Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019](#) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé modifie l'article 107 par l'article 57.

LES TEXTES D'APPLICATION

En février 2017, 147 textes d'application avaient déjà été publiés dans le cadre de la loi de santé, soit 25 ordonnances, 57 décrets en Conseil d'État 27 décrets simples et 38 arrêtés.

La liste figurant dans ce document ne prétend pas à l'exhaustivité, mais recense les principaux textes selon l'ordre des articles contenus dans la loi. Un récapitulatif des textes publiés en application de la loi est disponible sur le site du [Sénat](#) et sur le site de [Légifrance](#).

Article 1

> [Décret n° 2017-90 du 26 janvier 2017](#) relatif à l'Union nationale des associations agréées d'utilisateurs du système de santé ; Le décret a pour objet de préciser les missions et les règles de fonctionnement de l'Union nationale des associations agréées des utilisateurs du système de santé (UNAASS). Cette union est composée des associations d'utilisateurs du système de santé agréées au niveau national. Elle comporte un siège national et des délégations territoriales dénommées « unions régionales des associations agréées d'utilisateurs du système de santé ». Les unions régionales sont composées des représentants régionaux d'associations agréées au niveau national et des représentants des associations agréées au niveau régional.

Articles 7, 96 et 189

> [Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016](#) relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Article 27

> [Décret n° 2016-334 du 21 mars 2016](#) relatif au paquet neutre des cigarettes et de certains produits du tabac.

Article 28

> [Décret n° 2017-633 du 25 avril 2017](#) relatif aux conditions d'application de l'interdiction de vapoter dans certains lieux à usage collectif. Le vapotage est autorisé dans les bars et les restaurants, mais interdit dans certains lieux publics. A partir du 1er octobre 2017, il sera en effet puni d'une contravention dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs, mais aussi dans les moyens de transport collectif fermés » (train, bus, métro...) ainsi que « dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Articles 41 et 43

> [Arrêté du 22 mars 2016](#) portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque ».

Article 66

> [Décret n° 2017-985 du 10 mai 2017](#) relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière ; Les pharmaciens des régions Auvergne-Rhône-Alpes et Nouvelle-Aquitaine sont autorisés – à titre expérimental, pour trois ans – à procéder à des vaccinations contre la grippe.

Article 69

> [Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale](#) : **il est** le premier texte structurant depuis une vingtaine d'années dans le champ de la santé mentale. Il fixe les 6 priorités auxquelles doit répondre chaque projet territorial :

- le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement social ou médico-social
- l'organisation – sans rupture – du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques
- la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
- l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Article 75

> [Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016](#) relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires.

Article 83

> [Décret n° 2016-439](#) du 12 avril 2016 relatif au comité de pilotage du tiers payant chargé d'évaluer le déploiement et l'application du tiers payant, d'identifier les difficultés rencontrées par les professionnels de santé et de formuler, le cas échéant, les préconisations d'amélioration. Cette instance est créée pour une durée de trois ans, et devra se réunir au moins deux fois par an. Elle sera composée de 37 membres comprenant les cinq syndicats de médecins libéraux représentatifs, des représentants des étudiants, internes et jeunes praticiens mais aussi des responsables des centres de santé, des représentants de plusieurs autres professions de santé (sages-femmes, pharmaciens, biologistes, dentistes, kinés, orthophonistes, orthoptistes, pédicures), des membres de l'Assurance maladie et des complémentaires santé et des patients.

1^{er} juillet 2016 : **Le tiers payant** est étendu aux femmes enceintes et aux personnes en ALD. À partir du 1^{er} juillet, les professionnels de santé pourront proposer la dispense d'avance de frais aux femmes enceintes et aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) grâce à un dispositif modernisé et simplifié. Le tiers payant s'applique déjà à tous les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Désormais, les professionnels de santé pourront le proposer aux patients couverts à 100 % par l'Assurance maladie : 15 millions de Français sont concernés. Cette possibilité deviendra un droit pour chaque Français le 30 novembre 2017.

> [Décret n° 2016-1069 du 3 août 2016](#) relatif aux garanties et délais de paiement en cas de pratique du tiers payant.

Article 90

> [Décret n°2017-816 du 5 mai 2017](#) relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Il définit la médiation sanitaire (ainsi que l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé). La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique "visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités". La loi confie également à la Haute Autorité de santé (HAS) la mission d'élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques encadrant les modalités d'intervention des acteurs, ainsi que leur place dans le parcours de soins des personnes concernées.

Article 96

> [Décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016](#) autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « dossier médical partagé. Ce décret autorise la Cnamts à créer et mettre en œuvre un traitement de données à caractère personnel dans le cadre du DMP, pour la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins.

Articles 7, 96 et 189

> [Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016](#) relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Articles 98 et suivants

> [Arrêté du 20 avril 2017](#) portant approbation d'un avenant à la convention constitutive du groupement d'intérêt public « Institut des données de santé » portant création du groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé ». L'INDS devient le point d'entrée unique pour les demandes d'accès aux bases de données de santé, notamment au SNDS. Il a également pour mission d'évaluer l'intérêt public des projets qui lui seront soumis. La volonté d'ouverture de l'INDS se traduit par une augmentation du nombre de ses membres, qui passe de 16 à 25, désormais répartis en six collèges : les régulateurs publics (Etat, assurance maladie, agences et autorités de santé), les usagers du système de santé, les professionnels et structures de soins, les organismes d'assurance complémentaire, la recherche et l'enseignement et les industriels et bureaux d'études.

Articles 108 et 201

> [Ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017](#) relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire. Elle fixe les modalités de création, organisation et fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

Article 114

> [Décret n°2016-942 du 8 juillet 2016](#) relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé.

Article 132

> [Décret n° 2016-1381 du 12 octobre 2016](#) relatif aux conditions de délivrance de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire correctrices et aux règles d'exercice de la profession d'opticien-lunetier. A compter du 17 octobre 2016, les opticiens-lunetiers sont autorisés à adapter la prescription de lentilles de contact dans le cadre d'un renouvellement et pourront, dans des cas d'urgence (perte ou de bris des verres correcteurs), délivrer des lunettes correctrices sans ordonnance. De plus, la durée de validité des ordonnances est allongée à 5 ans pour les 16-42 ans. Pour les personnes âgées de moins de 16 ans en revanche, aucun changement : l'ordonnance devra dater de moins d'un an. Pour les patients âgés de plus de 42 ans, le délai de validité de l'ordonnance reste inchangé, à 3 ans.

Article 138

> [Décret n° 2017-523 du 11 avril 2017](#) modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé. Pris en application de l'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé, ce décret introduit des mesures visant au renforcement du contrôle de l'activité libérale dans les établissements publics de santé. Le décret prévoit le recueil et le suivi informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisées au titre de l'activité publique. Une charte d'activité libérale intra-hospitalière est établie par les établissements au sein desquels les praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale. Elle est arrêtée par le directeur de l'établissement après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la CME et du conseil de surveillance. De nouvelles clauses sont introduites au sein des contrats d'activité libérale telles que la clause de non concurrence. La composition et le fonctionnement des commissions régionales de l'activité libérale sont définis.

Article 144

> [Décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016](#) relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée. Il fixe les modalités de prescription par le médecin traitant d'une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient souffrant d'une maladie longue durée.

Article 158

> [Décret n° 2016-1023 du 26 juillet 2016](#) relatif au projet régional de santé. Ce décret relatif au projet régional de santé en définit les règles d'adoption. Il détermine les consultations préalables ainsi que l'articulation du projet régional de santé avec les autres documents de planification des politiques publiques. Il précise également les conditions dans lesquelles des activités et des équipements particuliers peuvent faire l'objet d'un schéma interrégional de santé ou d'un schéma régional de santé spécifique.

> [Décret n° 2016-1024 du 26 juillet 2016](#) relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé

> [Arrêté du 3 août 2016](#) relatif à la composition du conseil territorial de santé.

> [Décret n° 2017-121](#) du 31 janvier 2017 relatif à l'expérimentation permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. Cette expérimentation, réalisée pour une durée de cinq ans, a pour objet d'évaluer la faisabilité et les conditions de généralisation sur les territoires de démocratie sanitaire d'un guichet, identifié par les usagers, ayant la faculté de les accompagner dans leurs

démarches et de défendre les droits des patients de façon transversale sur l'ensemble du parcours de santé.

> [Décret n° 2017-632 du 25 avril 2017](#) relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé. Dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (zones dites « sous-denses »), ou dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est au contraire particulièrement élevé (zones dites « sur-denses »), des mesures sont mises en œuvre pour réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. Le décret a pour objet de préciser les modalités selon lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé détermine ces zones pour chaque profession.

Articles 158 et 162

> [Décret n° 201661025 du 26 juillet 2016](#) relatif à la coordination entre les Agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie. Il instaure une commission des actions de l'ARS et de l'assurance maladie chargée d'organiser la participation des organismes à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet régional de santé et du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficience du système de soins. Le texte réglementaire apporte des précisions sur ce plan: il est arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis de la commission, pour 2 ans. Ce document vise à décliner les programmes nationaux de gestion du risque et d'efficience du système de soins établis par le comité national dédié conformément au plan établi entre l'Etat et l'Ucanss.

Article 184

> [Décret n° 2016-1249 du 26 septembre 2016](#) relatif à l'action de groupe en santé. Cette disposition permettra aux victimes d'accidents liés à des produits de santé de se défendre collectivement devant les tribunaux et ainsi de mutualiser les procédures et les frais de contentieux, par le biais des associations d'usagers agréées. À l'issue de la procédure, les indemnisations resteront déterminées de manière individuelle en fonction du préjudice réel de chacun. Marisol Touraine a salué une " avancée majeure pour les usagers ".

Articles 7, 96 et 189

> [Décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016](#) relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Article 193

> [Décret n° 2016-1871](#) du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel dénommé « système national des données de santé. Ce décret encadre la gouvernance et le fonctionnement du nouveau système national des données de santé (SNDS) qui entre en vigueur au 1er avril 2017. Géré par la Cnamts, le SNDS permettra de chaîner les données de l'assurance maladie (base SNIIRAM), les données des hôpitaux (base PMSI), les causes médicales de décès (base du CepiDC de l'INSERM), les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA), un échantillon de données en provenance des organismes complémentaires. Les deux premières

catégories de données constitueront la première version du SNDS attendue pour avril 2017. Les causes médicales de décès devraient alimenter le SNDS dès juin 2017. Les premières données en provenance de la CNSA arriveront à partir de 2018 et l'échantillon des organismes complémentaires en 2019. Ce décret précise aussi les modalités de mise en oeuvre du Système National des Données de Santé (SNDS), désigne les organismes chargés de la mise à disposition effective des données du SNDS, ainsi que les services de l'Etat, établissements publics ou organismes dotés d'un accès permanent au SNDS pour l'accomplissement d'une mission de service public. Il prévoit que l'Inserm peut être chargé, dans le cadre d'une convention conclue avec la CNAMTS, en tant que coordinateur national d'infrastructures de recherche utilisant des données de santé, d'assurer la réalisation des extractions et la mise à disposition effective de données du SNDS, pour des traitements mis en oeuvre à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation et dispose, pour ce faire, d'un accès permanent aux données du SNDS pour une infrastructure de services. Dans la continuité de ses activités passées pour les équipes Inserm et conformément à son plan stratégique 2016-2020, les chercheurs pourront ainsi disposer d'un soutien organisé pour l'accès aux données du SNDS auprès de cette infrastructure qui aura vocation à proposer ses services à l'ensemble de la communauté des chercheurs en santé, et à fédérer tous les partenaires experts du domaine. Outre la mise à disposition des données du SNDS, cette infrastructure proposera notamment un support et un partage de documentation sur les aspects technico-scientifique, réglementaire, juridique, éthique, et en data management et système d'information afin de favoriser l'exploitation scientifiques des données, dans des délais compatibles avec les contraintes de réactivité de la recherche et dans le respect du cadre éthique et réglementaire et de la confidentialité des données.

> [Décret n° 2016-1872 du 26 décembre 2016](#) modifiant le décret n° 2005-1309 du 20 octobre 2005 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les dispositions de ce second décret décrivent le circuit des demandes d'autorisation sur projet pour les recherches, études et évaluations n'impliquant pas la personne humaine, ainsi que pour les recherches non interventionnelles impliquant la personne humaine (et ne portant pas sur les médicaments). Il précise le contenu des dossiers déposés au secrétariat unique (Institut National des Données de Santé (INDS)), les modalités de saisine de l'INDS pour qu'il se prononce sur l'intérêt public d'un projet, fixe la composition et le fonctionnement du Comité d'expertise pour les Recherches, les études et les Evaluations dans le domaine de la Santé (CEREES), ainsi que les conditions de mise en oeuvre des procédures simplifiées qui pourront être définies en lien avec la CNIL et dont le domaine a été élargi. Ces dispositions entreront en vigueur à l'approbation de la convention constitutive de l'INDS et à l'installation du CEREES prévues en avril 2017.

Articles 108 et 201

> [Ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017](#) relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire. Elle fixe les modalités de création, organisation et fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

Article 204

> [Ordonnance n° 2017-27 du 12 janvier 2017](#) relative à l'hébergement de données de santé à caractère personnel. Elle vise à assouplir et simplifier, dans le plus strict respect de la vie privée, la législation relative à l'hébergement des données de santé à caractère personnel. Cette ordonnance apporte deux changements : "remplacer l'agrément que délivre actuellement le ministère de la Santé par un certificat délivré par un organisme certificateur" et "harmoniser les dispositions du code du patrimoine et celles du code de la santé publique relatives aux conditions d'externalisation des données de santé".

Bibliographie

AVIS ET RAPPORTS EX ANTE

2015

Billon, A. and F. Laborde (2015). Femmes et santé : les enjeux d'aujourd'hui. Rapport d'information sur les dispositions du projet de loi n° 406 (2014-2015) de modernisation de notre système de santé. Paris : Sénat

Abstract : Dans le cadre du « projet de loi de modernisation de notre système de santé », la délégation aux droits des femmes publie un rapport d'information sur les enjeux de la santé des femmes. Une première partie du rapport est consacrée à une meilleure prise en compte des spécificités de la santé féminine. Le rapport déconstruit notamment quelques méconnaissances sur la santé des femmes, telles que le fardeau des maladies cardiovasculaires, ou les risques engendrés par le tabagisme féminin. Il met le doigt sur des risques spécifiquement féminins peu connus tels que les multiples conséquences médicales des violences sexuelles, les menaces liées à la situation économique défavorable des femmes ou encore la fragilité des femmes à la dépression. Le rapport se positionne également en faveur du dispositif introduit à l'Assemblée nationale pour lutter contre l'anorexie. Une seconde partie du rapport porte sur la consolidation des acquis s'agissant de la santé sexuelle et reproductive. Il s'agit notamment de faciliter l'accès à la contraception et d'améliorer l'information sur les méthodes contraceptives, mais aussi de garantir le droit à l'avortement. Le rapport aborde au passage la question de la reconnaissance du rôle des sages-femmes.

Saout, C. and J. Voiturier (2015). Cap Santé ! Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé. Paris Ministère chargé de la Santé, Paris la Documentation française

Abstract : L'article 22 du projet de loi de modernisation du système de santé prévoit l'expérimentation de projets d'accompagnement à l'autonomie. Par lettre en date du 18 décembre 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a confié au secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé une mission tendant notamment à élaborer des propositions en vue du cahier des charges national de cette expérimentation. C'est à cet objectif que s'attache le présent rapport de mission qui comme souhaité par l'autorité ministérielle évoque plus largement les conditions de cette expérimentation (résumé de l'éditeur).

(2015). Santé en France : problèmes et politiques. Collection Avis et rapports. Paris : La Documentation française

Abstract: La loi sur la santé publique de 2004 prévoit que le Haut Conseil de la santé publique établisse un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population rendu public. L'étude porte sur les problèmes et les déterminants de santé et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques. Une étude synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Le parti pris est celui de la concision : ni tableaux, ni courbes, ni cartes mais une tentative d'explication synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Chacun (professionnels de la santé ou non) doit ainsi mieux comprendre l'étendue et la hiérarchie des problèmes de santé et l'action publique déployée à tous les échelons. Mobilisant des savoirs multidisciplinaires

(épidémiologie, santé publique, sociologie, sciences politiques...), cet ouvrage témoigne des progrès accomplis comme aussi des innombrables enjeux qui restent à relever.

2014

(2014). Note de réponse à la saisine de Mme la ministre de la santé concernant le tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé : Paris : HCSP

Abstract: En vue de son inscription dans la future loi de santé, la ministre de la santé a saisi le HCSP en février 2014 pour élaborer un tableau de bord synthétique de l'état de santé de la population et du fonctionnement du système de santé, destiné au pilotage interministériel de la Stratégie nationale de santé et à une communication annuelle auprès du grand public. S'appuyant sur les expériences étrangères recensées, le HCSP formule des propositions et ouvre des perspectives de travaux à engager pour encourager l'analyse des données de santé et la conduite des politiques pour les améliorer. Le tableau de bord proposé explore sept dimensions, donnant une vision globale et intégrée de la santé et des champs d'action pour la faire évoluer, en cohérence avec la Stratégie nationale de santé : état de santé, réactivité du système en réponse aux attentes de la population ; réduction des disparités sociales, géographiques et financières en santé ; qualité et sécurité des soins ; coordination et continuité des prises en charges ; participation des usagers ; qualité de la prévention et de l'action sur les déterminants la santé. Dans chaque dimension sont proposés des indicateurs, sélectionnés au regard des priorités de la Stratégie nationale de santé pour leur intérêt en termes de santé publique, de pilotage interministériel et d'information de la population. Au total quinze indicateurs sont proposés, parmi lesquels six existent déjà et sont recueillis actuellement. Pour les autres, des travaux complémentaires doivent être conduit préalablement à leur mise en place (résumé d'auteur).

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=422>

(2014). Rendre effective la solidarité en santé avec les jeunes : avis adopté lors de la séance plénière du 2 juillet 2014 de la conférence nationale de la santé : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: L'avis de la Conférence nationale de santé (C.N.S.) sur « les jeunes et la solidarité en santé » résulte d'un processus de démocratie sanitaire en plusieurs étapes. Il découle d'un processus qui peut être considéré comme exemplaire en terme d'exercice de démocratie sanitaire ; en effet : • il prend en compte les conclusions d'un débat public animé par des jeunes et rassemblant majoritairement des jeunes, • il résulte des travaux d'un groupe de travail de la C.N.S. associant le groupe de jeunes, • cette élaboration a permis une construction progressive de réflexivité au sein du groupe de travail. L'association entre groupe de jeunes, représentants d'institutions et membres volontaires de la C.N.S. a permis une expression libre de positions diverses voire divergentes, dans le respect des positionnements respectifs, pour aboutir aux recommandations présentées ici.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_jeunes_solidarit_modif_1905_plen_020714.pdf

(2014/09). Avis sur le projet de loi relatif à la santé : Conférence nationale de la santé : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: Conformément à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, « la Conférence nationale de santé [...] est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé [...] ». Ainsi, c'est dans le cadre de ses attributions que l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé rend un avis sur le projet de loi définissant les finalités et priorités de la politique de santé. Cet avis présente

une analyse critique du projet de loi de réforme de la santé ainsi que des propositions d'amélioration.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_loi_sante_0909_valid_061014_jol_2.pdf

(2014/09). Avis portant sur le projet de loi relatif à la santé. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique

Abstract : Suite à une saisine du 28 juillet 2014 de la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) s'exprime, dans cet avis, sur le projet de loi relatif à la santé. Le HCSP approuve et salue l'emploi des termes de « démocratie sanitaire », « lutte contre les inégalités » et « prévention » dans le projet de loi. En revanche, il déplore l'absence d'un pan évaluation au sein du texte, de même que l'absence de référence à la « santé au travail ». D'autre part, le HCSP insiste sur l'importance de la promotion de la santé dès l'école. Celle-ci doit être mieux explicitée afin d'être entendue comme non exclusivement réservée à la « médecine scolaire ». Aussi, la période de la petite enfance doit faire l'objet d'une attention particulière dans la loi, puisque c'est dans cette période qu'apparaissent les inégalités de santé. Enfin, le HCSP préconise la prise en compte de la prévention dans les dispositions relatives à l'organisation territoriale de la politique de santé, laquelle semble exclusivement focalisée sur les soins.

<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=462>

(2014). Propositions pour une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé : Laxou : SFSP.

Abstract: Devant un système de santé fragmenté en matière d'organisation, de financement et de fourniture des prestations et services, et en l'absence de claire hiérarchisation des niveaux d'intervention qui trouvent leur source notamment dans les dysfonctionnements liés à la structuration du pilotage et de la gouvernance du système, la Société française de santé publique (SFSP) a souhaité apporter son analyse et porter 13 recommandations dans le cadre des travaux de la Stratégie nationale de santé (SNS). Ces propositions sont, pour la SFSP, de nature à améliorer la structuration et le pilotage de notre système de santé, notamment sur les questions de santé publique et de prévention sur lesquelles elle a souhaité particulièrement s'investir. Les propositions réalisées sont structurées autour de trois enjeux qui lui semblent aujourd'hui fondamentaux : l'équité et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ; l'efficacité et l'efficience et la gouvernance des politiques de santé (extrait de la synthèse).

<http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFSPGOUVERNANCESNS.pdf>

Corlay D. (2014). Stratégie nationale de santé : synthèse des débats régionaux : Paris : IGAS

Abstract: Afin de conduire avec l'ensemble des acteurs de la santé une concertation large dans les territoires, la ministre de la Santé a souhaité l'organisation de débats en région par l'ensemble des 26 ARS, d'octobre 2013 jusqu'en février 2014. Ces débats portaient sur les grands axes de la Stratégie nationale de santé. Près de 200 débats ont été tenus en région, à l'échelon régional, départemental ou local. Ils ont réuni 25 000 personnes et représentent près de 600 heures de réflexion et d'échanges. Elaboré avec l'appui de l'IGAS, le présent rapport propose une synthèse de l'ensemble de ces débats.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000343/0000.pdf>

(2014) Compagnon C. Pour l'an II de la démocratie sanitaire. Paris : Ministère chargé de la santé

Abstract: La mission confiée à Claire Compagnon incarne la volonté de refondation qui est au cœur de la stratégie nationale de santé : une nouvelle ère de la démocratie sanitaire doit s'écrire pour renforcer les droits individuels et collectifs des usagers du système de santé. Cette initiative s'inscrit dans le prolongement des travaux d'Edouard Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital, qui recommande notamment d'accroître la place des usagers dans la gouvernance des établissements de santé. Dans son rapport, Claire Compagnon dresse le bilan de la représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002 et formule des propositions pour l'améliorer. Pointant notamment des missions très chronophages, et partant, les difficultés à recruter des bénévoles autres que des retraités, le document propose la création d'un "statut" pour les représentants des usagers, qui recevraient une formation et une indemnisation, et la création d'un Mouvement des usagers et des associations en santé qui serait l'interlocuteur reconnu des pouvoirs publics.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_democratie_sanitaire.pdf

Devictor B. (2014). Le service public territorial de santé (SPTS) et le service public hospitalier (SPH). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: Ce rapport avait pour but de définir les objectifs et les missions auxquels répondent le service public territorial de santé et le service public hospitalier; de définir les acteurs, leurs droits et leurs obligations; définir les modalités d'organisation du service public territorial de santé et le service public hospitalier et de proposer des outils juridiques, financiers et techniques afin de les structurer.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000233/>

2013

(2013) Couty E., Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse : Paris : Ministère chargé de la santé

Abstract: Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le 4 mars 2013 le rapport final de synthèse des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012, respectivement consacré à la réaffirmation du service public hospitalier, à la rénovation du dialogue social à l'hôpital et à la refonte de la gouvernance interne des établissements. La ministre a tiré 13 engagements de ce rapport et les a exposés devant les représentants de la communauté hospitalière. Ces engagements s'intégreront dans la future stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser notre système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels au service chaque jour des patients.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000153/>

(2013). Rapport 2012 sur les droits des usagers. Réduire les inégalités d'accès à la santé en renforçant la participation des usagers : Paris : Ministère chargé de la santé

Abstract: Ce rapport propose 4 grandes recommandations : favoriser l'articulation entre le sanitaire et le social ; améliorer l'accès à la santé en mettant en œuvre une mission territoriale de service public en santé incluant une mission d'observation-évaluation, au niveau régional, de l'accès aux droits et à la santé ; faciliter et renforcer les médiations en santé ; favoriser la participation (démocratique) des usagers et des populations aux politiques de santé. Chacune de ces 4 grandes recommandations est déclinée en

recommandations plus opérationnelles.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_droits_usagers_cns_2013_jol_250214.pdf

Cordier A. (2013). Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des « sages » : Paris : Ministère chargé de la santé

Abstract: Ce rapport rassemble les propositions du comité des sages mis en place en mars dernier pour préciser le contenu d'une stratégie nationale de santé. D'autres démarches et réflexions importantes ont eu lieu, telles que le Pacte de confiance pour l'hôpital, ou sont en cours, notamment sur la généralisation de la couverture de la complémentaire santé, qui doit faire l'objet d'un très prochain avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Le gouvernement travaille, sur la base des différentes analyses qu'il a sollicitées, à l'élaboration d'une feuille de route déclinant les principales orientations qu'il retient et les chantiers à lancer au plan opérationnel. Des débats et consultations s'ensuivront tant au niveau national qu'en région sur ces axes, certaines mesures pouvant être prises en compte dès le PLFSS (Projet de loi de financement de la sécurité sociale) déposé au Parlement en octobre.

<http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-2.pdf>

ANALYSES D'ENSEMBLE DE LA LOI

Articles

2019

Marin, P. (2019). "Stratégie nationale de santé et Stratégie nationale de transformation du système de santé : entre intégration et inversion." Santé RH(113): pp.8-11.

Le 18 septembre 2018, le Président de la République, la Ministre des solidarités de la santé et la Ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont présenté le plan "Ma santé 2022, un engagement collectif" visant à "transformer en profondeur le système de santé". Il est intéressant d'étudier l'articulation de ma santé 2022 avec la Stratégie nationale de santé (SNS) issue de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Ces deux dispositifs s'emboîtent parfaitement dans une logique de construction des politiques publiques issue de la Nouvelle gestion publique. Mais leur articulation présente une double inversion dans la logique des politiques publiques en matière de santé.

2018

Montalembert, P. d. (2018). "Ma santé 2022 : L'ambition... mais quels moyens?" Gestions Hospitalières **579**: pp.494-499.

Le 18 septembre 2018, le président de la République a présenté les grandes orientations de la stratégie de transformation de notre système de santé (STSS), aussi dénommée « Ma santé 2022 ». Marqué par un mot d'ordre, décloisonner, ce plan comprend dix mesures phares (financement au forfait, développement des communautés professionnelles territoriales de santé, labellisation d'hôpitaux de proximité...). Il met en œuvre une réforme considérable de l'organisation et de l'offre hospitalière, à peine plus de trois ans seulement après la

publication de la loi de modernisation de notre système de santé. Il nécessitera toutefois de nombreux arbitrages et devra faire l'objet d'un projet de loi en 2019...ce qui peut occulter ses chances de réussite.

Romanens, J.-L. (2018). "L'ordonnancement de la loi de santé 2016." Revue Droit et Santé(82): pp.197-210.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 marque l'émergence de l'intérêt propre de l'usager dans le domaine de la santé et un réformisme du système de santé en place. (R.A.)

2017

Bertrand, D. et Marin, P. (2017). "La loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie plus de dix ans après." Actualité Et Dossier En Santé Publique(100): 70-75.

[BDSP. Notice produite par EHESP r1qFR0xG. Diffusion soumise à autorisation]. La loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie en 2004 a été une loi "socle" visant à mettre en place les outils permettant de remédier à ses déficits budgétaires, mais aussi en améliorant l'offre de soins, la maîtrise médicalisée et la gouvernance. Cette loi, dont un bilan est présenté dans cet article, sera suivie de deux autres : la loi hôpital, santé et territoires en 2009 et la loi de modernisation du système de santé en janvier 2016.

Bourgueil, Y., Cash, R., Basset, B., et al. (2017). "Les réformes perpétuelles." SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE(57): 21-61.

Ce numéro s'interroge sur les réformes perpétuelles de notre organisation sanitaire pour tenter d'en mesurer les effets, d'en comprendre les limites et d'en tirer des enseignements. Les thèmes choisis constituent un échantillon révélateur des mutations contrariées de notre système de santé : coordination des soins, financement des hôpitaux, prévention de l'alcoolisme, remboursement des soins dentaires, tarification à l'acte et accompagnement de la fin de la vie.

2016

Cabanis, J.-N., et al. (2016). "La loi santé. Dossier." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 595-708.

Après plus de trois ans de travaux et de débats, la loi du 26 janvier 2016 dite de "modernisation de notre système de santé" a été adoptée dans le but de répondre à trois défis majeurs : l'allongement de la durée de vie, le développement des maladies chroniques, et la persistance des inégalités de santé. Compte tenu de l'ampleur de la loi, pas moins de 227 articles, et de la diversité de son contenu, les études qui composent ce dossier n'analysent pas de manière exhaustive l'ensemble des mesures portées par cette dernière ; elles se proposent de mettre l'accent sur quelques-unes d'entre elles, qui sont apparues plus particulièrement emblématiques et/ou lourdes de conséquences pour l'avenir du système de santé français : service public hospitalier, droits des usagers, accès aux soins, données de santé, planification sanitaire, coopération hospitalière, gouvernance de l'hôpital, santé mentale.

Clement, J.-M. (2016). "L'esprit de la loi Santé 2016." REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL(58): 291-300.

L'idéal d'égalité sous-tend les dispositions du texte publié en janvier 2016 qui réforme le système de santé français. Cette volonté affichée du gouvernement repose sur le renforcement de la tutelle de l'État sur tous les acteurs de santé publics et privés. L'"étatisation de l'ensemble du champ sanitaire" se fait notamment par l'élargissement de la notion de service public sanitaire aux professionnels de santé libéraux et par le maillage territorial, sous contrôle des agences régionales de santé. Quant à la démocratie sanitaire, son déploiement à tous les niveaux risque d'aboutir au contraire de ce qui semble poursuivit.

Devers, G. (2016). "Les principales mesures de la loi de santé du 26 janvier 2016." OBJECTIF SOINS & MANAGEMENT : LA REVUE DES CADRES DE SANTE(244): 13-16.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a été publiée, après validation par le Conseil constitutionnel (décision du 21 janvier 2016, n° 2015-727 DC). Cet article propose un éclairage sur différentes dispositions de la loi concernant la pratique des soins et les professions de santé. Les points suivants sont abordés : - Consentement des mineurs ; - Isolement et contention ; - Secret professionnel ; - Exercice en pratique avancée ; - Pratique de la masso-kinésithérapie ; - Pratique de l'orthophonie ; - Pratique de l'orthoptie.

Favereau, É. (2016). "La laborieuse gestation d'une loi paradoxale." Les Tribunes de la santé **53**(4): 59-64.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-4-page-59.htm>

La loi santé fut le texte de loi le plus marquant du « quinquennat » de Marisol Touraine. D'une certaine façon, cette loi, tant dans sa conception que dans son adoption, ressemble à la ministre. Projet un brin fourre-tout, mal préparé, mélangeant aussi bien la réorganisation du paysage sanitaire que des mesures financières comme la généralisation du tiers payant, mais aussi des éléments importants de santé publique, il a au final cristallisé une kyrielle de mécontentements et de malentendus, soulignant la rupture entre les professionnels de santé et le gouvernement.

Laga, L. (2016). "La loi de modernisation du système de santé. 1ère partie." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2951): 47-59.

Après plus d'une année de débats houleux, la loi de modernisation de notre système de santé a été validée en quasi-totalité par le Conseil constitutionnel et promulguée le 26 janvier 2016. La loi a pour objectif notamment d'améliorer l'accès de tous à la santé et de faciliter les parcours de santé sans rupture, en mettant en oeuvre le décloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Ce dossier juridique propose une analyse détaillée des différentes mesures du texte qui comporte pas moins de 227 articles. Pour cette première partie, sont analysées les dispositions relatives à la prévention et la promotion de la santé, l'accès aux soins, les droits des patients, les soins psychiatriques sans consentement, la démocratie sanitaire, l'organisation territoriale du système de santé et les outils de coordination des soins. Une deuxième partie traitera des dispositions spécifiques au secteur médico-social.

Maillard C. (2016/03), Ce que la loi du 26 janvier 2016 change. Concours Médical (138) : 192-193

Quillevere, M., Ségui-Eaulnier, S., Copin, J.J., et al. (2016) Loi de modernisation de notre système de santé. L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches. « Actualités jurisanité » (86) :72p.

Décryptage réactif de la loi, sous la forme de 32 fiches, pour permettre d'aller à l'essentiel sur notamment : L'organisation du système de santé ; Les GHT ; Le GCS, les plateaux mutualisés d'imagerie ; Le fonctionnement des hôpitaux ; Les ressources humaines ; Les droits des patients ; Les ordonnances à venir.

Romanens, J.-L. (2016). "Loi de modernisation de notre système de santé : Chronique d'une naissance dénoncée." REVUE DROIT ET SANTE(69): 22-33.

Adoptée définitivement par les députés le 17 décembre 2015, le projet de loi de modernisation de notre système de santé (LMNSS) a traversé une gestation politique et corporatiste détachée de l'expression des usagers. Deux points ont particulièrement concentré l'agitation des médecins libéraux, voire des établissements de statut commercial, le tiers payant généralisé et le service public hospitalier. Aujourd'hui, que pronostiquer de la loi ? Quels sont les impacts pour les établissements de santé de la redéfinition du service public hospitalier et de l'instauration des groupements hospitaliers de territoire ? Quelle adhésion attendre de la médecine libérale au parcours des patients et à une meilleure territorialisation envisagée par la loi ? Que peuvent attendre les patients en matière d'amélioration d'accessibilité territoriale ?

Spahic, M., Mettendorff, M. et Bourdillon, F. (2016). "Retour sur une expérience de réforme : la création de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique." Les Tribunes de la santé **53**(4): 35-47.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2016-4-page-35.htm>

Entre l'annonce de la création d'une nouvelle agence sanitaire regroupant trois établissements du champ, auxquels s'est ajouté par la suite un groupement d'intérêt public, et la tenue du premier conseil d'administration du nouvel organisme, en passant bien entendu par la publication des textes législatifs et réglementaires, plus de deux ans se sont écoulés. Cette période est ici retracée à travers un regard singulier, avec comme objectif de donner à voir les outils, les usages et les ressorts de cette construction. Ce sont bien les temporalités de la réforme qui sont ici mises en avant, autour de trois moments enchevêtrés : celui du droit, celui du projet et celui du dialogue social.

Sidel, J., Tabuteau, D. (2016) Loi santé : un ambitieux fourre-tout. Dossier. « Gazette Santé Social » (125) : 15-21

Ce dossier fait le tour des dispositions de la loi en mettant en avant les points de vue des différents acteurs et propose trois zooms spécifiques sur des actions mises en oeuvre au niveau local qui préfigurent certaines mesures de la loi.

Tabuteau, D., et al. (2016). "La loi de modernisation de notre système de santé. Dossier." LES CAHIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE(369): 22-44.

Neuf mois après son adoption, la revue Cahiers de la fonction publique consacre un dossier thématique à la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. A travers plusieurs contributions de juristes, le dossier analyse tout d'abord la genèse et les grandes caractéristiques du texte puis étudie plusieurs mesures importantes : le service public hospitalier, la réforme de la planification sanitaire et médico-sociale, l'évolution de la notion

de "secret partagé", la création du groupement hospitalier de territoire, la gouvernance interne des établissements publics de santé.

Tabuteau, D., et al. (2016). "Soixante-dix ans de sécurité sociale. Dossier." SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE(50): 25-65.

A l'occasion du 70e anniversaire de la création de la "Sécu", une série de conférences sur l'évolution de la sécurité sociale, et plus particulièrement de l'assurance maladie, au cours de ces sept décennies a été organisé par la Chaire Santé de Sciences Po. Ce numéro reprend les textes des différents intervenants au cours de ce cycle. Les questions abordées sont très diverses. De l'évolution du rôle du législateur en matière de sécurité sociale aux relations complexes entre la médecine générale de la sécurité sociale ou entre la sécurité sociale et la politique de santé, les articles publiés permettent de cerner quelques-uns des bouleversements induits par la création d'un système de protection sociale obligatoire. Trois autres articles invitent à une analyse de la notion de démocratie sociale, aux mythes et aux réalités qu'elle recouvre, et à une mise en perspective de l'assurance maladie au regard de la construction européenne (d'après l'éditorial).

2015

Lombrail, P.(2015) « La loi de santé est votée : loi de santé ? ». Santé Publique (28) : n° - : 781-783
Après avoir salué les mesures « positives » de la loi, l'auteur pointe les améliorations nécessaires, et appelle de ses vœux l'affirmation d'une politique de santé cohérente et lisible prenant en compte l'impact de l'ensemble des politiques publiques sur la santé de nos concitoyens.

Ouvrages

2019

Broussal, D. et Saint-Jean, M. (2019). La professionnalisation des acteurs de la santé, Cépadués éditions

Cet ouvrage, proposant des points de vue variés sur la formation professionnelle en santé, est le fruit d'une collaboration entre professionnels de santé, enseignants-chercheurs et praticiens-chercheurs. Cette collaboration, entre le champ de la santé et les sciences de l'éducation et de la formation s'inscrit dans une dynamique instaurée depuis plusieurs années et donne lieu à une production collectivement pensée qui s'est progressivement construite dans un débat nourri. Les divers points de vue témoignent d'ancrages paradigmatiques et axiologiques renouvelés, compte tenu des évolutions de la société, de la médecine, de la démographie des patients, du contexte socio-économique, de la stratégie nationale de santé (SNS) et de la loi sur la modernisation de notre système de santé (LMSS). Le cœur de cet ouvrage s'offre en trois temps qui répondent à une chorégraphie fondée sur l'expérience, l'innovation et l'émancipation. Un premier temps, «le patient partenaire, acteur, expert : regard sur la pluralité des expériences». Un deuxième temps, «formation des professionnels et innovation pédagogique : dispositifs et mise en œuvre». Un troisième temps, «changement et émancipation : questions et enjeux». (extrait introd.)

Saison, J. et Montero, A. (2019). Droit hospitalier, Gualino éditeur

Cet ouvrage aborde les notions essentielles du programme de droit hospitalier des concours de la fonction publique hospitalière et intègre les modifications introduites par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ainsi que les dispositions du projet de loi "Ma santé 2022", relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé du 13 février 2019. Après un point sur l'épreuve de droit hospitalier, huit thèmes sont développés : -les grandes réformes hospitalières -l'organisation interne de l'établissement public de santé -les personnels de l'EPS -L'environnement extérieur de l' EPS -le financement de l'EPS -les droits et les obligations des patients -la responsabilité des établissements de santé et de leurs agents -le service public hospitalier. Chaque thème propose un point sur les connaissances de base ainsi qu'un approfondissement au travers de deux rubriques : la rubrique "Points de vue" offre différents éclairages d'acteurs professionnels ou universitaires et la rubrique "Exercices pratiques" accompagne le candidat dans la construction de sa réflexion autour de sujets corrigés issus des annales des concours de la fonction publique hospitalière.

2017

Cabanis J.N. (2017). [La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique.](#) Le Blog Houard.org.

Gallet, B. et Mattei, J. F. p. (2017). [Les coopérations en santé](#), Rennes : Presses de l'EHESP <https://www.presses.ehesp.fr/produit/les-cooperations-en-sante/>

La loi de modernisation de notre système de santé (2016), dans la continuité des précédentes réformes, fait de la coopération l'outil principal pour relever les défis que pose aujourd'hui le système de santé. Des problèmes spécifiques comme les déserts médicaux, ou la continuité de prise en charge entre les acteurs sanitaires et les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne trouveront de solutions que par le développement de partenariats basés sur des outils et méthodes recensés dans cet ouvrage. Ce guide pratique permet aux professionnels de la santé de disposer de repères techniques dans leur action de terrain et aux étudiants de mettre en perspective les problématiques propres à ce domaine en vue de réussir les concours administratifs. Ils trouveront dans cet ouvrage les connaissances de base nécessaires pour analyser les grandes problématiques de ce secteur (notamment sur la gestion des personnels, les détentions d'autorisations d'activité, les GHT...) ainsi que les définitions essentielles des notions fondamentales.

Guylène, N., Vioujas, V., Berland, Y., et al. (2017). [La loi de modernisation de notre système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016](#) Bordeaux : LEH

Un an après la promulgation de la loi, ce numéro des Cahiers de droit de la santé entend évaluer l'impact de la réforme et des nouveaux dispositifs mis en oeuvre. À la lueur des textes réglementaires publiés dans l'intervalle, universitaires et praticiens étudient son apport modernisateur s'agissant à la fois des acteurs et des usagers du système de santé, tout en identifiant les faiblesses et les perspectives d'évolution. De ces différentes analyses se dégage en définitive la conviction que la modernisation du système de santé est loin d'être achevée... La première partie de l'ouvrage est consacrée aux acteurs du système de santé et examine la modernisation engagée par la recherche d'une performance accrue (réorganisation des vigilances sanitaires, nouveau cadre de politique de santé mentale...) et par la collaboration renforcée entre établissements et professionnels de santé (promotion des auxiliaires médicaux, création des groupements hospitaliers de territoire...). La seconde

partie se penche sur la modernisation à travers les usagers du système de santé et analyse l'approfondissement des droits des patients (représentation des usagers, tiers payant généralisé...) et l'encadrement de nouvelles pratiques (accompagnement à l'autonomie en santé, données de santé, soins de conservation...).

Panel, M.-P., Varnier, F. et Veran, O. p. (2017). Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé, Rennes : Presses de l'EHESP

[BDSP. Notice produite par EHESP mHFpBR0x. Diffusion soumise à autorisation]. Le virage ambulatoire ne se résume pas à une réforme de l'hôpital. C'est une réforme totale dont la réussite est conditionnée à des évolutions importantes de l'organisation des soins de premier recours. Cette réforme correspond à une volonté de remettre à plat l'organisation de notre système de santé, de quitter une logique de silos pour aller vers des modes d'organisation qui répondent aux besoins et aux attentes de nos concitoyens. Le virage ambulatoire suppose l'intervention d'une pluralité d'acteurs et de lieux (établissements de santé, professionnels libéraux, établissements médico-sociaux) et impose des efforts de coordination plus importants tout au long des étapes de la prise en charge des patients pour aboutir à un parcours de santé. Cet ouvrage trace les contours d'une nouvelle organisation de notre système de santé en illustrant la réflexion au travers de notions concrètes, telles que le rôle des médecins généralistes, la promotion des parcours de soins et leurs modes de financement. S'adressant aux étudiants comme aux professionnels, cet essai propose une synthèse et une mise en perspective utile de l'ensemble des nouveautés législatives et réglementaires, adoptées depuis la loi de modernisation de notre système de santé. (4ème cov.).

2016

Apollis, B., et al. (2016). Loi de modernisation de notre système de santé : Apports, enjeux et perspectives. Bordeaux, Les Etudes Hospitalières

A travers une vingtaine de contributions, ce numéro hors-série propose une analyse de la nouvelle loi de santé adoptée le 26 janvier 2016. Universitaires, professionnels de la santé, avocats. se penchent sur les points majeurs de la loi en apportant leur regard critique. Les contributions sont organisées autour des trois axes forts du texte. La première partie aborde la démarche affichée du législateur de responsabilisation des acteurs (professionnels de santé et patients) puis la seconde partie présente le nouveau visage de la planification sanitaire avec notamment la création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). Enfin, la dernière partie s'intéresse aux contours redessinés des métiers de la santé au travers des compétences élargies et des qualifications revisitées. En dernier lieu, la fin du numéro propose un recueil d'appréciations générales, une sorte de micro-trottoir mené parmi experts, professionnels et même patients qui, en quelques lignes, livrent une photographie du texte

Centre National de l'Expertise Hospitalière. (2016). "Spécial Loi de modernisation de notre système de santé : L'essentiel de la loi pour les hospitaliers en 32 fiches." ACTUALITES JURISANTE(86): 72p.

Le Centre de Droit Jurisauté du CNEH propose, dans ce numéro spécial, un décryptage de la loi de modernisation de notre système de santé (loi du 26 janvier 2016). L'analyse est découpée en 32 fiches regroupées sous 7 chapitres et aborde l'essentiel des thématiques

contenues dans cette loi : - L'organisation du système de santé : le projet régional de santé, le service public hospitalier, les nouveaux dispositifs de l'organisation des soins en santé mentale, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le dossier médical partagé - Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) - Les autres coopérations : l'évolution des groupements de coopération sanitaire (GCS), les plateaux mutualisés d'imagerie médicale - Le fonctionnement des établissements publics de santé : l'évolution de la gouvernance hospitalière, la commission des usagers, les maisons d'accueil hospitalières, les emprunts et montages immobiliers complexes, le financement de la recherche biomédicale - Les ressources humaines : le dialogue social du personnel médical, l'activité libérale des praticiens hospitaliers, le développement professionnel continu (DPC). - Les droits des patients : l'action de groupe dans le domaine de la santé, l'hébergement des données de santé, la contention en psychiatrie. - Les ordonnances à venir.

Clement, J. M. (2016). La loi santé : analyse, commentaires, critiques, Bordeaux : LEH Editions

Encore une loi, et quelle loi ! Plus de 200 articles aussi abscons que bavards. Comment pénétrer dans cette inextricable forêt juridique ? Plutôt que de paraphraser les différents articles de cette loi dite « de modernisation de notre système de santé », l'auteur, en spécialiste du droit de la santé, nous éclaire sur la volonté du législateur et nous permet de comprendre les tenants et les aboutissants idéologiques de la ministre Marisol Touraine qui a voulu cette « grande loi ». La loi Santé 2016 est étonnante dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 puisqu'elle ajoute du centralisme en donnant encore plus de pouvoirs aux agences régionales de santé, établissements publics de l'État. La loi Santé 2016 est idéologique dans le sens où, selon ses concepteurs, elle doit modeler les comportements des usagers et des professionnels de la santé. La loi Santé 2016 s'occupe de tout, veut tout régenter et donne à son lecteur une impression de désordre. Or, il est essentiel de la connaître (4e de couverture.)

Dujardin, V. (2016). Loi de modernisation de notre système de santé. Volet santé mentale. Note synthétique, Lille : Centre collaborateur OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale. <http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2016/02/EPMLM-CCOMS-Loi-modernisation-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-Volet-sant%C3%A9-mentale-12.02.2016.pdf>

Note de présentation synthétique ciblant la santé mentale, et ainsi non exhaustive en sa présentation des dispositions législatives nouvelles relatives au système de santé. I. Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques sans leur consentement : présentation des modifications. II. Impacts sur les droits des patients en santé mentale : un accent mis sur l'accès aux soins, la continuité, l'égalité du patient devant le système de santé. III. Cadre légal de l'isolement et de la contention en psychiatrie. IV. Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie : le Conseil local de santé mentale devient un pivot légalement consacré. V. Rôle des représentants des usagers : l'empowerment. VI. L'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique : les actions de promotion de la santé mises en exergue par le législateur. VII. Le droit à la protection de la santé : une responsabilité étatique soulignée. VIII. Information complémentaire relative à plusieurs dispositions législatives

Laude, A. et Tabuteau, D. La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé, Rennes : Presses de l'Ehesp

Depuis les réflexions collectives lancées dans le cadre de la Stratégie nationale de santé en 2013 jusqu'à sa promulgation en janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de

santé a suscité de nombreux débats au Parlement et au sein des professions médicales. Modifiant en profondeur le système de santé français, cette loi, par son ampleur, est difficile à appréhender et sa lecture globale passe par le biais d'analyses portant autant sur le cadre juridique, que sur l'organisation des soins, les pratiques médicales, les politiques sociales et de santé... Pour permettre une meilleure compréhension de toutes les implications de cette loi, Anne Laude et Didier Tabuteau ont sollicité autour d'eux experts, universitaires et chercheurs : en 10 thématiques essentielles, ils analysent les principaux chapitres et articles de la loi et livrent leurs réflexions personnelles sur la portée et les éventuelles difficultés d'application des principales mesures. Chaque contribution permet non seulement de faire le point sur les dispositions de la loi, mais aussi de comprendre l'histoire de leur élaboration et la façon dont elles s'insèrent dans un système de santé en pleine mutation.

Mavoka-Isana, A., et al. (2016). Code de la sécurité sociale. Édition 2016. Paris, Dalloz

Ce code propose un recueil de textes législatifs et réglementaires relatifs à la sécurité sociale avec des annotations de jurisprudence et de bibliographie. Cette nouvelle édition reste placée sous le signe d'une importante activité normative : - La loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi dite loi Rebsamen et ses décrets d'application portant notamment création de la prime d'activité, en remplacement de la prime pour l'emploi (PPE) et du RSA activité - La loi du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 instituant la protection universelle maladie (PUMA) - La loi du 26 janvier 2016 portant modernisation de notre système de santé qui prévoit en particulier la généralisation progressive du tiers payant.

ANALYSES PONCTUELLES

Articles

2021

Hazif-Thomas, C., Pellé, P. et Ramdjee, B. (2021). "Dossier : L'isolement et la contention sans consentement, une réforme légale des soins psychiatriques impulsée par le Conseil constitutionnel (Article 1 : Tous les arbitraires ne sont pas permis en matière d'isolement et de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. Article 2 : L'inconstitutionnalité de la loi encadrant l'isolement et la contention en psychiatrie : le législateur invité à revoir sa copie)." REVUE GENERALE DE DROIT MEDICAL(78): pp.17-57.

Le Conseil constitutionnel, saisi par la Cour de cassation d'une question prioritaire de constitutionnalité, a rendu le 19 juin 2020 une décision rendant inconstitutionnel l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique avec effet reporté au 31 décembre 2020. Cet article, créé par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, permet le recours à l'isolement et à la contention dans le cadre soins psychiatriques sans consentement dans un délai limité, mais, pour autant, selon le Conseil constitutionnel, le législateur n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Alors que le législateur vient de modifier cet article par la loi du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021, deux psychiatres s'interrogent sur la nécessité de repenser en profondeur l'éthique du soin en santé mentale et d'améliorer la protection des droits fondamentaux du patient

Charpigny, M., Hada, S., Vitalis, E., et al. "Infirmières en pratique avancée (IPA)." Cahiers De Sante Publique Et De Protection Sociale (Les): En ligne.
https://cahiersdesante.fr/editions/36/infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-presentation-bilan-et-perspectives-5-ans-apres-la-loi/?utm_source=sendinblue&utm_campaign=les_cahiers_de_sant_publicue_et_de_protecti_on_sociale_n36_mars_2021_est_en_ligne!&utm_medium=email

Le métier d'infirmières évolue sous l'influence du développement des sciences et techniques médicales, mais aussi de la pénurie de médecins. Des pratiques nouvelles et une réorganisation des services paraissent possibles. Il y a des conditions à mettre en place : formation, délégations de tâches, traitement social, reconnaissance professionnelle. Nous donnons ici un aperçu des expériences en cours en particulier en centre de santé.

2020

Amri, K. (2020). "GHT... Bilan et perspectives." Finances Hospitalieres(144): pp.11-16.

Les Groupements Hospitalier de Territoire (GHT) prévus par la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la Modernisation de notre Système de Santé (MSS) ont récemment fait l'objet d'un bilan d'étape de la part de l'IGAS : «Globalement, les GHT sont actuellement "au milieu du gué", avec des déploiements très inégaux. Certains apparaissent clairement en avance, convergeant vers un modèle intégratif, d'autres sont en retard, pénalisés par des périmètres ou compositions inadéquats, ou freinés par des contextes médicaux ou économiques défavorables. Enfin, une troisième catégorie, probablement la majorité est, "en chantier".» Si les principaux constats effectués par cette enquête nationale confirment les retours de terrain exprimés jusque là par les acteurs concernés, ce rapport fait néanmoins état de certaines propositions sur la nécessaire évolution de ces "structures", tant sur leur forme que sur le fond. (R.A.)

Barrault, D. et Abramovici, F. (2020). "Prescrire une activité physique à un malade chronique." Medecine : De La Medecine Factuelle a Nos Pratiques **16**(1): 13-19.

Les textes législatifs destinés à aider les médecins dans leur prescription d'activités physiques sont composés de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, d'un décret d'application du 30 décembre 2016 et d'une instruction ministérielle du 30 mars 2017. Il faut y ajouter le Guide de promotion, consultation et prescription de l'activité physique, publié en 2019 par la Haute Autorité de santé.

Bideran, C. d., Bétrémieux, M., Haoui, R., et al. (2020). "Communautés psychiatriques de territoire." Soins cadres(110): pp.33-37.

La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit l'obligation de publier des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et la possibilité de créer des communautés psychiatriques de territoire (CPT). Les CPT représentent une forme de coopération originale qui doit trouver sa place au sein des groupements hospitaliers de territoire, sans y être tout à fait soluble. En effet, elles ont pour mission de projeter une organisation globale des soins, des accompagnements, de la vie sociale et citoyenne. En cela, leur articulation avec les PTSM, qu'il convient aussi de replacer dans le contexte d'émergence des CPT, est un aspect essentiel de leur compréhension. (R.A.)

Budet, J.-M., Léglise, J., Montalembert, P. d., et al. (2020). "n°600...Vers 2030 (Dossier)." Gestions Hospitalieres(600): pp.544-572.

A l'occasion de la parution du numéro 600, l'équipe de rédaction de Gestions hospitalières fait le point sur ses dix dernières années en matière de politiques et de réformes hospitalières. Un bilan est dressé au regard des différentes mesures qui ont été adoptées, notamment avec la loi HPST de 2009 et la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 : T2A, GHT, gouvernance hospitalière, ARS, démocratie sanitaire... L'impact de l'épidémie de Covid-19 sur le système hospitalier est également évoqué ainsi que les évolutions à venir pour les dix prochaines années.

Jaillais, M. (2020). "Rapport Inserm. Activité physique : prévention et traitement des maladies chroniques." Gestions Hospitalieres(593): pp.100-101.

L'article 144 de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 dispose que «dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient». Par cette formule, l'activité physique adaptée est inscrite dans le parcours de soin des patients atteints d'une maladie chronique comme intervention non médicamenteuse, thérapeutique ou complémentaire d'autres traitements. L'expertise collective de l'Inserm traitée en l'espèce répond à la demande du ministère chargée des Sports concernant la prévention et le traitement des maladies chroniques par l'activité physique. Elle ne concerne que les maladies chroniques non transmissibles les plus fréquentes (diabète de type 2, obésité, schizophrénie, asthme, cancers, les dépressions, insuffisance cardiaque, accidents vasculaires, etc.). (R.A.)

Nedelec Jaffuel, A., Vilcoq, L., Veques, M., et al. (2020). "Prescription sport-santé." Gestions Hospitalieres(593): pp.111-113.

Via l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Retour sur le dispositif "Prescri'Forme- L'activité physique sur ordonnance en Ile-de-France" qui vise à accompagner et soutenir les personnes souhaitant maintenir ou améliorer leur santé par une pratique physique ou sportive délivrée par des professionnels formés.

Rist, S. et Rogez, R. (2020). "Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale." Les Tribunes de la santé **63**(1): 51-55.

<https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2020-1-page-51.htm>

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont été créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pour participer à l'amélioration de l'accès aux soins. Pivots de la stratégie de réorganisation du système de santé présentée dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », ces CPTS devraient être au nombre de 1 000 en 2022. Les CPTS ont vocation à devenir un outil indispensable à la réorganisation du soin autour du patient, incitant à la coopération interprofessionnelle, au dialogue et laissant place à l'initiative de terrain. Elles sont le reflet d'un changement de paradigme dans la construction de la politique de santé et dans l'organisation des professionnels. Pour autant, l'ambition de ce vaste déploiement de 1 000 CPTS se heurte à certains obstacles.

2019

Cappe, M. (2019). "Le Conseil supérieur des personnels médicaux." Gestions Hospitalieres **585**: pp.254-256.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé garantit l'effectivité du principe de représentation des personnels médicaux via un panel d'outils : création d'une instance nationale, garantie du droit syndical, définition de règles de représentativité et de critères permettant de participer à des négociations et de se présenter aux élections professionnelles... Donner à l'ensemble des agents publics la possibilité de participer à la vie des instances dans les établissements (CME, commission paritaire, conseil de discipline) est un principe constitutionnel que la création d'un Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques vient renforcer. Retour sur l'organisation et la composition de ce conseil supérieur des personnels médicaux (CSPM) et les enjeux des prochaines élections.

Charbonnel, A. (2019). "CPTS : Quatre lettres à retenir." Gestions Hospitalieres(583): pp.126-128.

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) vont connaître dans les années à venir un nouvel essor. En effet, l'objectif annoncé à l'automne dans le plan gouvernemental «Ma santé 2022» est un maillage complet des territoires avec la création de 1 000 CPTS ! Mode d'organisation territorial de la santé et espace de coordination des professionnels de santé, les CPTS seraient l'outil parfait pour répondre aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux d'une population sur un territoire donné. Alors les CPTS, modèle idéal... ou mirage ? (R.A.)

Charbonnel, A. (2019). "Gestion des ressources humaines : Quelle place de l'établissement support du GHT ?" Revue Hospitaliere De France(588): pp.10-12.

La question fut peu abordée dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 et ses textes d'applications : quelle place de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) en termes de gestion des ressources humaines ? Les enjeux sont réels, qu'il s'agisse de l'accompagnement des réorganisations des fonctions mutualisées (système d'information, achats, information médicale et formation) ou gérées en commun (pharmacie imagerie, biologie). Avec la future loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, issue du plan «Ma Santé 2022», le rôle de l'établissement support est appelé à prendre davantage d'ampleur, notamment dans la gestion des affaires médicales. (R.A.)

Delnatte, J.-C. (2019). "Les constats de la Cour des comptes issus des premiers contrôles des cliniques privées." Finances Hospitalieres(140): pp.17-19.

L'article 109 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et le décret n°2016-1696 du 12 décembre 2016 ont instauré un contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social mentionnées à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L.6111-1 du code de la santé publique bénéficiant de financements publics. Sur la base de ces textes, les juridictions financières ont procédé à une enquête sur la situation économique et financière des cliniques privées, à partir d'un panel de 16 cliniques privées à but lucratif exerçant des activités de médecine, de chirurgie

et d'obstétrique, représentant un chiffre d'affaires (CA) de près de 800 M€ et réparties dans 11 régions.

Hazan, A. (2019). "Vers un autre modèle de psychiatrie : soigner mieux en enfermant moins." Empan **114**(2): 11-15.

<https://www.cairn.info/revue-empan-2019-2-page-11.htm>

Créé en 2007, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté visite chaque année une vingtaine d'établissements de santé mentale habilités à recevoir les patients placés en soins sans consentement. Il observe que la plupart des établissements demeurent des structures très fermées dans lesquelles la priorité semble souvent donnée à la sécurité, au détriment des droits des patients, parfois même au détriment des soins. Pourtant, à l'étranger et en France des expériences innovantes montrent qu'une autre forme de psychiatrie, plus ouverte et plus en relation avec la cité, permet de soigner mieux en enfermant moins.

Lard-Huchet, B. d. (2019). "La réforme des pharmacies à usage intérieur. Il était temps !" Gestions Hospitalières(587): pp.390-392.

Enfin, la réforme du droit des pharmacies à usage intérieur (PUI) est aboutie ! Plus de deux ans qu'était attendu le décret d'application de la réforme qui devait modifier la partie réglementaire du code de la santé publique (CSP) relative aux PUI. Pauvres pharmaciens hospitaliers, tiraillés entre un impératif de rigueur dans le respect des normes et le flou (artistique à défaut d'être juridique) qu'entretenait le retard de publication de ce décret... Le décret n° 2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux PUI (JO du 23 mai 2019) vient donc compléter l'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 prise en application de l'article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. En bref, il s'agit, pour les PUI, du dernier acte d'une évolution annoncée par la précédente réforme de santé. Notons que l'ordonnance n'a pour l'heure que portée réglementaire et attend, pour acquérir valeur légale, l'intervention de la loi de ratification, prévue par le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, en cours de débat devant le Parlement. Que retenir sur le fond de cette réforme pour les établissements de santé ? (R.A.)

Mangeonjean, F. (2019). "Directeur des soins et projet territorial de santé mentale." Soins cadres(109): pp.48-50.

Dans son article 69, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 27 juillet 2017 posent les bases d'une politique de santé mentale territorialisée et centrée sur l'accès de tous à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture. Cette politique prend la forme d'un projet territorial de santé mentale. Retour sur les modalités de ce nouveau dispositif et sur le rôle du directeur des soins dans l'impulsion et l'accompagnement des PTSM.

Martin, L. et Louis-Burlat, I. (2019). "Accompagner les infirmiers en pratique avancée [dossier]." Soins cadres(110): pp. 7-30.

En juillet 2018, la France a décidé de doter son système de santé d'infirmiers en pratique avancée (IPA). Au sommaire de ce dossier : Une réelle évolution ; Les IPA et l'intégration à l'université de la formation infirmière ; Mise en place de la fonction d'infirmier en pratique avancée diplômé d'État ; Quel positionnement pour l'IPA dans le secteur hospitalier français ? ; Organisations hospitalières et nouveaux métiers paramédicaux ; Positionnement et rôle

de l'IPA au sein d'une institution ; La formation préparant au diplôme d'infirmier en pratique avancée ; Infirmier en pratique avancée et psychiatrie.

Trochet, C., Lambert, P., Ollivet, C., et al. (2019). "Maintien et accompagnement à domicile : Quelles réalités ? Quelles limites ? Dossier." Revue de gériatrie **44**(5): pp.291-308.

Ce dossier examine les différentes limites du soutien et de l'accompagnement à domicile des personnes âgées, limites qui peuvent être liées à la personne aidée (démence Alzheimer, situations de crise...), à l'aidant familial, aux ressources financières ou à l'environnement matériel. Il soulève également la question des ressources humaines en s'interrogeant sur les besoins de formation et de professionnalisation des intervenants de l'aide à domicile et en présentant un dispositif innovant de management. Le rôle de l'infirmier en pratique avancée, nouveau métier officialisé par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, est également mis en avant, notamment en terme de repérage des fragilités en amont de l'hospitalisation et de coordination des soins entre médecine de ville et hôpital.

2018

Apollis, B. (2018). "Les nouvelles obligations hospitalières relatives à la facturation des patients." Finances Hospitalières(127): pp.24-26.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié sensiblement les articles du Code de la santé publique relatifs à l'information du patient, notamment en ce qui concerne la facturation dont celui-ci peut faire l'objet. Ainsi, après les dispositions bien connues -elles aussi remaniées- de l'article L.1111-2 (information sur l'état de santé), l'article L.1111-3 dispose dorénavant que "toute personne a droit [gratuitement] à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins, et le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais". Or, quelles que soient les intentions de départ du législateur, cette réforme comporte des imprécisions juridiques, sources de risques pour les établissements comme pour la stabilité du dispositif lui-même. (R.A.)

Aubry, R. et Fleury, C. (2018). Avis n° 128 : enjeux éthiques du vieillissement. Quel sens à la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement ? Quels leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées ?, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

Le vieillissement de notre société est aujourd'hui une réalité démographique indéniable et qui invite à repenser notre façon de vivre ensemble pour permettre une meilleure inclusion des personnes âgées. Des mesures législatives ont ainsi été entreprises ces dernières années pour faire face à cette réalité, que ce soit par la loi de 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou bien par celle de 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. C'est dans ce contexte social et politique que le CCNE a choisi de s'autosaisir pour traiter des enjeux éthiques du vieillissement, trop peu présents à ses yeux dans la construction des politiques publiques relatives à l'accompagnement des personnes âgées : comment rendre la société davantage inclusive vis-à-vis de ses citoyen(ne)s les plus âgé(e)s ?

Belna, E. (2018). "Avis du CCNE. Les enjeux éthiques du vieillissement." Gestions Hospitalières(581): pp.652-655.

La production de l'avis n°128 du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) portant sur les enjeux éthiques du vieillissement s'inscrit dans un contexte normatif spécifique marqué, d'une part, par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dite loi ASV, d'autre part par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le CCNE reconnaît l'apport réel de cette législation mais insiste sur l'absence de réflexion, dans ces lois, sur le «sous-bassement éthique» de la question du grand âge, qui est l'objet de l'avis. (R.A.)

Bourdaire-Mignot, C., Raja-Roque, C., Clément, C., et al. (2018). "Deux ans après la loi dite "Touraine", retour sur certains aspects particuliers. Dossier." Revue Générale de Droit Médical »(66): 17-80.

Retour sur quatre aspects de la loi de santé : le dossier médical partagé (DMP), la place qu'occupent les auxiliaires médicaux au sein du système d'organisation des soins, l'évolution de l'exercice médical à l'hôpital et, enfin, l'encadrement plus rigoureux du recours à l'emprunt et au crédit-bail par les hôpitaux.

Cappe, M. (2018). "Encadrement de l'intérim médical à l'hôpital : les textes enfin parus." Revue Hospitalière De France(580): pp.10-11.

Plus de six mille médecins seraient inscrits dans des sociétés de recrutement. Outre un coût financier important pour les établissements de santé, l'intérim médical pose questions par rapport à la qualité des soins, les médecins intérimaires ne connaissant pas les protocoles propres à chaque établissement, et par rapport à l'égalité salariale vis à vis des médecins salariés. Pour réguler les recours et sécuriser les conditions de mise à disposition, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et ses textes d'application (décret du 24 novembre 2017, arrêté du 27 novembre 2017) ont introduit un cadre juridique pour l'intérim médical dans les établissements publics de santé. Zoom sur les modalités de mise en oeuvre de cet encadrement qui s'applique aux contrats conclus à compter du 1er janvier 2018.

Destombes, C. (2018). "Ma santé 2022 veut soigner l'hôpital. Dossier." Gazette santé social(157): pp15-22.

Depuis les ordonnances Debré qui l'ont créé, plusieurs réformes se sont succédées pour adapter l'hôpital public : réforme hospitalière (1991), plan Juppé (1995), tarification à l'activité, plan Hôpital (2004), loi Hôpital, patients santé et territoires (2009), loi de modernisation de notre système de santé (2016). Le plan Ma santé 2022, qui entre dans sa phase opérationnelle, affiche une ambition de réforme structurelle dans un contexte de burn-out des professionnels, d'inégalités d'accès aux soins et de budget contraint. L'hôpital peut-il rester « l'ultime recours » ? Il va en tout cas devoir organiser une nouvelle gradation des soins au sein des communautés professionnelles de santé. C'est loin d'être gagné. (introd.)

Febvre, D., Mazard, M., Vincent, E., et al. (2018). "La démarche « parcours patient »." Techniques hospitalières(768): pp.8-12.

Inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, l'optimisation des parcours des patients s'impose progressivement comme un enjeu de santé publique et un axe transversal structurant du système de santé. Les auteurs reviennent sur le cadre et les

objectifs de la démarche parcours patient et souligne son impact pour la certification V2014, la Haute Autorité de santé ayant défini 13 critères concernés par la thématique des parcours. Puis, ils décrivent la situation au CHU de Nice où de nombreux parcours ont été mis en oeuvre, permettant d'assurer un lien ville-hôpital, mais aussi d'apporter un souffle nouveau à la démarche continue de la qualité et de la gestion des risques en impliquant professionnels et équipe de soins.

Froment-Maire, A. (2018). "Santé : un nouveau jeu d'acteurs sur le territoire." Horizons publics(HS): pp.30-35.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a renforcé le rôle et les missions des agences régionales de santé (ARS) au niveau local. Les ARS se sont vues confier la transformation du service public de la santé et ont dû repenser leurs rapports avec l'ensemble des actes territoriaux, tels que les collectivités territoriales, les établissements ou encore les professionnels de santé. (R.A.)

Honoré, J. (2018). "Centres de santé. Rôle et garanties offertes aux patients. Dossier." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(3073): pp.39-43.

Les centres de soins sont un dispositif central de l'accès aux soins de premier recours. Une ordonnance du 12 janvier 2018, prise en application de l'article 204 de la loi de santé de 2016, vient clarifier et adapter leurs conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement. Le point sur les nouvelles dispositions qui ont but de simplifier et renforcer l'accès aux soins de premier recours.

Lenoir-Salfati, M. (2018). "Valoriser et promouvoir les démarches de développement professionnel continu (DPC) en établissement de santé, une priorité de l'Agence nationale du DPC." Techniques hospitalières(773): pp.31-33.

Le DPC, né en 2009 avec la loi HPST puis réformé en 2016 avec la loi de Modernisation de notre Système de Santé, est un dispositif obligatoire visant le maintien des compétences, s'adressant à l'ensemble des professionnels de santé. Quel est l'état des lieux du déploiement du DPC dans les établissements de santé? Quelles sont les pistes à suivre par les établissements de santé et par les professionnels pour faire vivre ce dispositif essentiel pour la qualité, la sécurité et la pertinence des soins? Michèle Lenoir-Salfati, Directrice générale de l'Agence nationale du DPC, répond aux questions de Techniques hospitalières. (R.A.)

Marescaux, J., Botbol, M. et Bourdillon, F. (2018). "Le projet territorial de santé mentale : quel bénéfice pour le parcours des usagers ?" Pratiques en santé mentale(1): pp.3-54.

La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 dispose d'ancrer l'organisation et la pratique des soins psychiatriques et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique dans une logique du territoire qu'explicite de manière plus concrète le rapport Laforcade. L'article 69 de cette loi distingue clairement la politique de santé mentale qui inclut des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale, et l'organisation du territoire sur lequel cette politique est déclinée. Mais ce ne sont pas seulement les professionnels de la santé qui sont conviés à élaborer et mettre en oeuvre cette politique, mais aussi l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion, les collectivités locales, les conseils locaux de santé et de santé mentale, sans oublier les représentants des usagers. Il est demandé préalablement à cette myriade d'acteurs de réaliser un diagnostic territorial

partagé permettant d'identifier les ressources disponibles et de préconiser les actions pour remédier aux insuffisances constatées, avec un objectif prioritaire : garantir une continuité des parcours de santé et de vie, de qualité, sécurisés et sans rupture. Si des réserves liées aux arrière-pensées financières de la technostructure sanitaire sont compréhensibles, il ne s'agit pas néanmoins, comme d'aucuns le craignent, qu'il se substitue au secteur de psychiatrie qui a inversé la logique asilaire et organisé une proximité et une continuité des soins, mais d'aller plus loin avec un secteur rénové qui associe la société civile. Cela implique de prendre en compte d'emblée l'accompagnement dans la vie quotidienne et notamment la question centrale de l'accès au logement et de l'accès à l'emploi, mais aussi de l'accès à une citoyenneté, en particulier lorsqu'une mesure de protection juridique demeure nécessaire. Ce nouveau territoire de santé mentale qui est celui de l'ensemble des acteurs invités à soigner et accompagner des personnes confrontées à des troubles psychiques suscite néanmoins quelques questions qui seront débattues lors de ces journées d'octobre 2017 à Amiens. (R. A.)

Péoc'h, N. (2018). "Plan d'action de promotion de la recherche." Gestions Hospitalières(573): pp.114-119.

Conformément à la stratégie nationale de santé et à la loi sur la modernisation de notre système de santé, la recherche en soins primaires est devenue une priorité pour l'intégralité des programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins. L'impulsion d'une politique de recherche en soins et santé au sein d'un groupement hospitalier de territoire fait partie du champ de compétences des directeurs des soins. Le modèle d'implémentation « Plan d'action de promotion de la recherche » (PAPR), en tant que plan réaliste, inclusif et prospectif est un modèle opérant, permettant la déclinaison d'une stratégie managériale pour accompagner le changement. (R.A.)

Perrin, A., Prandato, L., Cherichi-Malaga, A., et al. (2018). "Projets régionaux de 2e génération : un rendez-vous manqué ? Dossier." Perspectives sanitaires et sociales(260): pp.22-44.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a renouvelé les projets régionaux de santé (PRS) avec pour objectif de les simplifier et d'améliorer l'approche transversale, au profit de l'organisation des parcours de santé. Les premiers PRS étant arrivés à leur terme fin 2017, l'année 2018 marque ainsi l'adoption des PRS de deuxième génération. Les grandes évolutions annoncées sont-elles au rendez-vous ? Quelle est la place du domicile et du médico-social dans les PRS2 ? Les propositions de la FEHAP ont-elles été retenues ? Ce dossier dresse un premier bilan. Il revient tout d'abord sur les attentes et les préconisations de la FEHAP. Puis, il donne la parole à différents acteurs (délégués régionaux FEHAP, Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, ARS...) qui soulignent les points forts et les points faibles de ces PRS2 dans les territoires. En conclusion, il se penche sur la réforme du droit des autorisations sanitaires mise en oeuvre par deux ordonnances de janvier 2018 et analyse son impact sur les PRS et les établissements.

2017

(2017). "Liens d'intérêt dans le secteur de la santé : De nouvelles dispositions pour renforcer la transparence." RESPONSABLE SANTE. LA LETTRE BIMENSUELLE D'INFORMATION SUR LE RISQUE MEDICAL ET LA DEMARCHE QUALITE(273): 6.

La loi de modernisation de notre système de santé a renforcé les obligations des personnes qui participent aux instances de santé ainsi que celles des entreprises qui commercialisent des produits de santé afin d'assurer davantage de transparence sur les liens d'intérêt susceptibles d'affecter les décisions sanitaires. Plusieurs décrets du 28 décembre 2016 complètent ces dispositions législatives : l'obligation de déclaration des liens d'intérêt (DLI) est renforcée, l'obligation de déclaration des avantages consentis et des conventions conclues par les entreprises avec les professionnels de santé est élargie.

(2017). "Établissements privés et nouveau service hospitalier : L'emprise forcée de l'Agence régionale de santé." RESPONSABLE SANTE. LA LETTRE BIMENSUELLE D'INFORMATION SUR LE RISQUE MEDICAL ET LA DEMARCHE QUALITE(274): 6.

La loi du 26 janvier 2016 est revenue à une conception plus organique du service public hospitalier (SPH), articulé autour des missions de l'hôpital public. Le secteur privé n'est pas totalement exclu du SPH mais sa participation implique l'acceptation d'une emprise de plus en plus importante de l'Agence régionale de santé (ARS) sur l'activité des établissements. Cet article fait le point l'accès des établissements privés au SPH (habilitation ou association) et les contraintes associées.

Bercelli, P., et al. (2017). "Dossier spécial GHT." Finances Hospitalieres(113): 7-36.

Ce dossier fait un point sur la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) créés par la loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé et met en lumière les différentes questions soulevées par la réforme. Les contributions de ce dossier analysent successivement : - L'instauration d'une nouvelle entité commune "Le département d'Information Médicale de Territoire" (DIMT), ses spécificités et les transformations des pratiques qu'elle induit ; - Les ambiguïtés du dispositif territorial et juridique : le GHT apparaît comme un outil variable dans son périmètre, aléatoire dans ses objectifs et insécurisant dans sa forme juridique ; - La question du transfert de compétences et du transfert de responsabilité avec la présentation d'une nouvelle voie située entre EPS et GCS : le choix de la mise en place d'un EPCH (Etablissement public de coopération interhospitalière) ou d'un EPSCH (établissement public de santé de coopération interhospitalière) ; - L'opportunité apportée par la réforme pour repositionner le contrôle de gestion en aide au pilotage stratégique de groupe ; - Le cadre encore perfectible du régime budgétaire et comptable applicable au GHT avec notamment la question de la solidarité budgétaire entre ses membres.

Capodano, J. (2017). "Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : Les nouveaux enjeux." REVUE DROIT ET SANTE(76): 233-237.

Le décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé "dossier médical partagé" marque la dernière étape de la création du "nouveau DMP". Ce décret est pris en application des dispositions de la loi Santé sur le DMP (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 96) et vient compléter le décret de juillet 2016 fixant les modalités de mise en oeuvre du DMP (D. n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé). La création du DMP fait ressortir de nouveaux enjeux par rapport au secret professionnel, puisqu'il s'agit d'une dérogation importante au secret professionnel (I), avec certaines limites (II) mais avec l'apparition de nouvelles problématiques juridiques (III). (R.A.).

Riubinowitz, D. (2017). "La loi "santé". Les mesures relatives à la démocratie sanitaire." ACTUALITES

SOCIALES HEBDOMADAIRES(3002): 49-58.

Associer davantage les usagers du système de santé à l'élaboration de la politique de santé, renforcer leurs droits collectifs, notamment par la création d'une action de groupe en matière de santé, mieux contrôler les différents opérateurs sanitaires de l'Etat. Le point dans ce dossier sur les dispositions de la loi du 26 janvier 2016 qui tendent à renforcer la démocratie sanitaire. (R.A.).

Roubinowitz, D. (2017). "La loi "santé" : Les mesures sur l'accès aux soins et les droits des patients (1ère partie)." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2998): 41-50.

Ce dossier juridique examine les mesures de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 destinées à garantir un meilleur accès aux soins et à renforcer les droits individuels des patients. Parmi les mesures présentées : la généralisation du tiers payant pour les consultations de ville, l'évaluation des pratiques de refus de soins de la part des professionnels de soins, l'encadrement de certains tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS, l'instauration d'un droit à l'oubli pour les anciens malades, la suppression du délai de réflexion obligatoire pour l'interruption volontaire de grossesse, l'information sur le coût des soins.

2016

(2016). "Dossier médical partagé (DMP). 2ème partie : Fonctionnement et disparition du DMP." RESPONSABLE SANTE. LA LETTRE BIMENSUELLE D'INFORMATION SUR LE RISQUE MEDICAL ET LA DEMARCHE QUALITE(264): 6.

La loi de modernisation de notre système de santé a relancé la mise en place d'un dossier médical universel numérique, transformant l'ancien dossier médical personnel en dossier médical partagé (DMP), afin de favoriser la coordination des soins. Le décret du 4 juillet 2016 précise les modalités de mise en oeuvre de ce dispositif qui concernera l'ensemble des professionnels et établissements de santé. Après une première partie publiée dans le numéro précédent relative aux conditions de création du DMP, cette deuxième partie examine le fonctionnement du DMP (alimentation, accès, rectification des données) ainsi que sa clôture.

(2016). "Dossier médical partagé, un outil pour la coordination des prises en charge. 1ère partie : La mise en place du DMP." RESPONSABLE SANTE. LA LETTRE BIMENSUELLE D'INFORMATION SUR LE RISQUE MEDICAL ET LA DEMARCHE QUALITE(263): 6.

La loi de modernisation de notre système de santé a relancé la mise en place d'un dossier médical universel numérique, transformant l'ancien dossier médical personnel en dossier médical partagé (DMP), afin de favoriser la coordination des soins. Le décret du 4 juillet 2016 précise les modalités de mise en oeuvre de ce dispositif qui concernera l'ensemble des professionnels et établissements de santé. La mise en oeuvre du DMP sera confiée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Cette première partie examine les conditions de création du DMP et son contenu.

Apollis, B. (2016). "La nouvelle définition du service public hospitalier." LES CAHIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE(369): 29-31.

Désormais, avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le service public hospitalier se définit moins par ses missions confondues pour la plupart avec celles de tout établissement de santé (1), que par les obligations qu'il impose aux personnes s'inscrivant dans son cadre (2).

Apollis, B. (2016). "L'accès aux soins et la loi du 26 janvier 2016." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 673-682.

La lutte contre les inégalités en santé se porte au moins sur deux fronts différents : les inégalités sociales et les inégalités territoriales de santé. La loi de modernisation de notre système de santé s'attache à améliorer l'accès aux soins sur ces deux fronts à la fois (1). Mais si cette amélioration de l'accès aux soins est bien présente dans la loi, elle apparaît inaboutie, au regard des ambitions gouvernementales de départ (2).

Baranne, M., et al. (2016). "Vers un diagnostic territorial à partager. Évaluation de l'activité de cinq établissements en vue de la mise en place d'un GHT." Gestions Hospitalieres(553): 90-94, carte, graph.

[BDSP. Notice produite par EHESP ApGFR0xE. Diffusion soumise à autorisation]. La loi de modernisation de notre système de santé prévoit la mise en place dès le 1er juillet 2016 de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les hôpitaux de Saint-Maurice ont débuté en 2015 une représentation du diagnostic territorial à partir de leur établissement et en considérant quatre établissements du territoire de santé du département du Val-de-Marne. Ce travail de prévision a permis d'estimer ce qu'amènerait le GHT en termes d'activité, de ressources et d'offre territoriale.

Bauduret, J.-F. (2016). "Articulation sanitaire-social : la loi "santé" au milieu du gué." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2958): 32-33.

L'auteur analyse les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé qui ont une incidence sur le secteur social et médico-social. Il souligne que ces dispositions vont, non sans timidité, dans la bonne direction : des efforts ont été faits pour améliorer la transversalité des parcours entre le sanitaire et le social mais des progrès restent à faire.

Beau, P. (2016). "Loi de santé : la décision du juge constitutionnel." Espace Social Europeen(1083): 11-12.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9R0xpB9F. Diffusion soumise à autorisation]. Saisi par les députés et sénateurs "les Républicains" et UDI sur certains articles de la loi de modernisation de la santé portée par la ministre Marisol Touraine, le Conseil constitutionnel a validé, le 21 janvier 2016, la quasi-totalité des dispositions de la loi. Cet article propose au lecteur de mieux comprendre la décision du Conseil constitutionnel : il revient, pour chaque article contesté, sur les arguments présentés par les élus ainsi que sur les motifs de validation ou de censure du Conseil constitutionnel.

Bourdillon, F. (2016). "La France se dote d'une agence nationale de santé publique : Santé publique France." LA SANTE EN ACTION(436): 4.

Santé publique France, nouvelle agence nationale de santé publique créée par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016. Santé publique France réunit les missions de trois agences sanitaires et d'un groupement d'intérêt public : l'Institut de veille

sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus) et Addictions, drogues, alcool info service (Adalis).

Bourdillon F. (2016/03) ? Nouvelle loi santé : promouvoir l'état de santé de la population. Santé en action : (435)

Brechat, P.-H. (2016). "Prévention et promotion de la santé : Pierre angulaire de la loi." Loi de modernisation de notre système de santé. Apports, enjeux et perspectives.: 23-31.

Du fait notamment de la quasi-absence d'une politique de prévention, l'espérance de vie sans incapacité baisse depuis quelques années et la France se situe à peine au-dessus de la moyenne européenne. Dans ce contexte, on peut se féliciter que la prévention et la promotion de la santé soit une pierre angulaire de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Mais ces dispositions seront-elles suffisantes ? Peuvent-elles permettre la construction d'un service public de prévention efficace pour tous et partout ?

Cabanis, J.-N. (2016). "La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : Une nouvelle étape pour la santé publique." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 597-611.

La loi de janvier 2016 est avant tout une loi de santé publique, qui vient compléter la précédente loi d'août 2004 comme l'attestent les nombreuses dispositions en faveur de la prévention et de la promotion de la santé. Prolongement de la stratégie nationale de santé, elle offre également une vision globale de la santé avec notamment les dispositifs favorables à la coordination et la notion de "parcours de santé". Mais elle marque aussi un retour à la loi du 31 décembre 1970 à travers la refondation du service public hospitalier et on peut regretter la relance inutile d'une opposition secteur public-secteur privé ainsi que l'absence dans la loi d'un certain nombre de marqueurs non politiques qui représentent des attentes sociales ou sociétales et transcendent les positions dogmatiques.

Caniard E.(2016/01/:22). [Tiers payant : les médecins doivent prendre leur responsabilité](#). Le Monde, 22 janvier 2016

Codano, J. (2017). "Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : Les nouveaux enjeux." REVUE DROIT ET SANTE(76): 233-237.

Le décret n° 2016-1545 du 16 novembre 2016 autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé "dossier médical partagé" marque la dernière étape de la création du "nouveau DMP". Ce décret est pris en application des dispositions de la loi Santé sur le DMP (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 96) et vient compléter le décret de juillet 2016 fixant les modalités de mise en oeuvre du DMP (D. n° 2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé). La création du DMP fait ressortir de nouveaux enjeux par rapport au secret professionnel, puisqu'il s'agit d'une dérogation importante au secret professionnel (I), avec certaines limites (II) mais avec l'apparition de nouvelles problématiques juridiques (III). (R.A.).

Cattan, J. (2016). "La mise a disposition des données de santé." DROIT ADMINISTRATIF - REVUE MENSUELLE DU JURISCLASSEUR(5): 15-22.

L'article 193 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé établit un nouveau cadre de mise à disposition des données de santé. Son objectif est d'ouvrir l'accès aux données dites médico-sociales tout en assurant leur protection lorsque celles-ci sont à caractère personnel. A cette fin, la loi procède à la réforme tant du cadre institutionnel que des procédures dédiées à la mise à disposition des données de santé. Ainsi, la loi consolide l'édifice institutionnel en place en lui donnant un nouveau cap, ouvre l'accès aux données anonymes, libère l'accès aux données à caractère personnel de contraintes jugées inutiles et établit de nouveaux garde-fous là où ceux-ci s'imposaient.

Chassat-Philippe, S., et al. (2016). "Loi santé : une palette de dispositifs censés améliorer la prise en charge des plus fragiles." ACTION SOCIALE : DICTIONNAIRE PERMANENT DES EDITIONS LEGISLATIVES(333-1): 35p.

Également dénommée loi de santé ou loi "Touraine", la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé comporte 227 articles de nature et de portée très variables. Mise à part la généralisation du tiers-payant qui a suscité la grogne des médecins, beaucoup de dispositions sont appréciables sur le papier en ce qu'elles tendent à répondre à des attentes, en particulier celles des plus vulnérables : promotion de la prévention, prise en compte spécifique de la santé de l'enfant, introduction dans le projet régional de santé d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Tenant compte des premiers textes d'application parus fin mars, ce numéro spécial fait le point sur les dispositions de la loi autour de 6 grandes thématiques : le nouveau cadre pour la politique de santé, le renforcement de l'animation territoriale conduite par les ARS, l'amélioration de l'accès aux soins, la redéfinition de la politique de réduction des risques et des dommages, l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées, le soutien à la santé des enfants et des jeunes majeurs.

Clement, J.-M. (2016). "Les grands thèmes de la loi Santé 2015 : Service public hospitalier et rénovation de l'hôpital - le rôle de chef de réseau de l'ARS." LE BULLETIN JURIDIQUE DU PRATICIEN HOSPITALIER(184): 4p.

Cet article fait le point sur le rôle de chef de réseau de l'ARS au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Couturier, M. (2016). "La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : Une évolution des cadres sans révolution des pratiques." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 683-696.

La loi nouvelle se veut le produit d'une série de questionnements et travaux qui, portant sur des évolutions nécessaires pour la psychiatrie et le soin au psychisme, ont émaillé le débat public depuis le début des années 2000. Le contenu de la loi, sans être insignifiant, ne répond cependant pas à tous les enjeux mis en évidence dans ces débats. Après s'être penché sur l'origine de la réforme et sur les évolutions de la prise en charge du trouble mental, l'auteur examine le contenu de la loi mettant en avant deux axes essentiels du texte : associer les acteurs en matière de santé mentale sur les territoires, pérenniser et clarifier les secteurs de psychiatrie. Il se penche également sur les innovations introduites par la loi en matière de soins psychiatriques sans consentement.

De Fallois, M. (2017). "Assurance et "droit à l'oubli" en matière de santé." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(1): 132-145.

Introduit par l'avenant à la Convention AERAS signé le 2 septembre 2015 puis consacré par la loi du 26 janvier 2016, le "droit à l'oubli" a été présenté comme un progrès permettant aux candidats à l'assurance de ne pas déclarer, lors d'une demande de prêt, certains antécédents pathologiques au terme de délais prévus par la loi. Sa mise en oeuvre comporte toutefois des risques d'atteintes à la vie privée des demandeurs d'autant que ce dispositif ne présente actuellement aucun caractère contraignant pour les assurances. Dès lors, s'il n'existe pas de "droit au crédit", ni de "droit à l'assurance", il n'existe pas plus de "droit à l'oubli" tant ce dernier est lacunaire. (R.A.).

De Montalembert, P. (2016). "Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : rapport de fin de mission." *Gestions Hospitalières*(554): 154-159, tabl.

[BDSP. Notice produite par EHESP 9IECR0x9. Diffusion soumise à autorisation]. Le 16 mars 2015, Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, et le Dr Frédéric Martineau, président de la Conférence des présidents de CME de CH, ont rendu le second rapport sur le déploiement des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce second rapport vise à formuler des préconisations sur le dispositif cible des GHT, en identifiant les points de vigilance. D'emblée, les auteurs font part de leur conviction qu'il faut "laisser la plus grande souplesse aux acteurs en responsabilité et leur accorder toute confiance". (introd.).

Debies, E. (2016). "L'ouverture et la réutilisation des données de santé : Panorama et enjeux." *REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL*(4): 697-708.

L'article 193 de la loi du 26 janvier 2016 offre les conditions d'une "ouverture maîtrisée" des données de santé. Il ne s'agit pas de toutes les données de santé et leur ouverture est limitée à des fins strictes : recherche, étude ou évaluation présentant un caractère d'intérêt public. Dans ce but, un "système national de données de santé" est créé, qui est alimenté des données de différentes bases médico-administratives, notamment le Système national d'information inter-régimes d'Assurance maladie (Sniir-Am) créé en 1999. Après un point sur les conditions actuelles de l'accès au Sniir-am, l'auteur examine les finalités et particularités du nouveau système national de données de santé. Puis, il se penche sur la question de l'ouverture des données dans le cadre des applications de santé : Qu'en est-il de la relation de confiance patient-médecin avec le développement des objets connectés ? Quelles sont les dérives d'utilisation pour les données individuelles de santé ? Peuvent-elles remettre en cause notre modèle de sécurité sociale ?

Delnatte, J. C. (2016). "Les dispositions à caractère financier de la loi de modernisation de notre système de santé." *Finances Hospitalières*(99): 2-6.

http://www.finances-hospitalieres.fr/dispositions-caractere-financier-loi-modernisation-systeme-sante_679D4F7FB774B5.html

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, dite de "modernisation de notre système de santé", au-delà des mesures phares qui ont accaparé l'attention des médias, s'apparentent à bien des égards à une loi portant diverses mesures d'ordre social, permettant un toilettage législatif d'ailleurs inachevé puisque le Gouvernement est habilité à prendre par ordonnances des mesures concernant des sujets qu'elle n'a pas pu traiter. Dans un texte particulièrement foisonnant, quelques dispositions à caractère financier intéressant les établissements de santé méritent d'être mises en exergue ; après examen par le Conseil constitutionnel¹, plusieurs d'entre-elles, qui étaient contestées, ont été déclarées conformes à la Constitution, à l'exception du paragraphe IX de l'article 107. Cet article passe en revue ces dispositions.

Dupont, B., et al. (2016). "Groupe de recherche sur l'Impact des Re compositions et des Coopérations Hospitalières (IRCH). Dossier : Quels critères d'évaluation pour les futurs GHT ?" Gestions Hospitalières(554): 136-153, tabl., carte.

[BDSP. Notice produite par EHESP psAR0xJp. Diffusion soumise à autorisation]. Ce dossier consacré aux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et élaboré par le groupe de recherche IRCH aborde les thèmes suivants : une présentation du groupe de recherche IRCH et les objectifs du projet ; les critères d'évaluation pour les futurs GHT ; l'amélioration de l'accessibilité aux soins ; la qualité du service médical rendu ; la pertinence économique et sociale des GHT ; la gouvernance, l'acceptabilité sociétale et enfin l'évaluation nationale des GHT.

Evin, C. (2016). "Les groupements hospitaliers de territoire : Au service d'une stratégie de groupe." Revue Hospitaliere De France(568): 36-40.

[BDSP. Notice produite par EHESP msR0xJ9A. Diffusion soumise à autorisation]. En remplaçant les Communautés hospitalières de territoire (CHT) par les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), la loi de modernisation de notre système de santé ne procède pas à une simple modification sémantique mais bien à une réforme importante de l'organisation hospitalière. L'objectif est double : permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient et assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Quelle sera la situation des CHU au regard du GHT ? Et celle des établissements autorisés en psychiatrie ou celle des établissements privés ? Quel est le statut et le mode de gouvernance prévus pour le GHT ? Cet article fait le point sur les différentes étapes qui vont conduire à l'établissement du GHT ainsi que sur son mode de fonctionnement et son incidence sur diverses procédures (certification, compte).

Grimaud, O., et al. (2016). "L'accès aux données massives de santé." LES CAHIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE(369): 73-75.

Après avoir examiné les bénéfices, les défis et les risques associés à l'utilisation des données massives (ou big data) dans le domaine de la santé, les auteurs reviennent sur les modifications introduites par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, et notamment le chapitre V de la loi intitulé "Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé" qui prévoit la création d'un système national de données de santé (SNDS). Ils soulignent l'équilibre du nouveau dispositif - entre ouverture des données et protection de la vie privée-ainsi que le potentiel sans précédent d'analyse des données de santé dans le champ de la recherche et de l'évaluation publique.

Jolivaldt, F. et Le, Gloan, C. (2016). "Préalables pour un SIH convergent au sein des GHT." Revue Hospitaliere De France(569): 48-50.

[BDSP. Notice produite par EHESP pHR0xEDs. Diffusion soumise à autorisation]. L'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire au 1er juillet 2016 et le transfert de plusieurs activités à l'établissement support du GHT, notamment la gestion d'un système d'information hospitalier convergent. Cette mesure peut susciter certaines interrogations : pourquoi transférer et mutualiser cette activité ? Qu'entend-t-on par "SIH convergent" et comment y parvenir ? Nos réponses permettent, d'une part de préciser le concept de SIH convergent et

son rôle stratégique dans l'évolution de nos organisations hospitalières, d'autre part de dissiper certaines inquiétudes quant aux impacts de sa mise en oeuvre.

Laga, L. (2016). "La loi "santé". Les mesures sur la prévention et la promotion de la santé (2ème partie)." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2982): 45-53.

Ce dossier juridique analyse le volet "Prévention et promotion de la santé" de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Après une première partie parue dans le n° 2981 et consacrée aux mesures relatives à la santé des jeunes et de publics spécifiques (malades chroniques, personnes handicapées, détenus.), cette dernière partie présente les dispositions relatives au dépistage des maladies infectieuses transmissibles (VIH, hépatites) et à la création d'une Agence nationale de santé publique. L'objectif poursuivi par la loi est de faciliter le dépistage via des dispositifs innovants, les autotests et les tests rapides d'orientation diagnostique, ces derniers pouvant être mis en oeuvre par un personnel exerçant dans une structure associative ou dans un établissement ou service médico-social.

Laga, L. (2016). "Loi "santé" : les mesures relatives au secteur médico-social (2ème partie)." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2960): 49-58.

Après une 1ère partie parue dans le n° 2951, cet article s'intéresse aux mesures relatives au secteur médico-social : mise en place d'un dispositif d'orientation permanent par les maisons départementales des personnes handicapées, reconnaissance légale du "dispositif ITEP", expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

Laga, L. (2016). "Loi "santé" : Les mesures sur la prévention et la promotion de la santé (1ère partie)." ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES(2981): 49-57.

Ce dossier juridique analyse le volet "Prévention et promotion de la santé" de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le présent numéro décrypte les mesures relatives à la santé des jeunes (la promotion de la santé en milieu scolaire, l'information des jeunes sur la prévention, la reconnaissance du rôle des missions locales, la lutte contre l'alcool et le tabac) ainsi que les actions qui tendent à moderniser les stratégies de prévention à destination des publics ayant des problématiques de santé spécifiques (personnes atteintes d'une affection de longue durée, malades chroniques, personnes handicapées, détenus, usagers de drogue). La deuxième partie, qui paraîtra dans un prochain numéro, abordera la question du dépistage du VIH et des hépatites et la création d'une Agence nationale de santé publique.

Levray, N. (2016). "Réforme des données publiques de santé : une ouverture à tous, encadrée et sécurisée." LA GAZETTE SANTE SOCIAL(129): 26-27.

L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé inscrit l'usage des données de santé captées par l'administration dans un nouveau corpus de règles. Leur accès et leur traitement sont organisés autour d'un système national centralisé et d'une gouvernance unifiée, dans la limite de la protection des droits du citoyen. (introd.).

Masse, G. et Vigneron, E. (2016). "GHT, psychiatrie et santé mentale : Les inquiétudes sont-elles fondées ?" Gestions Hospitalieres(556): 265-269.

[BDSP. Notice produite par EHESP IR0x8sA9. Diffusion soumise à autorisation]. De

nombreuses inquiétudes ont été exprimées par les établissements publics de santé mentale face à l'intégration du dispositif de santé mentale aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) créés par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé. Il ne se passe désormais plus de jours sans que les agences de presse ne rapportent des oppositions de CME, de syndicats de PH ou de tel ou tel groupe local ou régional à leur participation à des GHT généralistes. Soulignant que le GHT comme la communauté psychiatrique de territoire sont les héritiers directs de la conception égalitaire et solidaire de la santé née des Lumières et de la Révolution, les auteurs affirment qu'il leur apparaît indispensable que la psychiatrie publique intègre les GHT généralistes comme membre fondateur à part entière. La psychiatrie doit vivre pleinement une révolution culturelle et organisationnelle qui atténuera les différences actuelles entre le public, le privé et l'associatif.

Mauduit, L. (2016). "Hôpital : Les 135 GHT démarrent avec des incertitudes." Espace Social Europeen(1093): 6-8.

[BDSP. Notice produite par EHESP pFCaP0x. Diffusion soumise à autorisation]. Fini les grandes théories, des actes désormais : les groupements hospitaliers de territoires (GHT) voient le jour. Un cap à franchir dans un climat déconcertant, allant du manque de visibilité dénoncé par les responsables de fédération hospitalière, à la consternation des professionnels, en particulier en psychiatrie. La signature des premières conventions constitutives de groupements a déclenché une avalanche de dérogations et accroît les inquiétudes comme les frustrations.

Morlet-Haidara, L. (2016). "L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 658-672.

Si aucun titre ou chapitre de la loi de santé n'est spécialement consacré à l'usager, l'idée d'une amélioration de sa prise en charge et d'un renforcement de ses droits innervent tout le texte. La loi contient ainsi des dispositions relatives à l'information du patient, à la reconnaissance d'un droit à l'oubli ainsi que des mesures concernant le don d'organe. Elle apporte par ailleurs des modifications au régime d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et permet l'action de groupe en matière de santé. Enfin, elle accorde une place à l'usager concernant la question du partage des données de santé

Piney, D. et Godeau, T. (2016). "Constitution des GHT : Réalités de terrain et attentes des présidents de CME des centres hospitaliers." Revue Hospitaliere De France(569): 62-65, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP jFCR0xEo. Diffusion soumise à autorisation]. La constitution des groupements hospitaliers de territoire présage de nombreux bouleversements au sein des organisations médicales et managériales des établissements publics de santé. Afin de répondre aux inquiétudes formulées par ses membres, la Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers a mené une enquête afin d'objectiver les difficultés de terrain. Les résultats confirment qu'il est, d'une part, essentiel de laisser aux acteurs le soin de définir le périmètre de leurs coopérations et, d'autre part, déterminant d'installer une gouvernance médico-administrative équilibrée. Les communautés médicales expriment le besoin de se retrouver pleinement dans ces futurs groupements pour accompagner la dynamique du changement.

Pourrat, A. (2016). "Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ?" Information Psychiatrique (L') **92**(3): 183-186.

[BDSP. Notice produite par EHESP E9BG8R0x. Diffusion soumise à autorisation]. Qu'en est-il de la loi de modernisation de notre système de santé dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie ? Quelques réflexions et pistes non exhaustives.

Rauch, F. (2016). "Les groupements hospitaliers de territoire : nouveau cheval de Troie de la réforme de l'offre globale de soins." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(20): 18-20.

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) a formulé dans leur principe les groupements hospitaliers de territoires (GHT). Leur mise en oeuvre a été précisée par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Ils deviennent une nouvelle formule de coopération des établissements publics de santé sur les territoires. Pourtant ce qui s'apparente à une recherche d'optimisation de la réponse aux besoins de la populations sur les territoires constitue, en première instance, une recherche d'optimisation comptable de la dépense sociale de santé, en seconde instance et, une nouvelle offensive contre l'ensemble du système de santé qui dépasse le cadre de l'offre de soins hospitaliers tout en passant par elle.

Sa, S. (2016). "Loi santé : Quels impacts pour les personnes handicapées ?" TRAVAIL SOCIAL ACTUALITES(75): 34-39.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dite aussi loi de santé, comporte plusieurs dispositions impactant directement l'accompagnement des personnes handicapées. La mesure majeure est la mise en place d'un nouveau dispositif d'orientation permettant de garantir une réponse accompagnée pour toute personne handicapée à travers le recours à un plan d'accompagnement global. Au-delà de cette réforme de l'orientation des personnes handicapées, la loi santé comporte également d'autres dispositions destinées à améliorer leur accompagnement : fixation d'un cadre légal au fonctionnement expérimental en "dispositif intégré" des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (Itep), mise en place du tiers payant pour le financement des dépenses nécessaires à la compensation du handicap, expérimentation de nouveaux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé. Ce dossier juridique fait un point détaillé sur le contenu et l'application de ces nouvelles mesures.

Saison-Demars, J. (2016). "Modernisation du système de santé : Une gouvernance hospitalière à géométrie variable." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 633-642.

Sans être une loi hospitalière à proprement parler, la loi de santé impacte la gouvernance des établissements publics de santé. Son article 195 rend facultative, en dessous d'un certain seuil, l'organisation en pôles d'activité, fixe une taille maximale pour leur constitution et modifie les conditions de désignation de leur chef. Elle renforce également la place du président de la CME. Au-delà de ces rééquilibrages internes, le texte interroge également la gouvernance hospitalière en imposant la restructuration de l'offre de soins du secteur public autour de groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'article 107 de la loi impose ainsi à chaque établissement public de santé, sauf dérogation, d'être partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Aussi interroger l'impact de la loi du 26 janvier 2016 sur la gouvernance hospitalière ne peut se limiter à apprécier les nouveaux équilibres internes aux établissements publics de santé (I) ; il convient également d'évaluer les risques de déséquilibre liés à la mise en place d'une gouvernance inter-hospitalière (II).

Siau, B. et Riot, C. (2016). "La généralisation du tiers payant : Une ambition discutée." Loi de modernisation de notre système de santé. Apports, enjeux et perspectives.: 47-51.

Annoncée comme l'une des mesures emblématiques de la loi de santé du 26 janvier 2016, la généralisation du tiers payant a été fortement limitée par la décision du Conseil constitutionnel censurant l'article 83 de la loi. Si cette ambition de généralisation du tiers payant apparaît conforme aux principes d'une assurance maladie universelle, elle a été contrariée par les principes de la médecine libérale, ce qui a abouti à la mise en place d'un nouveau mécanisme de tiers payant "hybride".

Tassery, M., et al. (2016). "Quelle organisation médico-sociale au regard des GHT ?" Revue Hospitalière De France(569): 36-43.

[BDSP. Notice produite par EHESP Jk7pR0xA. Diffusion soumise à autorisation]. Le secteur médico-social n'est à première vue ni la cible ni une priorité de la stratégie de groupe portée par les groupements hospitaliers de territoire créés par la loi de modernisation de notre système de santé. Pourtant, à travers cette mutualisation des moyens que propose le GHT, il a tout à gagner des appuis techniques du secteur sanitaire et peut valoriser auprès de ce dernier un rôle d'expertise en faisant découvrir son savoir-faire en matière de prise en charge des publics les plus fragiles. Reste à régler diverses interrogations telles que le devenir des coopérations déjà existantes, notamment à travers des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), ou bien la place du médecin coordonnateur.

Varnier, F. et Trepeau, M. (2016). "La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(4): 620-632.

Depuis près d'un demi-siècle, la coopération hospitalière a été appréhendée comme un outil permettant de répondre concomitamment à deux objectifs, la rationalisation économique et l'amélioration de l'organisation du système de soins. La loi de modernisation de notre système de santé opère aujourd'hui un réel changement de paradigme. La création des groupements hospitaliers de territoire recentre la coopération hospitalière autour d'un seul objectif : celui de penser l'organisation hospitalière dans une logique de graduation des soins et d'aménagement du territoire et non dans une logique immédiate de restructuration.

Vioujas, V. (2016). "La résurrection du service public hospitalier." ACTUALITE JURIDIQUE DROIT ADMINISTRATIF(23): 1272-1278.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé réintroduit dans le code de la santé publique le service public hospitalier que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires avait supprimé. Mais le contenu de celui-ci tient désormais moins à des missions spécifiques qu'à un ensemble d'obligations qui s'imposent aux établissements, publics comme privés, qui l'assurent. (introd.).

Zacharie, C. (2016). "Les révolutions discrètes de la loi de modernisation de notre système de santé." Finances Hospitalières(101): 26.

La loi impose de ne pas facturer de dépassements de tarif, sous peine de sanctions. Pour les établissements, les conséquences sont à la fois financières et stratégiques. (Introd.).

2015

(2015/12/17). [Ce que contient la nouvelle loi santé tout juste adoptée](#). Le Monde, 17 décembre 2015

(2015/12/01). [Le tiers payant en six questions](#). Le Monde, 1^{er} décembre

(2015/09). Le projet de loi santé est-elle à la hauteur de ses ambitions. [Gazette Santé Social](#), 18 septembre 2015

(2015). Loi de santé : une adhésion pragmatique mais pas d'enthousiasme. *Decision Sante* (301).

Abstract: La Loi de modernisation du système de santé français en cours de discussion au Parlement ne sera pas l'argument décisif de Marisol Touraine pour emporter la confiance du monde hospitalier. Mais ce dernier y prend ce qu'il peut, passé les déceptions initiales. Il n'y a pas de changement majeur pour l'hôpital et la tutelle des agences régionales de santé (ARS) n'est pas remise en cause. Plusieurs points sont jugés positifs : l'évolution des modalités de constitution et de vie des groupements hospitaliers, la réforme du développement professionnel continu (DPC), la suppression de l'Orre des infirmiers. Les éléments jugés importants sont : le retour au service public hospitalier qui contraint les établissements privés qui appartiennent au service public hospitalier de ne plus pratiquer de dépassements d'honoraires, et la révision de la gouvernance des hôpitaux, en particulier l'article 49 qui instaure un nouvel équilibre entre le pouvoir médicale et le pouvoir directorial.

Aube, P. (2015). "Les propositions Druais sur la médecine générale." [Espace Social Européen](#)(1067): 16-17

Abstract : Dans le cadre de la concertation relative au projet de loi de santé, le professeur Pierre-Louis Druais a été missionné par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la santé, afin d'établir des propositions sur la médecine générale et améliorer le parcours des patients en ville. Cet article nous présente les propositions du rapport remis à la Ministre en mars 2015.

Barnay, T. (2015). "La généralisation du tiers payant. Enjeux économiques et conséquences pour les acteurs du système de santé." [LES CAHIERS FRANCAIS](#)(388): 80-84.

Le 14 avril, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture le projet de loi de modernisation de notre système de santé dont un article prévoit de généraliser le tiers payant à l'ensemble des patients d'ici le 30 novembre 2017. Thomas Barnay souligne d'abord la plus grande équité dont est porteuse cette disposition qu'il convient de ne pas confondre avec la gratuité des soins. Il explique qu'elle ne devrait pas avoir d'effet inflationniste en matière de demande médicale. La généralisation du tiers payant peut cependant à terme fragiliser la médecine générale en renforçant la dépendance du médecin à l'égard de l'assurance maladie obligatoire. Celle-ci se doit d'être plus efficiente dans la coordination des différents acteurs du système de santé et de ne pas porter atteinte aux conditions d'exercice des médecins libéraux. (introd.).

Beau, P. (2015). "Loi santé, ce que l'Assemblée a voté." [Espace Social Européen](#) (1067): 4-6.

Abstract : Au terme d'un débat marathon, l'Assemblée nationale a adopté mardi 14 avril la "petite loi", dite de modernisation de la santé. Ce qui frappe à la lecture de ce texte, c'est sa lourdeur (203 articles) et son côté "fourre-tout" où des dispositions essentielles côtoient parfois le superflu. Rappel des principales dispositions du projet de loi avant son passage au

Sénat.

Beau P. (2015). Tiers-payant, techniquement jouable, politiquement compliqué. *Espace Social Européen*, (1062)

Abstract: [BDSP. Notice produite par EHESP Asm88R0x. Diffusion soumise à autorisation]. La question du tiers-payant généralisé empoisonne le débat sur la réforme de santé engagée par Marisol Touraine. Le Ministère de la Santé a créé en février un groupe de travail "ad hoc", présidée par la présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, afin de trouver une synthèse entre toutes les parties prenantes. Si la solution technique paraît accessible, mais selon des délais étirés, les postures politiques des acteurs vont singulièrement compliquer la situation.

Boiron, F. et Battesti, M. (2015). "Pragmatisme, confiance mutuelle, action. L'intérêt d'une approche "bottom up" : Dossier : Les nouveaux territoires de l'hôpital." *Gestions Hospitalières*(548): 426-431.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xCrls9. Diffusion soumise à autorisation]. Personne n'a encore trouvé la pierre philosophale de la coopération territoriale, celle qui transformerait à coup sûr le terreau hospitalier en joyau coopératif. La démarche particulière de la Loire, dans un bassin à l'offre dense autour d'un CHU, celui de Saint-Etienne, montre l'intérêt de combiner trois types d'approche : la patience (ou l'attentisme ?), le pilotage administratif directif et la phase de stratégie "bottom up" pilotée par le terrain. (introd.).

Bouet P. (2015). Projet de loi santé : inacceptable en l'état. *Médecins : Bulletin de L'Ordre National des Médecins*, (38)

Abstract: Cet article présente la position du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le projet de loi santé 2015.

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/2015-02-04/master/sources/projet/MEDECINS-38.pdf

Clément J.M. (2015/11). Le dessein fort ambitieux de la loi santé 2015 : le coût du projet. *La Gazette de l'hôpital*, (118)

Abstract : Selon l'auteur de l'article, le projet de loi "santé 2015" est un exemple de "loi créances" où le législateur accorde des droits nouveaux sans considération des coûts qu'ils engendrent.

Clément J.M. (2015/06). La territorialisation en santé : dossier. *Bulletin Juridique du Praticien Hospitalier*, (179)

Abstract : Réflexion sur les objectifs de la territorialisation : organiser les flux des dépenses de santé ? Mieux étatiser les choix de santé ? Reste l'encadrement des soins : Pour un grand service public territorial ? Et que devient l'hôpital dans le projet de loi « santé 2015 » ?

Colas, D. (2015). "Centres hospitaliers locaux : quelle place dans les futurs GHT ?" *Revue Hospitalière De France*(566): 68-69.

[BDSP. Notice produite par EHESP lprR0xks. Diffusion soumise à autorisation]. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire dont l'adhésion sera rendue obligatoire (article 27 du projet de loi). Quelle place

occuperont les centres hospitaliers locaux, notamment pour la médecine hospitalo-libérale ? (introd.).

De, Larduchet, B. et Segui-Saulnier, S. (2015). "Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions. et presque autant de réponses !" *Gestions Hospitalieres*(551): 634-639.

[BDSP. Notice produite par EHESP rR0xAB9H. Diffusion soumise à autorisation]. La notion de groupement hospitalier de territoire a été insérée dans la loi de modernisation de notre système de santé. Certaines interrogations demeurent, concernant notamment la définition de leur périmètre (le GHT est-il contraint par le territoire de santé ?), la qualité de leurs membres et partenaires, le positionnement des établissements spécialisés en santé mentale, la question de la gouvernance.

De, Montalembert, P. (2015). "Les groupements hospitaliers de territoire : Perspectives et questionnements." *Gestions Hospitalieres*(547): 334-338, fig.

[BDSP. Notice produite par EHESP FmCR0x9A. Diffusion soumise à autorisation]. Le 14 avril dernier, l'Assemblée nationale a adopté le projet de loi Santé, entre-temps rebaptisé "Projet de loi de modernisation de notre système de santé". Il doit encore être débattu au Sénat, sans doute à partir de la mi-septembre, avant un retour à l'Assemblée nationale pour un vote définitif. Si l'on compte la saisine très probable du Conseil constitutionnel, il semble qu'il ne faille pas attendre une promulgation de la loi avant la fin 2015. Il serait temps, pourrait-on dire : l'une des mesures les moins débattues jusqu'à présent par les parlementaires, et pourtant les plus importantes pour les hôpitaux, concerne les groupements hospitaliers de territoire (GHT), qui doivent être adoptés pour le 1er janvier 2016. (introd.).

Foucras, P. (2015). "Tiers payant généralisé : une loi qui du mal à passer." *Que Choisir Sante ?*(96): 10.

La généralisation du tiers payant à tous les assurés sociaux prévue dans la loi de santé 2015 est considérée par certains comme une avancée décisive dans l'accès aux soins. Pour la plupart des syndicats médicaux, cette nouvelle loi est une remise en cause de l'indépendance de la médecine libérale et entraînerait un surcroît de travail administratif. Cet article tente de faire la part des choses.

Guede E. (2015). Comprendre le tiers payant généralisé. *Espace Social Européen*, (1066)

Abstract: [BDSP. Notice produite par EHESP R0xJ8pBC. Diffusion soumise à autorisation]. Où en est aujourd'hui le tiers payant ? Sur qui repose la garantie de paiement ? Que prévoit le projet de loi santé ? Décryptage.

Hassenteufel P. (2015). La défense de la médecine libérale.

Abstract: Les médecins libéraux ont été de virulents opposants à la loi de santé 2015. Cette mobilisation s'inscrit dans une tradition séculaire de défense des principes de la médecine libérale par des syndicats influents qui entretiennent une vision corporative de la profession. Le mouvement d'opposition à la loi de santé ne peut donc se comprendre qu'en référence aux mobilisations qui l'ont précédé depuis 35 ans. Cette mise en perspective historique nous conduira à souligner le fait que les médecins libéraux ont réussi dans une large mesure à préserver, dans la durée, les principes de la « médecine libérale » par leurs mobilisations. Elle nous permettra, pour finir, d'apporter des éléments de réponse nuancés à la question

suivante : la généralisation du tiers-payant dans le cadre de la loi de santé pourrait-elle marquer un tournant majeur dans la place et le rôle des médecins libéraux dans le système de soins français ? (d'après l'auteur).

<http://www.laviedesidees.fr/La-defense-de-la-medecine-liberale.html>

Legouge, D., et al. (2015). "Quelle fonction achat à l'heure des réformes ? Dossier." Revue Hospitaliere De France(566): 48-67.

[BDSP. Notice produite par EHESP R0xEDlko. Diffusion soumise à autorisation]. Au sommaire de ce dossier : 1-GHT et fonction achat commune : un nouveau levier de performance pour le programme PHARE. 2-Construire une fonction achat commune au sein d'un GHT. 3-Mise en place d'une fonction achat : vers des outils juridiques. 4-Bénéfices de la standardisation dans la gestion de l'information. 5-Préparation de la fonction "achat GHT" avec Perf'achat : l'expérience francilienne. 6-Mutualisation des achats : un levier d'efficience pour les EHPAD.

Lesne, C. (2015). "Groupement hospitalier de territoire : une fausse bonne idée pour la GRH." Revue Hospitaliere De France(566): 70-76.

[BDSP. Notice produite par EHESP mrF9R0xs. Diffusion soumise à autorisation]. La création de groupements hospitaliers de territoire par le projet de loi de modernisation de notre système de santé pose plusieurs questions de gestion des ressources humaines et de faisabilité juridique : quel pouvoir aura le directeur de l'établissement "support" sur le personnel des établissements membres dont les fonctions auront été transférées et les activités déléguées ? Quelle sera la situation statutaire des agents hospitaliers ? Quelle articulation de la gestion des ressources humaines entre l'établissement support et les établissements membres ? Outre les incidences statutaires des agents, plusieurs questions restent en suspens quant à la mise en oeuvre du dialogue social dans les GHT. Quels comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, quels comités techniques d'établissement, quelles commissions administratives paritaires compétentes pour se prononcer sur les conditions de travail, l'organisation du travail ou encore la carrière des agents hospitaliers directement concernés par la coopération "intégrée" opérée par le GHT ? (introd.).

May E. (2015). Une réforme de la médecine générale pour un système de santé rénové efficace : la médecine générale en centre de santé, une perspective d'avenir pour la révolution réussie du premier recours. *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, (16)

Abstract: Cet article rassemble les propositions de l'Union syndicale des Médecins de centres de santé à mettre en oeuvre sans délais pour une nouvelle dynamique en médecine générale qui contribue à la révolution des soins de premier recours. Le projet de loi santé 2014 ne semble pas répondre aux besoins réels de la médecine générale.

Vaysette, P. (2015). "Loi de santé : c'est (presque) fait." Réseaux Santé & Territoire(65): 8-9.

La loi de modernisation du système de santé a été définitivement adoptée le 17 décembre 2015. Cet article présente quelques dispositions du texte de loi relatives aux communautés professionnels et groupements hospitaliers de territoire, fonctions d'appui et plates-formes territoriales à l'appui à la coordination des parcours de soins complexes, place des usagers renforcée, réforme du développement professionnel continu.

Villeneuve P. (2016/02/05). [La loi santé, entre confirmation et réorientation](#) : à propos de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. La Semaine Juridique, n° 6.

2014

(2014). Future loi de santé : pourquoi les libéraux n'en veulent pas. *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le)*, (3046)

Abstract: Débattu au Parlement au premier semestre 2015, le projet de loi santé est sévèrement critiqué par des représentants des professionnels de santé libéraux. Ils appellent à mobiliser contre ce texte. Cet article passe en revue les points de contestation : nouvelles prérogatives des Agences régionales de santé qui risquent de freiner la liberté d'installation, généralisation du tiers payant, du testing et du transfert de tâches, absence de ligne budgétaire.

Bergeron H., Nathanson C. (2014/12), Faire une loi, pour faire la loi. La loi de Santé publique d'août 2004. *Sciences sociales et santé*, 32 (2014)

Abstract : Les processus sociopolitiques de conception la loi de 2004, par un réseau élitare resserré, dessinent une morphologie typique des processus d'inscription sur l'agenda des questions de santé publique en France.

Bourret R., Vialla F., Lartinez E. (2014/11), Les orientations du projet de loi de santé. *Revue Droit & Santé*, (62)

Bremaud. (2014). Pour une nouvelle loi de santé publique : dossier. *Cahiers de la Sante Publique et de Protection Sociale (Les)*, (12)

Abstract: Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France est dans le groupe de tête, parmi 191 pays, concernant les performances du système de santé. Cependant les inégalités sociales de santé ne se sont pas résorbées en France, mais se sont même aggravées. Dans ce contexte, le premier ministre Jean-Marc Ayrault décide la mise en place de la Stratégie nationale de santé, en février 2013, son premier objectif est de réduire les inégalités sociales de santé et renforcer les parcours de santé des citoyens sur le territoire. Elle doit aussi aboutir à une grande loi de santé publique en 2014. Cet article aborde les différents aspects de cette future loi.

Bremaud A., Suesser P., Leicher C. (2014), Faisons un rêve : la future loi de santé publique. *Cahiers de santé publique et de protection sociale (Les)*, 2014, p.33-67

Coq-Chodorge C. (2014). Le tiers payant généralisé chez le médecin. *Moniteur des Pharmacies (Le)* (3051) : Cahier 1

Abstract: Depuis la fin du mois de juillet 2014, le projet de loi relatif à la santé circule entre les ministères et les syndicats de professionnels de santé. Et son article 17 est d'ores et déjà l'un des plus débattus. Le gouvernement veut généraliser la dispense d'avance de frais chez les médecins de ville. Si la loi est adoptée, le processus devrait se faire par étape : d'ici fin 2015, le tiers payant, déjà pratiqué par les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), sera étendu à ceux de l'aide à la complémentaire santé (ACS), et d'ici 2017, il devra être étendu à tous les médecins de ville. Cet article rassemble les opinions de différents acteurs en santé

Costiou G. (2014/11 et 12), Numéro spécial projet de loi relatif à la santé. *Responsable santé : Lettre bimensuelle d'information sur le risque médical et la démarche qualité* : (226-227)

Abstract : Après la loi Hôpital-Patients-Santé-Territoires adoptée en 2009, ce texte constitue une nouvelle réforme d'ampleur du système sanitaire. La loi comprend de nombreuses dispositions qui auront un impact sur la pratique des professionnels et des établissements et qui sont l'objet de ce numéro spécial.

<http://www.responsablesante.com/pdf/index.html?edition=8373>

Gibelin J.L (2014). Loi de santé publique : un service minimum pour le progrès et de graves menaces au programme. *Cahiers de santé publique et de protection sociale (Les)*, (14)

Lombrail P. (2014), Orientations du projet de loi de santé : aller plus loin pour « répondre aux défis structurels du système de santé. *Santé Publique*, 26 (4)

Abstract : [BDSP. Notice produite par EHESP 9DBr0xo. Diffusion soumise à autorisation]. Cet article a pour objectif de commenter le projet de loi de santé "Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée", actuellement soumis à la concertation dans le cadre de la Stratégie nationale de santé en France. Cette loi porte des mesures novatrices pour la France qui concernent la prévention comme le soin. Elle vise en particulier à développer, renforcer et structurer le secteur de la prévention, notamment en direction des enfants et des jeunes. Il s'agit par ailleurs d'organiser des parcours de soins et de santé et de se doter des outils nécessaires afin de favoriser leur développement. Toutefois l'auteur regrette une ambition parfois limitée dans ses objectifs comme dans ses moyens.

Lombrail P. (2014), Stratégie nationale de santé : une loi en demi-teinte (Editorial). *Santé publique*, 2014, 26 (4)

Abstract : [BDSP. Notice produite par EHESP 7AoIR0x8. Diffusion soumise à autorisation]. Si l'auteur se réjouit des avancées du projet de loi de santé, il regrette toutefois la timidité de ces mesures dans leur champ d'application. Par ailleurs, il s'inquiète du niveau des moyens qui pourront être mobilisés pour enrayer, notamment, la paupérisation alarmante de tous les grands dispositifs de prévention collective.

Huguiet M. (2014). À propos du projet de loi relatif à la santé. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 28 octobre

Abstract: Ce projet de loi affiche des objectifs très généraux, comme rassembler tous les acteurs concernés dans une stratégie commune, renforcer la prévention et l'efficacité des politiques publiques, garantir la pérennité du système de santé. De tels objectifs ne peuvent qu'être approuvés par tous. L'Académie après une lecture attentive de l'ensemble du projet exprime cependant des réserves sur plusieurs des dispositions envisagées.

<http://www.academie-medecine.fr/articles-du-bulletin/publication/?idpublication=100360>

Jaffre D. (2014). Service territorial de santé au public : une approche à l'anglaise ? *Objectif Soins & Management : La Revue des Cadres de Santé*, (228) : 29-31.

Marie R. (2014). La généralisation du tiers payant : entre amélioration de l'accès aux soins et défiance des médecins. *Droit Social*, (10)

Abstract: Le paiement direct des honoraires au médecin libéral et plus largement à l'ensemble des professionnels de santé reste la règle de facturation. Malgré la multiplication des exceptions légales et conventionnelles qui couvrent aujourd'hui 33 % des consultations de ville et l'amélioration constante des délais de remboursement, la généralisation du tiers payant est devenue un chantier prioritaire et un axe de la stratégie nationale de santé. Si le projet semble séduisant, sa mise en place se heurte à de nombreux problèmes techniques et soulève en filigrane la délicate question de l'indépendance des médecins libéraux.

Marty J. (2014). Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé. *Droit Social*, (10)

Abstract: Le projet de loi sur la santé prétend lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins. En réalité, il crée une rupture caractérisée de l'égalité entre les établissements publics et privés de santé car il prévoit que les cliniques privées ne pourront participer au service public hospitalier qu'à condition que leurs praticiens ne recourent jamais à des dépassements d'honoraires pour toute leur activité libérale, alors que les praticiens hospitaliers pourront continuer à demander de tels dépassements dans l'activité privée qu'ils exercent au sein des hôpitaux. La réforme envisagée est d'autant plus injuste que l'activité chirurgicale des établissements privés de santé s'avère aujourd'hui moins chère, dépassements d'honoraires compris, que celle des établissements publics. Et ces hôpitaux sont directement intéressés à l'augmentation des revenus privés de leurs médecins.

Touraine M. (2014). Health inequalities and France's national health strategy. *The Lancet*, 383 (9923)

Abstract: La ministre chargée de la santé, Marisol Touraine a publié une tribune dans la revue scientifique de référence *The Lancet* pour expliquer les enjeux de la stratégie nationale de santé Française. La ministre insiste beaucoup sur la phase d'explication dans les territoires qui a nécessité plus de 150 débats et mobilisé 23 000 participants. Elle affirme par ailleurs son ambition de promouvoir un nouveau contrat social « pour favoriser le développement, la soutenabilité et l'équité du système de santé » et lutter contre les inégalités de santé. Elle confirme enfin son intention de développer les coopérations, de structurer le premier recours, de renforcer les droits des patients et d'élargir l'accès aux données de santé. Et elle souligne que cette stratégie donnera plus de marges de manœuvre aux ARS pour adapter localement les politiques nationales.

<http://download.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140673614604232.pdf?id=aaaa2y-FuXbeV77o82Nuu>

Vayssette P. (2014). Projet de loi santé : acte I. *Réseaux Santé & Territoire*, (57)

Abstract: La phase de concertation sur le projet de loi de santé s'est déroulée en juin-juillet 2014. Des oppositions se sont manifestées émanant notamment des professionnels de santé. Après un examen par le Conseil d'Etat, le texte passera en conseil des ministres fin septembre, mais les débats parlementaires n'interviendront qu'au premier semestre 2015. Cet article présente les points du texte de loi et analyse les réactions des instances professionnelles, qui émanent de la phase de concertation.

2013

Touraine J.L. (2013). Stratégie nationale de santé et médecine de parcours. *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine*, 197 (8)

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2013/03/2013.8.pdf>

Vignerot E. (2013). Rapport Couty. Territoire, hôpital, santé : les perspectives ouvertes aux établissements et à leurs groupements. *Gestions Hospitalières*, (527)

Abstract: [BDSP. Notice produite par EHESP 7DBFR0xH. Diffusion soumise à autorisation]. Le rapport Couty propose un "pacte", de "confiance". Partant de cette suggestion, l'auteur en discute les aspects qui ont trait au territoire afin de tirer les enseignements de ce qu'il propose en matière d'aménagement sanitaire du territoire. Parmi les "treize mesures pour l'hôpital" annoncées le 4 mars par la ministre, l'auteur en retient les deux premières : mesure 1 : il sera défini un service public territorial de santé : mesure 2 : le service public hospitalier sera formellement réintroduit dans la loi, en précisant ses acteurs, ses missions, ses droits et ses obligations.

Ouvrages, diplômes

2020

Husser, J. (2020). Nouveau régime juridique des pharmacies à usage intérieur : Modalités de mise en oeuvre et impacts pour les publics concernés. Rennes : Ehesp

Le droit des pharmacies à usage intérieur (PUI) a été fortement remanié ces dernières années, suite d'abord à la parution de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, puis la publication de l'ordonnance n°2016-1729 du 15 décembre 2016. Ensuite, la publication du décret n°2019-489 du 21 mai 2019 relatif aux pharmacies à usage intérieur est venue préciser les conditions d'application de la modification du droit des PUI. Parmi les nouvelles dispositions juridiques introduites par ces textes, deux d'entre elles vont particulièrement impacter les ARS et les acteurs concernés ; à savoir la refonte du régime des autorisations des PUI et les nouvelles possibilités de coopération entre PUI. Et pour cause, les ARS ont jusqu'au 31 décembre 2024 pour "renouveler" les autorisations des 2 370 PUI réparties sur le territoire français. Toutefois, un an après la parution du décret, des enquêtes de terrain montrent une hétérogénéité dans les priorités d'action parmi les acteurs concernés et que sa mise en oeuvre suscite aussi quelques inquiétudes de la part des différentes parties prenantes. Des propositions de solutions et des points de vigilance sont suggérés pour la mise en oeuvre de certaines dispositions du décret. (R. A.)

2019

Bergoignan-Esper, C., Bringer, J., Budet, J.-M., et al. (2019). Les groupements hospitaliers de territoire, Berger-Levrault

Trois ans après la création des groupements hospitaliers de territoire par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, cet ouvrage propose une analyse des outils de la coopération hospitalière et de la problématique des territoires de santé. A quels objectifs répondent les GHT ? Leurs contours sont-ils pertinents ? Correspondent-ils à une réalité vécue par les patients ? Quels impacts sur la gouvernance de l'hôpital public ? L'ouvrage étudie le fonctionnement des GHT en pointant leurs atouts et leurs limites. Il associe l'expertise de quatre auteurs dont les contributions complémentaires permettent de couvrir l'ensemble du sujet : -les aspects juridiques de la coopération entre institutions et acteurs -la stratégie médicale et le parcours de santé -l'approche territoriale remise en perspective et documentée -l'aspect managérial et l'expérience de terrain.

Deroche, C., Guillotin, V. et Daudigny, Y. (2019). Organisation territoriale de la santé : accompagner les dynamiques locales sans imposer des modèles uniformes, Paris : Sénat

En amont de l'examen du projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, la commission des affaires sociales a décidé de faire un bilan des outils destinés à organiser la coordination entre les acteurs de santé au niveau des territoires, issus notamment de la loi « santé » de janvier 2016 et dont le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 » fait des piliers de la transformation souhaitée de notre système de santé : en particulier, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce premier bilan s'est nourri d'une vingtaine d'auditions et de deux déplacements à la rencontre de porteurs de projets, en Seine-Saint-Denis et en Meuse.

Martin, L. et Louis-Burlat, I. (2019). "Accompagner les infirmiers en pratique avancée [dossier]." Soins cadres(110): pp. 7-30.

En juillet 2018, la France a décidé de doter son système de santé d'infirmiers en pratique avancée (IPA). Au sommaire de ce dossier : Une réelle évolution ; Les IPA et l'intégration à l'université de la formation infirmière ; Mise en place de la fonction d'infirmier en pratique avancée diplômé d'État ; Quel positionnement pour l'IPA dans le secteur hospitalier français ? ; Organisations hospitalières et nouveaux métiers paramédicaux ; Positionnement et rôle de l'IPA au sein d'une institution ; La formation préparant au diplôme d'infirmier en pratique avancée ; Infirmier en pratique avancée et psychiatrie.

Roche, R. (2019). Piloter la performance globale des GHT, LEH Edition

La problématique soulevée par ce travail d'audit se situe à l'interface du nouveau management public et du contrôle de gestion des coopérations interorganisationnelles, voire de la gestion des ressources humaines. Elle s'inscrit dans la continuité des études menées autour de la transformation des hôpitaux publics (T2A, contrats de retour à l'équilibre financier, coopérations, restructurations, fusions, partenariats public-privé, certification...), et plus encore de la loi de modernisation de notre système de santé en date de 2016. Plus spécifiquement, cet audit répond à la commande de la mesure du périmètre d'application du service public hospitalier au sein des réseaux territorialisés d'organisations hospitalières. L'objectif visé par cet ouvrage est de modéliser et de mettre au service du décloisonnement de la prise en charge du patient un outil de gestion intégratif du parcours de soins du patient. En partant de l'hypothèse selon laquelle la recomposition en réseau du système hospitalier contribuerait à déjouer les grandes dichotomies sur lesquelles s'est construite l'action publique, et donc à reconstruire par hybridation le mode de gestion du service public hospitalier, l'auteure met en évidence que la mise en intelligence collective de la recomposition territoriale de l'offre de soins contribue à la territorialisation du service public hospitalier par l'inscription de la prise en charge du patient dans une réponse globale décloisonnée des modes de gestion et de financement de ses besoins de soins, et donc en pratique au passage d'une logique de leadership à celle de partnership. L'audit, mené de 2016 à 2018 sur la base d'une convention de partenariat avec un GHT de la région Occitanie, a pour objet un réseau territorialisé d'organisations hospitalières regroupant 9 établissements de santé publics de taille hétérogène, dont un CHU assure par délégation de compétences la gestion des actions et des fonctions supports depuis le 30 juin 2016. (R.A.)

2018

Abidos, D., Alendoura Silva, C., Alleman, F., et al. (2018). L'élaboration des projets territoriaux de santé mentale : la participation des acteurs au diagnostic territorial. Rennes : Ehesp

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a défini la politique de santé mentale et introduit des dispositifs pour la décliner sur les territoires. Les acteurs de la santé mentale ont été sollicités pour formaliser des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) nécessitant un diagnostic territorial partagé préalable. Les agences régionales de santé endossent un rôle d'animatrices pour soutenir les acteurs dans leur démarche de diagnostic. Elles doivent valider les PTSM au plus tard en 2020, ces derniers devant être en phase avec les projets régionaux de santé (2018-2022). L'enjeu de la mise en oeuvre de ces PTSM réside dans la capacité des acteurs de la santé mentale à collaborer pour réaliser le diagnostic partagé. Afin d'appréhender ce travail collaboratif entre divers acteurs, nous avons souhaité enquêter sur ces démarches innovantes visant à faire converger des cultures de travail différentes afin de réaliser des diagnostics territoriaux les plus opérationnels possibles. Une approche comparative entre six territoires situés dans quatre régions de France a été adoptée pour réaliser un état des lieux des différents projets engagés à ce jour. En interrogeant les acteurs concernés, nous avons souhaité identifier les méthodologies employées, les freins et les leviers inhérents à la conduite de projets. Des facteurs clefs de réussite transposables devront alors émerger pour faciliter les démarches sur l'ensemble des territoires nationaux. Les diagnostics territoriaux devraient permettre de mieux appréhender les parcours de vie et de santé en santé mentale en incluant tous les acteurs concernés. Ils devraient se fonder sur une méthodologie commune et anticiper une évaluation du dispositif final afin de mesurer la satisfaction des besoins des usagers en santé mentale. (R. A.)

Billion, M. (2018). Le Directeur des Soins : moteur de l'appropriation du Projet Médico-Soignant Partagé par l'encadrement. Rennes : Ehesp

En Juin 2017, pour répondre aux orientations de la Loi de Modernisation de notre Système de Santé, dans un contexte de transformation de leurs missions, les Directeurs des soins (DS) du territoire ont engagé l'encadrement dans la mise en oeuvre du Projet médico-soignant partagé. Ce travail de recherche, basé sur l'étude de cinq GHT confronte les différents phénomènes, identifiés au préalable dans le cadre conceptuel, qui vont entrer en jeu, dans l'influence de l'accompagnement au changement et l'acceptation des cadres à s'inscrire dans un processus territorial de travail commun. Il interroge également les interactions entre le DS et le Président de la CME, facteur identifié comme indispensable à la réussite de l'atteinte des objectifs politiques, stratégiques et opérationnels fixés. Outre les efforts d'amélioration de communication, les curseurs indiquent que l'encadrement pourrait être moteur dans un projet visant le passage du singulier au collectif, si les pratiques managériales du DS favorisent l'empowerment. (R. A.)

Joly, F. (2018). Le Dossier médical partagé. Rennes : Université de Rennes ; Ehesp

Le DMP est un dossier informatisé pouvant contenir toutes les informations nécessaires à la coordination et la continuité dans le parcours de soins du patient. Il est proposé à tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie. Il peut être créé par le patient lui-même, par un professionnel de santé à la demande du patient, ou encore en caisse primaire d'assurance maladie avec le patient. Celui-ci a connu bien des vicissitudes depuis le lancement du projet en 2004. Tantôt stoppé, tantôt relancé, ce dernier peine à trouver sa place dans un système de santé déjà bien complexe. Pourtant les enjeux sont nombreux puisque ce dossier

numérique promet l'amélioration de la qualité et de la sécurité du système de santé par un renforcement de la coordination dans le parcours de soin et la réalisation de nombreuses économies. En 2016, le projet est à nouveau relancé par la loi de modernisation de notre système de santé qui propose une nouvelle version de ce dossier médical qui devient désormais partagé. Son objectif a été de revaloriser le DMP en redéfinissant les rôles du professionnel de santé et du patient, mais également en renforçant la sécurité des données de santé qu'il contient pour qu'enfin DMP ne rime plus avec échec. (R. A.)

Peters, C. (2018). Intégration professionnelle et sociale de l'infirmier(e) de pratique avancée en oncologie stratégie du directeur des soins en institut. Rennes : Ehesp

La pratique avancée (PA) en soins infirmiers est inscrite dans la Loi de Modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS). La cancérologie fait partie des spécialités ciblées par l'intégration de l'infirmier(e) en pratique avancée (IPA) pour la prise en charge des patients. La conduite de projets visant l'implantation de la PA relève du champ de compétences du directeur des soins. Le directeur d'institut a un rôle essentiel pour impulser cette transition de recours à l'IPA. Des axes menés de manière transversale avec le directeur des soins en établissement, dans la conduite globale du projet, permettent, à travers la formation des étudiants, d'accompagner l'appropriation du modèle de prise en charge par les professionnels et les usagers. La promulgation des textes d'application de la LMSS, attendue lors de l'enquête, est corrélée à l'adhésion des médecins, infirmier(e)s et usagers du territoire. Ce préalable est d'autant plus prégnant que le consensus national, médical et paramédical, est incomplet. Dans cette conjoncture, la promulgation des textes d'application ne garantit pas, à elle seule, l'implication cohérente des professionnels et des patients. L'approche conceptuelle de la représentation sociale, de la motivation et de l'implication des parties prenantes, permet d'orienter la stratégie de pilotage du directeur des soins en institut. La conduite d'entretiens et l'utilisation de la méthode des cooccurrences, l'usage de grilles d'interprétation des données, inspirées des travaux de Gagné et al., de Klein et al., de MIAS et de l'AHQR, permettent d'établir des axes de vigilances que le directeur des soins en institut doit intégrer au projet d'implantation du nouveau métier. Les préconisations s'orientent ainsi vers une stratégie intégrative, processuelle, centrée sur les besoins du patient, l'intérêt professionnel et la valorisation des compétences de chaque acteur pour susciter l'adhésion au projet d'implantation de l'IPA en cancérologie. (R. A.)

Rodrigues Pereira, A. (2018). L'isolement et la contention des personnes placées sous main de justice lors de soins psychiatriques. Rennes : Université de Rennes ; Ehesp

Les personnes placées sous main de justice hospitalisées au sein d'établissements de santé mentale connaissent une prise en charge non respectueuse de la dignité de la personne humaine. La mise à l'isolement et le recours à la contention, sans nécessité médicale, pour des raisons strictement sécuritaires, les privent en effet de soins de qualité. Malgré les efforts du législateur, notamment via la création des unités hospitalières spécialement aménagées destinées à l'hospitalisation des détenus, ce constat reste le même. L'encadrement juridique plus ferme de l'utilisation de ces pratiques, grâce à la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, n'est encore que trop récent pour pouvoir en mesurer les effets. Il existe pourtant des alternatives à ces pratiques qui permettraient d'améliorer leur prise en charge et de concilier qualité des soins et sécurité. (R. A.)

Sedano, I. (2018). Créer en milieu rural une équipe mobile en addictologie afin de favoriser la continuité du parcours. Rennes : Ehesp

L'accès aux soins pour tous est l'une des priorités de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. La continuité d'un parcours de soins est complexe, en particulier quand il s'agit de publics en situation d'addiction, habitant en milieu rural. Devoir parcourir des dizaines de kilomètres pour se rendre dans un centre de soins spécialisés est difficile quand les addictions ont eu pour conséquences l'isolement physique, psychologique et social. Les CSAPA observent chaque année l'existence de nombreux "perdus de vue" au sein des files actives, contraints d'interrompre leur parcours de soins faute de pouvoir se déplacer dans un établissement spécialisé. En réponse, un projet expérimental d'équipe mobile en addictologie est créé pour intervenir au plus près des lieux de vie, venant rassembler les partenaires du territoire dans une volonté de travailler ensemble aux côtés des usagers pour permettre une continuité de parcours favorable au rétablissement. (R. A.)

2017

Gallet, B. et Mattei, J.-F. (2017). Les coopérations en santé. Rennes, Presses de l'EHESP

La loi de modernisation de notre système de santé (2016), dans la continuité des précédentes réformes, fait de la coopération l'outil principal pour relever les défis que pose aujourd'hui le système de santé. Des problèmes spécifiques comme les déserts médicaux, ou la continuité de prise en charge entre les acteurs sanitaires et les professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux, ne trouveront de solutions que par le développement de partenariats basés sur des outils et méthodes recensés dans cet ouvrage. Ce guide permet d'aborder les déterminants du développement des coopérations en santé et présente les différentes formes de coopération : groupement de coopération sanitaire (GCS), groupement hospitalier de territoire (GHT), protocole de coopération entre professionnels de santé, réseaux de santé, maisons de santé, etc. Enfin, il consacre un point sur les thématiques clés de la coopération : pilotage des ressources humaines, droits du patient, cadre comptable, achats.

Haut Conseil de la Santé Publique (2017). Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique. Paris, HCSP: 50p.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le Haut Conseil de la santé publique propose, dans le cadre d'une autosaisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins sur un territoire. Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux : contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé ; impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales ; développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Haute Autorité de Santé. (2017). Consultation publique sur le projet de référentiels sur l'interprétariat et la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins: 50p.

La loi de modernisation de notre système de santé a confié à la HAS la mission d'élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat et la

médiation en santé pour la prise en charge de populations vulnérables. Cette mission s'inscrit dans l'ambition de la HAS de garantir à chacun des soins de qualité.

Vigneron, E. et Jaffiol, C. (2017). L'hôpital & le territoire. Paris, Techniques hospitalières / SPH Editions

Pour comprendre pourquoi l'hôpital et le territoire se sont si longtemps ignorés en France et pour essayer de faire en sorte que leur union d'aujourd'hui soit durable et féconde, il faut revenir à toutes les évolutions, de l'hôpital médiéval aux CHU d'aujourd'hui, car ce sont elles qui ont décidé des missions originelles confiées à l'hôpital et de leurs mutations. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de "secteur sanitaire" ou, aujourd'hui, de "territoire de santé", la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces GHT sont également examinées. Aujourd'hui, la question territoriale est une chance à saisir pour l'hôpital et pour la santé publique.

2016

Aissou, M., et al. (2016). Structurer les parcours de soins et de santé : politiques, méthodes et outils pour la mise en oeuvre de la loi Santé, Bordeaux : LEH Editions

Au cours des cinquante dernières années, le système de santé français a été construit autour de l'hôpital et des spécialités médicales pour les malades en phase aiguë. Ce système souffre d'importants cloisonnements, notamment avec le secteur médico-social ainsi qu'après des professionnels de santé de ville. Enfin, l'accès aux soins est loin d'être égalitaire sur le territoire français. Depuis bientôt une dizaine d'années et notamment avec la loi HPST, est apparue une autre manière de structurer notre système de santé. La montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé conduit à repenser notre système de santé et médico-social autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. La stratégie nationale de santé intègre le vieillissement de la population et la prédominance des maladies chroniques et la nécessité de l'égalité d'accès aux soins. L'un des axes majeurs de la loi Santé est d'organiser les soins autour des parcours des patients et en garantir l'égal accès. Mais comment mettre en œuvre les nouvelles pratiques impliquées par cette loi inédite ? Cela revient à donner aux soins primaires et au médecin traitant un rôle pivot dans la gestion et l'accompagnement de ce parcours de soins et de santé. « L'organisation des soins doit être simplifiée, décloisonnée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours. » D'autre part, il s'agit de promouvoir des « prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, handicap et perte d'autonomie, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée...) ». Pour beaucoup de professionnels du monde de la santé, il s'agit d'une révolution copernicienne qui implique de penser, d'organiser et d'agir autrement. Le présent ouvrage est conçu comme un mode d'emploi de la loi Santé pour sa partie concernant la structuration des parcours de soins et de santé. Élaboré par des consultants, il offre des méthodologies, des outils et des exemples de pratiques avancées.

Dujardin, V. (2016). Loi de modernisation de notre système de santé. Volet santé mentale. Note synthétique, Lille : Centre collaborateur OMS pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale.

<http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2016/02/EPSMLM-CCOMS-Loi-modernisation-syst%C3%A8me-de-sant%C3%A9-Volet-sant%C3%A9-mentale-12.02.2016.pdf>

Note de présentation synthétique ciblant la santé mentale, et ainsi non exhaustive en sa présentation des dispositions législatives nouvelles relatives au système de santé. I. Modalités de prise en charge des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques sans leur consentement : présentation des modifications. II. Impacts sur les droits des patients en santé mentale : un accent mis sur l'accès aux soins, la continuité, l'égalité du patient devant le système de santé. III. Cadre légal de l'isolement et de la contention en psychiatrie. IV. Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie : le Conseil local de santé mentale devient un pivot légalement consacré. V. Rôle des représentants des usagers : l'empowerment. VI. L'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique : les actions de promotion de la santé mises en exergue par le législateur. VII. Le droit à la protection de la santé : une responsabilité étatique soulignée. VIII. Information complémentaire relative à plusieurs dispositions législatives.

Toualbi, A. et Université Paris Descartes (2016). La généralisation du tiers payant est-elle la solution à l'accès aux soins pour les patients ? **Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine.**: 105p.

2015

(2015) Hamon (J.P.), Rosenweg (D.). La fin de notre système de santé ? Paris : Albin Michel

Abstract: La Sécu a 70 ans. Sa branche « assurance maladie », chargée de rembourser nos soins, s'enfoncé inexorablement dans le déficit. Pourtant, elle ne cesse de réduire ses prises en charge. Pendant ce temps, les médecins libéraux disparaissent, des cliniques ferment, les meilleurs spécialistes partent à l'étranger, les médicaments de pointe ne sont plus accessibles à tous. Pourtant, les Français paient. Partout et de plus en plus. Jusqu'à renoncer à se soigner. Le système continue en revanche d'engraisser les mêmes : industriels, assureurs et mutuelles, prestataires, mandarins, élus influents... Et les lois qui s'annoncent vont creuser le fossé : la privatisation va s'étendre, la santé à deux vitesses menace. Où donc va votre argent ? Comment en est-on arrivé là ? Et demain ? Jean-Paul Hamon et Daniel Rosenweg dénoncent, exemples à l'appui, les abus, gaspillages, dysfonctionnements et trafics d'influence qui gangrènent notre système de santé. Ils démontrent comment, sans perte de qualité, on peut rebâtir un système juste, égalitaire, et pérenne. Et économiser au passage trente milliards d'euros (4e de couverture).

Beauvais M. (2014). Le patient, acteur de son parcours de santé. Propositions pour réformer le système de santé français : sl : Cartes sur Table

Abstract: Produit par le pôle santé du think tank Cartes sur table, ce rapport émet des recommandations visant à réformer en profondeur le système de santé avec une seule et unique volonté : rendre le patient autonome dans ses choix de santé. Pour cela, Cartes sur table considère que le patient doit être au cœur d'un nouveau parcours de santé.
http://cartes-sur-table.fr/wp-content/uploads/2014/07/CST_Le-patient_acteur-de-son-parcours-de-sante.pdf

2014

Collectif Interassociatif Sur la Santé (2014), Pour la loi Touraine... Tribune.

Abstract : Plutôt que de défendre le mouvement de grève des médecins généralistes, Danièle Desclerc-Dulac, Présidente du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), invite les

associations de patients à soutenir le projet de loi de santé tout en proposant d'améliorer le texte.

<http://www.leciss.org/espace-presse/actualit%C3%A9s/pour-la-loi-touraine%E2%80%A6>

RAPPORTS EX POST

2019

Dagorn, C., Giorgi, D., Meunier, A., et al. (2019). Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Paris Igas: 2 vol. (129;168), tabl., fig.

Dans le cadre de son programme d'activité 2019, l'IGAS a réalisé un bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), trois ans après leur mise en place, au moment où s'ouvre une nouvelle étape pour ces groupements, dessinée par la loi de transformation du système de santé de juillet 2019. Ce sont 135 GHT, aux périmètres variables, qui structurent ainsi l'offre de soins aujourd'hui. A partir d'un travail de terrain et de l'analyse fine des différentes situations, la mission fournit un bilan selon quatre dimensions (gouvernance, projets médicaux, organisation et gradation des soins, mutualisation de moyens).

Daudigny, Y., Deroche, C., Guillotin, V., et al. (2019). Mission sur l'organisation territoriale de la santé, Sénat

Les sénatrices Catherine Deroche et Véronique Guillotin ainsi que le sénateur Yves Daudigny ont présenté à la commission des affaires sociales les conclusions de leur mission engagée en début d'année sur l'organisation territoriale de la santé à la demande de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss). Cette présentation a pour but de nourrir la discussion en amont de l'examen du projet de loi de santé et analyse les dispositifs destinés à organiser la coordination entre les acteurs au niveau des territoires, remaniés ou créés par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. Ce sont dans le domaine des soins de ville, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que les plateformes territoriales d'appui, et dans le domaine des soins hospitaliers, les groupements hospitaliers de territoires. Les rapporteurs ont observé que l'appropriation des outils proposés aux professionnels se fait de manière différenciée. Il apparaît que les équipes de soins primaires (ESP) n'ont pas encore trouvé leur modèle tandis qu'on relève en revanche un dynamisme dans la constitution de CPTS, qui peuvent d'ores et déjà bénéficier de financements par les agences régionales de santé (ARS). Mais les rapporteurs soulignent qu'il est indispensable de clarifier l'articulation entre les CPTS et d'autres dispositifs de coordination telles que les plateformes territoriales d'appui (PTA), dont la mission apparaît difficilement lisible. Concernant le groupement hospitalier de territoire, les partenariats noués avec les autres établissements du territoire sont demeurés en pratique limités l'hétérogénéité des situations se traduit par une grande diversité des expériences vécues par les établissements publics parties aux GHT.

Deroche, C., Guillotin, V. et Daudigny, Y. (2019). Organisation territoriale de la santé : accompagner les dynamiques locales sans imposer des modèles uniformes, Paris : Sénat

En amont de l'examen du projet de loi sur l'organisation et la transformation du système de santé, la commission des affaires sociales a décidé de faire un bilan des outils destinés à organiser la coordination entre les acteurs de santé au niveau des territoires, issus

notamment de la loi « santé » de janvier 2016 et dont le plan gouvernemental « Ma Santé 2022 » fait des piliers de la transformation souhaitée de notre système de santé : en particulier, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ce premier bilan s'est nourri d'une vingtaine d'auditions et de deux déplacements à la rencontre de porteurs de projets, en Seine-Saint-Denis et en Meuse.

2018

Debeaupuis, J. et Marty-Chastan, C. (2018). Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable. Paris Ministère chargé de la Santé: 50 , tab., graph., fig. http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_tiers_payant_avril_18.pdf

Le rapport de l'Igas sur les conditions de déploiement du tiers-payant intégral propose le calendrier dans lequel peuvent s'inscrire ce déploiement et les priorités en termes d'accès pour des populations ou des modalités de consultations. Ce rapport sera transmis au parlement et la ministre souhaite que les déploiements prévus auprès des professionnels de santé soient mis en œuvre conformément aux préconisations de la mission Igas. Pour les cas d'obligation légale, le taux de tiers payant des actes médicaux atteint aujourd'hui 85 %. La mission préconise d'accélérer encore sur la part obligatoire "avec pour objectif d'améliorer encore les taux de rejets et de s'approcher à trois ans (fin 2020) de 100 % de tiers payant en ACS, ALD et maternité". Les outils développés par l'assurance maladie obligatoire sont déjà disponibles et en cours de diffusion auprès des professionnels de santé (téléservice d'accès aux droits ADRi notamment). Les outils des organismes d'assurance maladie complémentaires (téléservice de droits complémentaires et de calculs IDB-CLC) sont en cours de développement et devront couvrir 75 % des assurés dès mi-2018 et la quasi-totalité en septembre 2019. Les éditeurs de logiciel mettront à disposition l'ensemble des outils nécessaires à la généralisation du tiers payant "mi-2019 au plus tard". Ils devront également préciser très rapidement la montée en charge des différents logiciels "sur la période 2018-2019". Les obstacles techniques à la généralisation du tiers payant intégral seront donc levés au plus tard fin 2019. Les concertations ont par ailleurs montré l'intérêt de développer plus particulièrement et plus rapidement le tiers-payant intégral pour certaines activités ou populations prioritaires en termes d'accès aux soins et de santé publique : actes pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, comme les actes de dépistage du cancer, actes réalisés pendant la période de permanence des soins, activité en centre de santé, jeunes et étudiants. Afin de sécuriser la montée en charge du tiers payant, l'Igas suggère de pérenniser le comité de pilotage et de mettre en place un tableau de bord partagé afin d'évaluer l'outil et la qualité de service rendu aux professionnels de santé.

Fauchier-Magnan, E. et Wallon, V. (2018). Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS. Paris Igas: 88. www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/IGAS2018-041R_.pdf

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, associent des professionnels de santé et des acteurs sociaux et médico-sociaux d'un même territoire, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients et un meilleur exercice des professionnels de santé de ville (médecins, pharmaciens, infirmiers, ...). Environ 200 projets de communautés de ce type ont été recensés par la mission, portés par une mobilisation certaine des professionnels de santé malgré un soutien encore très modeste des autorités publiques. Ce rapport demandé à l'Igas

par la ministre de la Santé dresse un premier bilan et des propositions pour une stratégie de déploiement des CPTS, en appui à la Direction générale de l'offre de soins. Ce rapport présente le contexte de leur création et la situation deux ans plus tard. Il propose des éléments de cadrage, des principes d'action et des leviers pour renforcer le déploiement des CPTS.

Mesnier, T. et Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018). Assurer le premier accès aux soins, Ministère des Solidarités et de la Santé

Dans le cadre du plan national pour renforcer l'accès territorial aux soins présenté le 13 octobre 2017 la ministre des Solidarités et de la Santé a missionné Thomas Mesnier, député de la Charente, par lettre du 30 novembre 2017. Il était demandé à la mission de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Les soins non programmés étant entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences. Remis à la ministre de la santé en mai 2018, le présent rapport fait le constat du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement. Il apparaît que le schéma cible qui pourrait être le mieux adapté serait de fortement inciter les professionnels de santé à faire de l'accueil des soins non programmés une mission prioritaire des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. Par ailleurs, il est recommandé d'étendre la régulation téléphonique libérale à toute la journée, avec un numéro unique, et de mettre en place une meilleure information du public. Au total, 19 recommandations sont proposées pour assurer, dans tous les territoires, une réponse aux demandes de premiers soins.

2017

Fauchier-Magnan, E., Mejane, J., Roger, J., et al. (2017). Évaluation de la généralisation du tiers payant. Paris Ministère chargé de la Santé: 86 , tab., graph., fig.

<http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article628>

Réalisé à la demande de la ministre de la santé dans un délai court (de juillet à septembre 2017), cette évaluation de l'Igas dresse un état des lieux de l'extension du tiers payant en France. Il souligne l'insuffisance actuelle des outils de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire, frein au déploiement généralisé du tiers payant.

Haut Conseil de la Santé Publique (2017). Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique. Paris, HCSP: 50p.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le Haut Conseil de la santé publique propose, dans le cadre d'une autosaisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des

populations et de la prise en compte de ses besoins sur un territoire. Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux : contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé ; impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales ; développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Haute Autorité de Santé. (2017). Consultation publique sur le projet de référentiels sur l'interprétariat et la médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins: 50p.

La loi de modernisation de notre système de santé a confié à la HAS la mission d'élaborer des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur l'interprétariat et la médiation en santé pour la prise en charge de populations vulnérables. Cette mission s'inscrit dans l'ambition de la HAS de garantir à chacun des soins de qualité.

Ministère chargé de la santé (2017). Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel - Rapport du groupe CSF mesure 1-5. Paris, Ministère chargé de la santé: 82p.

L'exploitation encadrée des données de santé constitue un levier majeur pour la recherche et le développement d'innovations ainsi que pour la mise à disposition de nouvelles technologies en santé. Par ailleurs, l'accès aux données répond à la nécessité pour les entreprises de fournir des études aux autorités, afin de répondre aux exigences d'évaluation, notamment dans le cadre de l'accès au marché, du suivi et de la sécurité en conditions réelles d'utilisation des produits de santé. Un cadre de dialogue a été mis en place au sein d'un groupe de travail réunissant pouvoirs publics et industriels dans le cadre de la mesure 1-5 "Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel" du Comité stratégique de filière des industries et technologies de santé. Les résultats des travaux approfondis menés par ce groupe de travail entre septembre 2016 et mars 2017, avant la création de l'Institut national des données de santé en avril 2017, sont restitués dans le présent rapport composé : d'un guide de l'utilisateur présentant la gouvernance générale des accès au système national des données de santé (SNDS) et les procédures de dépôts de dossiers ; des préconisations du groupe pour l'usage des données du SNDS par les industriels des produits de santé.

Robiliard, D. et Jacquat, D. (2017). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris, Assemblée Nationale: 482p.

La mission d'évaluation s'est concentrée sur l'apport de loi de septembre 2013 au regard des droits du patient. Mais elle a souhaité situer ses travaux dans la perspective initiée par la loi du 5 juillet 2011 et des modifications consécutives à la loi de modernisation de notre système de santé. Les rapporteurs ont ainsi saisi l'occasion de l'imminence de la publication des travaux de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) pour dresser tout d'abord un état des lieux des tendances significatives des soins sans consentement. Plusieurs caractéristiques peuvent être mises en lumière tenant à la population prise en charge, à l'augmentation de la file active des patients suivis en soins sans consentement et à la banalisation du recours aux procédures d'urgence.

2016

Ministère chargé de la Santé (2016). Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé : document de travail: 25p.

Conformément à l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, les caisses nationales d'assurance maladie, l'association des complémentaires santé (réunissant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances) ont travaillé conjointement à l'élaboration de solutions techniques. Ce document de travail présente les premières solutions pour la mise en place du tiers payant. Un rapport définitif sera rendu fin février 2016. Il a vocation à présenter l'ensemble des modalités techniques permettant la mise en place du tiers payant pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

OPEN DATA

2019

Combes, S. et Lerpinière, A. (2019). "Le Health Data Hub, un an après." Revue Hospitaliere De France(589): pp.14-17.

A la suite du rapport Villani, présenté le 29 mars 2018 au Collège de France, la création d'un Health Data Hub fut annoncée par le président de la République, Emmanuel Macron. Cette plateforme vise à enrichir et à valoriser le Système national de données de santé (SNDS) en incluant l'ensemble de celles dont la collecte est soutenue par la solidarité nationale. Créé par la loi de modernisation de notre système de santé, le SNDS est actuellement composé des données de l'assurance maladie, des données de facturation hospitalière, des causes médicales de décès, des données médico-sociales des personnes handicapées et d'un échantillon de données de remboursement des organismes complémentaires. Dans un cadre qui garantit le respect des droits fondamentaux de chacun, cette structure contribuera à lever les freins à l'usage des données de santé. La dynamique engagée renforce nos capacités à innover et contribuera à faire de la France un leader dans l'intelligence artificielle en santé. (R.A.)

2018

Cnam (2018). Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie pour 2019 : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance Maladie pour 2019. Paris Cnamts: 262 , tabl.

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2018-et-2019/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2018.php>

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et

des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits pour l'année 2019 présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficacité des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

Conseil National du Numérique (2018). Donner un sens à l'intelligence artificielle. Pour une stratégie nationale et européenne. Paris Conseil National du numérique: 233.

http://www.cnumerique.fr/wp-content/uploads/2015/07/CNNum_Rapport-Sante%CC%81-bien-commun-de-la-soci%C3%A9t%C3%A9-num%C3%A9rique.pdf

Ce document identifie quatre secteurs prioritaires où la France doit particulièrement concentrer son effort de développement de l'intelligence artificielle : la défense, les transports, l'environnement et la santé. En matière de santé, l'intelligence artificielle ouvre des perspectives très prometteuses pour améliorer la qualité des soins au bénéfice du patient et réduire leur coût – à travers une prise en charge plus personnalisée et prédictive – mais également leur sécurité – grâce à un appui renforcé à la décision médicale et une meilleure traçabilité. Elle peut également contribuer à améliorer l'accès aux soins des citoyens, grâce à des dispositifs de prédiagnostic médical ou d'aide à l'orientation dans le parcours de soin. Près de vingt ans après la création de la base nationale des données médico-administratives (SNIIRAM), la France doit à nouveau faire figure de pionnière en investissant massivement dans les capacités de recherche et d'innovation en matière d'IA appliquée à la santé. Ces capacités reposent à la fois sur la mise en place de systèmes adaptés aux usages liés à l'IA visant à plateformiser le domaine, des procédures d'accès aux données plus fluides et un cadre pour expérimenter « en conditions réelles » les solutions émergentes. L'appropriation de l'IA en santé dépend également de notre capacité à accompagner les patients et professionnels de santé dans la transformation des pratiques médicales, ainsi qu'à structurer et animer en continu un débat national sur les usages éthiques de l'IA en santé

LIR (2018). Données de santé : nouvelles perspectives pour les acteurs et les systèmes de soins. Paris LIR: 11 , fig.

http://www.lir.asso.fr/images/content/Documents/Etudes/etude_lir_ey_donnees_de_sante_nouvelles_perspectives.pdf

Cette étude a pour objectif d'identifier les leviers et les points d'ancrage pour une utilisation optimisée des données de santé en France. Elle est le fruit d'une réflexion prospective qui a permis de poser les perspectives de l'utilisation des données de santé pour les acteurs et les systèmes de soins. Des exemples d'initiatives mises en place dans les pays nordiques et anglo-saxons y sont présentés, démontrant l'intérêt de l'exploitation et du chaînage des données comme accélérateurs de la transformation des systèmes de soins.

Morlet-Haidara, L. (2018). "Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données." REVUE DE DROIT SANITAIRE ET SOCIAL(1): pp.91-105.

Notre système de santé produit de nombreuses données qui sont autant de ressources pour les chercheurs et dont l'exploitation permettrait notamment de veiller à la sécurité sanitaire et d'améliorer l'efficacité de notre système de soins. Ayant fait le constat d'une sous-utilisation de cette manne informative, la loi de modernisation de notre système de santé a formulé le principe d'une mise à disposition des données produites tout en organisant les modalités de leur accès qui varie selon la nature des données concernées. (R.A.)

Polton, D. (2018). "Les données de santé." *Medecine Sciences* **34**(5): 449-455.

En matière de santé comme dans d'autres secteurs, une masse croissante de données numérisées provenant de diverses sources est disponible et exploitable. C'est l'un des domaines où le potentiel du Big data apparaît très prometteur, avec de multiples innovations au bénéfice des patients et du système (accélération de la recherche et développement, connaissance des maladies, des facteurs de risque, médecine personnalisée, aide au diagnostic et au traitement, rôle accru des patients, pharmacovigilance, etc.), même si des inquiétudes s'expriment aussi vis-à-vis des impacts sociétaux, économiques et éthiques que le recours croissant aux algorithmes et à l'intelligence artificielle pourrait induire. Développer l'usage de ces données constitue un objectif stratégique de tous les systèmes de santé, et de ce point de vue le Système national de données de santé (SNDS) constitue pour la France un patrimoine intéressant, mais qui demande à être complété et enrichi.

2017

(2017). Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel - Rapport du groupe CSF mesure 1-5. Paris Ministère chargé de la santé: 82.

http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_csf.pdf

L'exploitation encadrée des données de santé constitue un levier majeur pour la recherche et le développement d'innovations ainsi que pour la mise à disposition de nouvelles technologies en santé. Par ailleurs, l'accès aux données répond à la nécessité pour les entreprises de fournir des études aux autorités, afin de répondre aux exigences d'évaluation, notamment dans le cadre de l'accès au marché, du suivi et de la sécurité en conditions réelles d'utilisation des produits de santé. Un cadre de dialogue a été mis en place au sein d'un groupe de travail réunissant pouvoirs publics et industriels dans le cadre de la mesure 1-5 « Promouvoir une démarche active visant à faciliter l'accès aux données de santé à des fins de santé publique, de recherche et de développement industriel » du Comité stratégique de filière des industries et technologies de santé. Les résultats des travaux approfondis menés par ce groupe de travail entre septembre 2016 et mars 2017, avant la création de l'Institut national des données de santé en avril 2017, sont restitués dans le présent rapport composé : d'un guide de l'utilisateur présentant la gouvernance générale des accès au système national des données de santé (SNDS) et les procédures de dépôts de dossiers ;

Beffy, M. (2017). "Big data et protection sociale." *Revue Francaise Des Affaires Sociales*(4): 5-9.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE smmDR0xC. Diffusion soumise à autorisation]. Cet avant-propos, rédigé par Magali Beffy, présente l'utilisation possible du big data dans le domaine de la protection sociale.

Benasayag, M., Cognard, S., Deloche, S., et al. (2017). "Santé connectée." *Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique*(79): 94 , tab., graph., fig.

Les nouvelles technologies permettent le développement de multiples objets connectés dans la santé. Certains offrent des avantages, mais ne sont pas sans effet sur les conditions de soins et l'évolution des pratiques. Les auteurs de ce dossier sur la santé connectée explorent les nouvelles possibilités ainsi ouvertes, les changements qu'elles produisent ainsi que les risques auxquels elles exposent. La banalisation de la diffusion volontaire des données de

santé sur les réseaux sociaux, comme l'utilisation par les administrations de données sensibles "anonymisées", nourrissent le "Big Data" dont on est loin d'imaginer la portée réelle sur l'évolution de la société. Ce fascicule apporte des éclairages sur d'autres aspects de la santé.

Bertrand, M. (2017). "La protection des données personnelles comme mode de régulation du big data en protection sociale complémentaire." Revue Française Des Affaires Sociales(4): 57-78.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE GAR0xE9m. Diffusion soumise à autorisation]. Le big data constitue un défi pour le système français de protection sociale. Un changement de paradigme est à l'oeuvre avec l'acquisition de données personnelles de plus en plus nombreuses, permettant de réduire l'aléa moral, entre l'assureur et l'assuré. D'une part, la conception du risque s'éloigne progressivement de la notion d'aléa, alors même que le caractère aléatoire est consubstantiel au contrat d'assurance. D'autre part, le modèle traditionnel de protection sociale consistant à atténuer le risque par l'indemnisation du sinistre s'accompagne désormais d'une nouvelle approche préventive. Or, ce changement de paradigme risque d'entraîner une segmentation excessive des risques, susceptible de porter atteinte à la protection des personnes. Si le règlement (UE) no 2016/679 et la loi no 2016-1321 pour une République numérique tendent à redonner aux personnes la maîtrise de l'usage de leurs données personnelles, le cadre normatif en vigueur laisse apparaître une tension entre diffusion et rétention des données. Ce constat impose la recherche d'un nouvel équilibre entre la protection des droits et des libertés des personnes physiques et les enjeux propres au secteur de la protection sociale, à la fois concurrentiel et réglementé.

Bozio, A. et Geoffard, P. Y. (2017). L'accès des chercheurs aux données administratives. Etat des lieux et propositions d'actions. Paris La Documentation française.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/174000314.pdf>

Ce rapport, commandé par la secrétaire d'Etat chargée du numérique et de l'innovation, dresse un bilan, en forme de point d'étape, du mouvement d'ouverture des données administratives aux chercheurs. Le droit sur l'accès aux données administratives à des fins de recherche est complexe, mouvant, mais surtout très mal connu, des administrations productrices, comme des chercheurs. Le rapport recommande la réalisation d'un vademecum des dispositifs juridiques en vigueur. Le rapport fait le constat d'une absence large d'obstacles juridiques - avec quelques exceptions - à l'accès aux données par les chercheurs mais les difficultés pratiques restent notables. Le rapport préconise la création d'une instance de concertation impliquant les producteurs de données, les chercheurs, et les administrations compétentes pour la protection et l'accès aux données publiques (Archives, Cnil, administrateur des données, Cada). Le rapport rappelle également que l'accès aux données administratives a un coût (coût de support pour les instances, coût d'accès via des dispositifs sécurisé et coût de préparation de données anonymisées ou dé-identifiées). Le rapport étudie plusieurs pistes de modèle économique, tout en soulignant l'importance à limiter au maximum ces coûts pour éviter tout gaspillage de ressources limitées.

(2017). "Big data et santé." Cahiers Français(399): 49-55.

Si nombre de domaines sont appelés à connaître des transformations très profondes du fait de l'utilisation des Big Data, celui de la santé apparaît tout particulièrement concerné. Se posent alors notamment les questions du traitement des données relatives aux patients, de leur mutualisation et de leur confidentialité. Les usages qui pourront en être faits sont multiples et concernent aussi bien les rapports entre médecins et malades que l'amélioration

de l'efficacité de la recherche ou encoure une meilleure organisation du système de santé. Cet article est un extrait du document élaboré à l'occasion de la réflexion lancée, en septembre 2015, par le ministère chargé de la santé sur les apports du Big Data en matière de santé. Les enjeux sociétaux et économiques sont majeurs.

Combes, S. et Givord, P. (2017). "Quelle place pour la data science et les big data au sein de la statistique publique ?" Revue Francaise Des Affaires Sociales(4): 117-126.

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE 7IDkR0xr. Diffusion soumise à autorisation]. Le "big data" attire l'attention dans un contexte de profusion de données, de collecte et de traitement facilités par les progrès technologiques et de démocratisation des outils. Classiquement, on utilise les "3 V" (volume, variété, vitesse) pour qualifier les big data. Celles-ci peuvent être produites en continu et ainsi générer des flux importants. Avec l'amélioration des infrastructures matérielles et logicielles, tous les formats sont devenus exploitables dans des délais raisonnables. Ces nouvelles données peuvent offrir de nouvelles opportunités pour les instituts nationaux de statistiques. Les avantages pressentis de ces sources seraient de réduire les délais de publication de certains indicateurs, d'en augmenter la précision et le degré de finesse de la description qu'ils permettent, et enrichir la production de statistique tout en réduisant la charge d'enquête. Ces questionnements alimentent néanmoins une réflexion globale autour du métier de statisticien public : cartographier les données, moderniser les outils, les méthodes statistiques et l'organisation du travail.

Detournay, B., Von Lennep, F., Caille, Y., et al. (2017). "Accès aux données de santé." Lettre Du College (La)(2): 24.

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/lettre_du_college_ndeg_2-2017_0.pdf

La 11e matinée thématique du Collège des Économistes de la Santé a permis d'aborder la question de l'accès aux données de santé et réuni des acteurs essentiels sur ce thème qu'il s'agisse d'institutionnels (DREES, CNAMTS, INDS, INSERM, AP-HP) ou d'acteurs privés (LEEM, Healthcare Data Institute). Le futur Système national des données de santé (SNDS) créé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 est en cours de mise en place. Un ensemble de décrets ont été publiés récemment qui commence à dessiner ce que pourra être ce SNDS dans son contenu, ses modalités de structuration et ses conditions d'accès au moins pour ce qui est des acteurs publics. Ce fascicule rassemble les différentes contributions des intervenants présentant ce nouveau système national des données de santé (SNDS).

Fromentin, V. é. (2017). "Cybersécurité : nos données de santé sont-elles en sécurité ?" Lettre De Galilee (La)(N° H.S. 3): 20 , tab., graph., fig.

Avec 6,4 milliards d'objets déjà connectés, reliés à Internet, et 5,5 millions nouveaux appareils qui sont installés par jour, l'Internet des objets (IoT) constitue une cible de prédilection pour les pirates. Le 21 octobre 2016, la société Dyn aux États-Unis en a fait les frais en essuyant une attaque qui a paralysé de nombreux sites Internet comme CNN, The Guardian, Netflix ou Twitter. Le pirate avait réussi à prendre le contrôle de 100 000 caméras. Avec l'arrivée des voitures connectées, des brosses à dents ou des bracelets connectés, la menace est prise au sérieux par l'Union Européenne. La Haute Autorité de Santé a publié un guide de recommandations pour les applis santé. Faut-il vraiment craindre les objets connectés ?

2015

Babusiaux, C. (2015). Rapport au Parlement 2015. Ouverture, qualité, partage : des avancées. Charenton-Le-Pont Institut des données de santé: 72.

Abstract : Ce rapport, que l'Institut des données de santé remet comme chaque année au Parlement après adoption par son Assemblée Générale conformément à la loi du 13 août 2004, traduit des progrès importants dans trois domaines d'actions : L'ouverture des données pour la recherche s'est accélérée. L'IDS en a approuvé 161 depuis 2009, dont 83 depuis début 2014. L'utilisation des données par près de 200 chercheurs devrait permettre à la recherche de progresser dans des domaines majeurs de l'épidémiologie (cancer, diabète, asthme, etc.), des effets des médicaments et des interactions médicamenteuses, et de l'évaluation médico-économique (dispositifs médicaux, inégalités territoriales etc.). Le service d'aide à la décision est passé à 39 tableaux de bord couvrant les champs ambulatoires et hospitaliers et permettant le suivi d'indicateurs essentiels. Ce service, aujourd'hui à la disposition des membres de l'IDS et d'autres organismes œuvrant dans le domaine de la santé, favorise la connaissance et le partage d'informations essentielles entre les grands acteurs de la santé et de la protection sociale. La qualité et la cohérence des bases de données publiques ont été à nouveau améliorées. L'IDS a réalisé 20 rapports depuis 2011 et a proposé 154 améliorations afin que ces bases répondent mieux aux besoins des acteurs et de la recherche. Dans le même temps, l'IDS s'est assuré du respect de l'anonymat des personnes, du secret médical, ainsi que de l'éthique et de la déontologie auxquels veille le Comité d'Experts présidé par Didier Sicard, dont l'audition annuelle devant l'Assemblée Générale est retracée dans le présent rapport.(d'après l'éditorial).

http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/UserFiles/Docs/data_docs_706_z6zehu.pdf

(2015/07). Données de santé : anonymat et risque de ré-identification : Etude de la Drees. Dossiers Solidarité Santé, (76)

Ce Dossier Solidarité et Santé présente les résultats du travail préparatoire mené par la DREES pour élaborer l'article 47 du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Voté en avril 2015 en première lecture à l'Assemblée nationale, ce texte propose un équilibre raisonné entre ouverture et protection des données de santé.

En quoi consistent les risques de ré-identification pour des bases de données en apparence anonymes ? Et comment les anonymiser ou encadrer leur accès ? Dans son article, André Loth, co-auteur du rapport Bras de 2013, explique comment permettre l'utilisation des données pour le bénéfice de tous, sans mettre en danger le droit de chacun à la protection de sa vie privée. Sont aussi évoquées les avancées notables du projet de loi concernant la simplification des procédures, notamment le numéro national d'identification, les appariements et le rôle d'un tiers de confiance.

Afin de mieux comprendre les enjeux autour des données nominatives, Jean-Pierre Le Gléau, longtemps chargé de ces questions à l'INSEE, évoque le débat juridique sur la définition de l'anonymat : existe-t-il des critères absolus ou doit-on s'en tenir aux moyens susceptibles d'être raisonnablement mis en oeuvre pour identifier une personne ? La formulation de la loi française est plus exigeante que celle de la directive européenne... mais est-ce bien raisonnable ?

<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/dossiers-solidarite-et-sante/article/donnees-de-sante-anonymat-et-risque-de-re-identification>

Vayssette P. (2015/06). Données de santé : des enjeux à tous les étages. Réseaux, Santé et Territoire, (62)

2014

(2014). Rapport de la Commission Open data en santé : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: La Commission " open data en santé ", qui s'est réunie de novembre 2013 à mai 2014, avait pour mission de débattre, dans un cadre pluraliste associant les parties prenantes, des enjeux et des propositions en matière d'accès aux données de santé. Son rapport, remis le 9 juillet 2014 à la ministre de la Santé, retrace les travaux et discussions de la Commission. Adopté avec consensus par l'ensemble des membres de la commission, qui partagent des attentes communes et fortes, il dresse tout d'abord un panorama de l'existant : définitions des concepts, état du droit, présentation de la gouvernance, présentation de l'accès aux données du SNIIRAM et du PMSI, cartographie des données de santé et enseignements tirés des expériences étrangères. Dans une seconde partie, il évoque les enjeux pour l'avenir. Enfin, il identifie les actions à mener : données à ouvrir en open data, orientations en matière de données réidentifiantes, données relatives aux professionnels et aux établissements.

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_commission_open_data-2.pdf

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes_rapport_open_data.pdf

Bouchoux C. (2014). L'accès aux documents administratifs et aux données publiques. 2 tomes : Paris : Sénat

Abstract: En 1978, le Parlement reconnaissait à toute personne le droit d'obtenir communication des documents de l'administration (loi Cada). Il ouvrait ainsi aux citoyens, en rupture avec la confidentialité caractéristique de la culture administrative française, la possibilité d'analyser et de comprendre les décisions publiques et de les contester. À l'heure du numérique, l'accès aux informations produites et recueillies par l'administration ainsi que la possibilité de les réutiliser prennent une dimension entièrement nouvelle, dont les enjeux sont à la fois stratégiques, démocratiques et économiques : la possibilité de réutiliser les données publiques ouvre en effet des perspectives encore largement inexploitées en matière de contrôle de l'action publique, d'amélioration de son efficacité et de sa qualité ou de développement de nouveaux services. La mission commune d'information a donc souhaité, d'une part, s'assurer de l'effectivité du droit formulé il y a 35 ans et, d'autre part, évaluer la pertinence et l'efficacité des politiques engagées depuis quelques années par les pouvoirs publics en matière de diffusion de l'information publique et, plus récemment, d'ouverture des données publiques (open data) (tiré de la synthèse).

<http://www.senat.fr/rap/r13-589-2/r13-589-21.pdf>

Gorce G. (2014). Rapport d'information sur l'open data et la protection de la vie privée. Rapport d'information du Sénat ; 469. Paris : Sénat

Abstract: La France s'est résolument engagée sur la voie de l'ouverture et du partage des données publiques, plus connue sous le nom d'open data. Deux idées animent cette politique. Comptables de leur gestion auprès des citoyens, les administrations leur ouvrent leurs fichiers. Elles leur donnent ainsi le moyen de mieux les contrôler. Par ailleurs, à l'ère du numérique, où l'information est source de richesse, elles leur offrent l'opportunité d'exploiter le formidable gisement que constituent ces données. En créant une mission d'information chargée d'étudier l'open data et la protection de la vie privée de nos concitoyens, la commission des lois a souhaité poursuivre sa réflexion sur les nouveaux usages numériques et la façon dont ils peuvent se concilier avec les principes fondamentaux

que le législateur a posés dès la fin des années 1970. L'open data soulève à cet égard une question spécifique : en principe, il exclut toute diffusion de données à caractère personnel, mais bien souvent, les données détenues par les administrations ont été élaborées à partir d'informations individuelles, qui peuvent être retrouvées grâce aux formidables capacités de traitement que permet l'informatique moderne. L'impératif de protection de la vie privée est-il en mesure de toujours prévaloir ? Comment s'en assurer ? À l'issue de leurs travaux, les rapporteurs de la mission d'information, les sénateurs Gaëtan Gorce et François Pillet jugent aujourd'hui nécessaire de faire d'une exigence fondamentale -la protection de la vie privée de nos concitoyens- une opportunité pour donner une nouvelle impulsion au déploiement de l'open data (résumé d'éditeur).

<http://www.senat.fr/rap/r13-469/r13-4691.pdf>

Thabalard J.C. (2014). Données de santé : données sensibles. *Statistique et Société*, 2 (2)

Abstract: Ce numéro s'intéresse à l'accès aux données de santé. Ces dernières, parmi lesquelles beaucoup émanent d'un système de sécurité sociale ancien et très organisé, se démultiplient de façon impressionnante – elles semblent assurément « big » aujourd'hui - et qu'en outre elles deviennent de plus en plus aisément accessibles. Mais quelle est la nature exacte de ces données ? Qui y a accès et qui ne devrait pas avoir accès ? Pour quoi faire ? Telles sont les questions auxquels nos auteurs se sont attachés à fournir des éléments de réponse. Ce dossier est accompagné d'un article méthodologique et d'une présentation des débats tenus aux Cafés de la statistique, qui s'avèrent tous les deux liés au sujet du dossier. La méthode multimodale, en plein essor, oblige à évaluer la qualité des données récoltées selon plusieurs modes de collecte, comme le sont très souvent les « big data ». De son côté, le Café de la statistique a traité, sous deux angles différents, des effets sociaux du vieillissement de la population, assurément une question de santé publique.

http://publications-sfds.fr/index.php/stat_soc/article/view/317/297

2013

Bras P.L. (2013). Rapport sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé : Paris : Ministère chargé de la Santé

Abstract: 1. Par lettre du 16 avril 2013, la ministre des Affaires sociales et de la santé a saisi l'auteur de ce rapport, Pierre-Louis Bras d'une mission sur la gouvernance et l'utilisation des données de santé. Le sujet est complexe. Il concerne surtout la plus importante des bases de données publiques de santé dans notre pays, voire dans le monde, le Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (SNIIRAM). Issues des feuilles de soins et des résumés de sortie hospitaliers, dont on a retiré tous les éléments directement identifiants, les données du SNIIRAM décrivent l'offre et la consommation de soins ainsi que l'état de santé des quelques 65 millions d'habitants de notre pays dans la période récente. Le présent rapport propose les voies et les moyens pour mettre en place un dispositif d'accès et d'utilisation des bases de données médico-administratives, adapté aux besoins de santé publique et de sécurité sanitaire, dans des conditions fiables et sécurisées, respectant notamment le strict anonymat des patients. Le rapport s'inscrit dans le cadre plus général de la réflexion menée sur l'ouverture de l'accès aux données de santé. Il complète ainsi le rapport sur la pharmaco-surveillance remis le 15 septembre 2013 à la ministre par les Professeurs Bégaud et Costagliola - qui recommandait la création d'une structure regroupant et analysant l'ensemble des données de santé sur l'utilisation des médicaments et produits de santé. Il s'articule par ailleurs avec la mission « Open data » sur la politique d'ouverture des données publiques.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_donnees_de_sante_2013.pdf

➤ [Voir aussi les articles du Monde :](#)

- Santé : le trésor des données. [Le Monde économie, 8 avril 2015](#)
- Pour un meilleur accès des données de santé. [Le Monde Sciences et Techno, 16 mars 2015](#)

Ressources électroniques

[Ministère chargé de la santé](#)

[Documents sur la loi](#)

[Fiches thématiques](#)

[Legifrance](#)

[Les étapes de la proposition de loi](#)

[Assemblée Nationale](#)

[Projet de loi en ligne sur le site de l'Assemblée nationale : dossier législatif](#)

[Sénat](#)

[Projet de loi sur le site du Sénat : dossier législatif](#)

[Présidence de la République](#)

[Site de l'Élysée](#)

[Crips PACA](#)

[Dossier sur la loi](#)

[Ecole des Hautes études en santé publique](#)

[La loi de santé 2016 : dossier documentaire / C. Calvez \(2020\)](#)

[Le groupement hospitalier de territoire / C. Calvez \(2020\)](#)

[Infirmier\(ière\) en pratique avancée \(IPA\). / C. Calvez \(2021\)](#)

[Nile](#)

Les synthèses permettent de comparer le contenu de la loi à différentes étapes législatives.

[Petite loi de modernisation de notre système de santé. 22 avril 2014](#)

[Loi de modernisation de notre système de santé, CAS du Sénat, août 2015](#)

[Loi de modernisation de notre système de santé, Sénat, 6 octobre 2015](#)

[Loi de modernisation de notre système de santé, Assemblée nationale, 1^{er} décembre 2015](#)

[Loi de modernisation de notre système de santé, version du 27 janvier 2016](#)

Fédération hospitalière de France (FHF)

[Note juridique](#) détaillant les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé qui ont un impact sur les RH médicales et non médicales des établissements publics de santé., avril 2016.