



L'hebdo de l'actualité dans le domaine de la santé

Au programme de la veille juridique de ces trois dernières semaines :

- le décret relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (ci-après SSR),
- le décret relatif au référent déontologique dans la fonction publique,
- un décret modifiant le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif à certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition,
- un décret modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé,
- un arrêt du Conseil d'Etat relatif à l'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre,
- un autre arrêt du Conseil d'Etat relatif à l'inscription automatique des masseurs-kinésithérapeutes au tableau tenu par l'ordre,
- un décret modifiant le 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,
- un décret fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins,
- le décret relatif à la médiation dans les litiges relevant de la compétence du juge administratif,
- une circulaire précisant les modalités de mise en œuvre de la saisine par voie électronique,
- un nouveau décret relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire,
- et, enfin, un arrêté du 14 avril 2017 relatif aux fonctionnalités et aux exigences minimales des profils d'acheteurs.

Par Manon Mazzucotelli

TARIFICATION

Etablissements de santé : modification de la facturation et de contrôles à l'honneur

Là où la formulation du titre du décret laisse penser à la seule réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), le décret est en réalité bien plus complet

et complexe qu'il n'y paraît. Pris pour l'application de l'article 82 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, le décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifie en effet les règles de financement et de contrôle :

- des établissements de santé privés
- des activités de psychiatrie,
- des unités de soins en

longue durée,

- des dispositions spécifiques concernant les activités isolées,
- des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (ci-après MIGAC),
- des hôpitaux de proximité,
- des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Modalités de contrôle

Le décret modifie et précise les modalités de contrôle par les agences régionales de santé de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements de santé. Ces modalités sont les suivantes :

- l'établissement de santé offre toutes les facilités nécessaires à l'exercice des contrôles qui sont réalisés en présence du directeur de l'établissement ou de son représentant. Lors de la visite, aucune observation ne doit être faite en présence du malade ou de sa famille, ou en présence d'un tiers, membre du personnel ou non, à l'exception du directeur ou de son représentant,
- les agents chargés du contrôle présentent sur place les observations utiles à la direction de l'établissement. Ils établissent, dans un délai de deux mois à compter du dernier jour de contrôle, un rapport adressé à l'établissement qui peut alors faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

Comité national des contrats des établissements privés

En plus des comités régionaux des contrats d'établissements privés déjà existants, le décret institue un comité national des contrats d'établissements privés et précise sa composition et ses missions (nouvel article R.162-29 du Code de la sécurité sociale). Ce comité est chargé :

- de suivre l'application du contrat tripartite national, du contrat type qui lui est annexé et de l'accord annuel conclu en application de l'article L.162-22-2 du Code de la sécurité sociale,
- d'émettre un avis sur les critères de classement des établissements,
- d'émettre un avis sur les recours formés devant le ministre chargé de la sécurité sociale contre les décisions individuelles de classement.

Anciennement, les textes précisaient seulement que les comités régionaux des contrats d'établissements rendaient un avis permettant au directeur général de l'agence régionale de santé de classer chaque établissement ou service d'hospitalisation.

Le décret n°2017-500 en précise désormais la composition, la répartition des sièges ainsi que le rôle. Il ajoute que ces instances pourront être saisies pour avis

par l'agence régionale de santé mais également par tout établissement de santé privé au sujet de l'application des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (nouvel article R.162-30 du Code de la sécurité sociale).

Dispositions relatives aux activités psychiatriques exercées dans les établissements de santé mentionnés aux d et e de l'art.L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale

Sont concernés :

- les établissements de santé privés autre que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale de Santé,
- les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Les activités de soins de psychiatrie sont financées sur la base de tarifs journaliers fixés pour chaque établissement par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale, les catégories de prestations d'hospitalisation suivantes :

- le séjour et les soins avec

ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition des moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'hospitalisation du patient, la mise à disposition des praticiens et auxiliaires médicaux et l'exécution des examens de biologie médicale,

- la fourniture et l'administration des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics,

- l'utilisation d'une salle de sismothérapie, représentative de la mise à disposition des moyens humains, techniques et matériels nécessaires à l'accomplissement des actes qui s'y trouvent réalisés,

- le transport de sang.

Cependant, en application du présent décret, certaines prestations seront exclues de ces forfaits et feront l'objet d'une rémunération distincte¹ :

- les honoraires des praticiens et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement, y compris les examens de biologie médicale,

- les honoraires des auxiliaires médicaux à l'exception

des soins infirmiers,

- les frais afférents à la fourniture des produits sanguins labiles,

- les frais afférents à la fourniture de médicaments dérivés du sang,

- les frais afférents à la fourniture de certains produits inscrits sur la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale,

- les frais afférents à la fourniture de médicaments dispensés dans des conditions définies par arrêté, notamment ceux nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation.

Définition de l'objectif de dépenses et fixation des tarifs

Dans un délai de 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres concernés arrêtent le montant de l'objectif quantifié national², en tenant compte de :

- l'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente,

- l'évaluation des charges des établissements,

- l'évaluation des gains de

productivité réalisés et envisageables dans le secteur,

- les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

Dans un souci de réduire les inégalités tarifaires entre les régions, les taux de l'évolution moyenne des tarifs des prestations de chaque région peuvent être modulés par rapport aux taux de l'évolution moyenne nationale des tarifs des prestations, et ce afin de tenir compte de l'activité des établissements de la région.

Chaque année, il incombera au directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'arrêter les règles générales de modulation et les critères d'évolution des tarifs de prestations.

Mécanisme prudentiel

L'article L.162-22-2-1 du Code de la sécurité sociale dispose que « lors de la détermination annuelle de l'objectif mentionné au I de l'article L.162-22-2, une part de son montant peut être affectée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à la constitution

d'une dotation mise en réserve, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ».

Ce montant doit être alors fixé par arrêté dans un délai de 15 jours suivant la publication de l'arrêté fixant le montant de l'objectif quantifié national³. Il doit tenir compte de l'écart entre l'évolution constatée de l'activité et des prévisions établies au début de chaque année ; mais également, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie au cours de l'année.

De plus, avant le 31 décembre de l'année en cours, et après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale arrêtent le montant des crédits à verser aux établissements.

Suivi des charges

Au plus tard le 31 mai pour l'état définitif des charges de l'année précédente et l'état des charges du premier trimestre de l'année en cours, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travail-

leurs salariés à l'Etat communique le montant des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en psychiatrie par les établissements privés ainsi que la répartition par région, établissement et nature d'activité.

Dispositions relatives au financement des activités de psychiatrie, exercées par les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6, ainsi que des activités mentionnées à l'article L.174-1

Sont concernés :

- les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées,
- les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution sur service public hospitalier,
- les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement,
- la part des frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de psychiatrie⁴.

Dispositions générales

Les activités de soins de psychiatrie⁵ exercées par les établissements mentionnés ci-dessus sont financées par une dotation annuelle de financement⁶. Quant aux activités de soins de longue durée, elles seront financées sur la base d'un forfait global relatif aux soins fixé pour chaque établissement par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Dans un délai de 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, il incombe aux ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, d'arrêter le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie.

Définition de l'objectif de dépenses

Dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêteront, chaque année, le montant de l'objectif de dépenses d'assurances maladie.

Modalités de versement de la

dotation annuelle de financement

Dans la continuité de l'arrêté cité ci-dessus, le Directeur de l'Agence Régionale de Santé arrête le montant de la dotation annuelle de financement, en tenant compte des éléments suivants :

- la dotation annuelle de financement de l'année précédente, déduction faite des allocations de ressources strictement imputables à cette année,
- les orientations du schéma régional d'organisation des soins et les priorités de la politique de santé,
- le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et son exécution,
- les prévisions d'évolution de l'activité ainsi que les données disponibles sur l'activité des établissements,
- les modifications relatives aux capacités et à la nature des activités autorisées,
- les conséquences financières des modifications législatives et réglementaires relatives à la participation du patient,
- les coûts de l'établissement,
- les produits provenant de la dispensation des soins à des patients non assurés sociaux et

leur évolution.

Le règlement aux établissements de la dotation annuelle de financement, fractionnée en douze allocations mensuelles, est assuré par la caisse d'assurance maladie désignée. Ce règlement devra être effectué en une ou plusieurs fois entre le 15 du mois courant et au plus tard le 15 du mois suivant.

Suivi des charges

Les établissements de santé font parvenir à la caisse chargée du versement de la dotation annuelle de financement, les informations nécessaires à la répartition de celle-ci entre les régimes et les risques ainsi qu'à la gestion des assurés.

Dispositions relatives aux dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités de soins de longue durée

Le décret précise que pour les dépenses de soins comprises dans le forfait annuel global de soins, la participation des assurés sociaux est supprimée.

Dispositions relatives aux activités de médecine, de chirurgie,

de gynécologie-obstétrique et d'odontologie

Dispositions générales

Les frais engendrés par ces activités sont pris en charge en tout ou partie par les régimes obligatoires de sécurité sociale sur la base de tarifs nationaux.

Sont ainsi concernés :

- le séjour et les soins avec ou sans hébergement,
- les soins dispensés dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences, à l'exception des soins dispensés au sein d'une unité d'hospitalisation de courte durée,
- les prélèvements d'organes ou de tissus,
- les soins non programmés non suivis d'une hospitalisation dans les établissements qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences,
- les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition des moyens nécessaires à l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier,

- les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'administration, en environnement hospitalier, des spécialités pharmaceutiques,

- les moyens non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaire à la prise en charge d'affections⁷ impliquant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, le cas échéant, socio-éducatifs en présence du patient ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale.

Définition de l'objectif de dépenses et fixation des tarifs

Le montant de l'objectif de dépenses tient compte de :

- l'état provisoire et l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente,

- l'évaluation des charges des établissements,

- l'évaluation des gains de productivité réalisés et envisa-

geables dans le secteur,

- les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

Mécanisme prudentiel

L'article L.162-22-9-1 du Code de la sécurité sociale dispose que « les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I de l'article L.162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements ».

Pour la fixation de cette valeur, il convient notamment de tenir compte de l'écart entre l'évolution constatée de l'activité des établissements mentionnés à l'article L.162-22-6 et les prévisions établies au début de chaque année ainsi que, le cas échéant, des événements susceptibles d'affecter l'activité des établissements ou l'évolution des dépenses d'assurance maladie

au cours de l'année en cours.

Activités isolées

Lorsque les activités de médecine, de chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie répondent à des critères d'isolement géographique, elles peuvent être financées selon des modalités dérogatoires.

Pour ce faire, l'activité de soins doit satisfaire à des conditions cumulatives :

- l'établissement doit être situé dans un territoire, défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à 45 minutes, regroupant des établissements de santé dont la somme des activités de soins réalisées en médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique n'exclue par un niveau plafond,

- la durée du trajet routier en automobile entre cet établissement et l'établissement le plus proche exerçant la même activité doit être supérieure au seuil fixé pour cette activité,

- pour l'activité de soins obstétricaux, la part de l'activité produite par l'établissement doit

excéder une fraction de l'activité d'obstétrique produite dans la zone d'attractivité,

- la densité de population de la zone d'attractivité de l'établissement, définie comme l'ensemble des communes du département ou des départements limitrophes dans lesquels résident les patients pris en charge par l'établissement et dont les séjours représentent au moins 80% de l'activité globale produite par l'établissement, ne doivent pas excéder un niveau plafond. Les activités répondant à ces critères peuvent bénéficier d'un complément de financement en sus des tarifs nationaux de prestations ; ce financement est composé d'une part fixe versée sous la forme de forfaits nationaux annuels par activité et d'une part variable versée sous la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional.

La liste des établissements éligibles à ce financement complémentaire, pour chaque région, est fixée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition du directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour une durée de cinq ans.

Des arrêtés du ministre en

charge de la santé sont attendus, suite à la publication de ce décret, pour la mise en œuvre de ces dispositions relatives aux activités isolées, arrêtés précisant notamment :

- le niveau du plafond d'activité,
- les modalités de calcul des durées de trajet,
- les seuils,
- la fraction d'activité,
- le niveau plafond de densité de population,
- les seuils d'activité,
- les modalités de calcul des forfaits annuels,
- le plafond du montant annuel cumulé des forfaits et dotations.

Dégressivité tarifaire

Le mécanisme de dégressivité tarifaire a été introduit par l'article 41 de la LFSS 2014 (Art L.162-22-9-2 CSS). Il permet une minoration des tarifs des établissements de santé lorsque l'activité produite par ces établissements dépasse un seuil dont la valeur est exprimée en taux d'évolution ou en volume d'activité.

Il est désormais précisé par les articles R. 162-33-10 à R. 162-33-14 du code de la sécurité so-

ciale.

Un arrêté du 3 avril 2017 a fixé pour l'année 2017 les paramètres d'application du mécanisme de dégressivité tarifaire.

Dispositions relatives à la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Le montant de cette dotation est déterminé en tenant compte notamment de :

- l'état provisoire et de l'évolution des charges d'assurance maladie au titre des soins dispensés l'année précédente,
- l'évaluation des charges des établissements,
- l'évaluation des gains de productivité réalisés et envisageables dans le secteur,
- les changements de régime juridique ou de financement de certains établissements, ou services ou activités des établissements concernés.

Il revient ensuite au directeur général de l'Agence Régionale de Santé d'arrêter, pour chaque établissement, le montant annuel de la dotation de financement des MIGAC dans le respect de sa dotation régionale ; ces dotations seront versés en 12 allocations

mensuelles.

Hôpitaux de proximité

Le financement de ces établissements de santé repose sur :

- une dotation forfaitaire annuelle garantie,
- un complément de financement calculé à partir des tarifs nationaux des prestations.

Cette dotation annuelle garantie comporte :

- une part correspondant à une fraction de la moyenne des recettes perçues par l'établissement au cours des deux années précédant l'année civile considérée afférentes à la part des frais d'hospitalisation prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations, à l'exception des activités exercées à domicile,
- une part majorant la fraction tenant compte des caractéristiques du territoire que l'établissement dessert.

Il incombe ensuite aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de fixer chaque année, par arrêté, le montant de l'enveloppe affectée à la dotation forfaitaire répartie par région.

Suivi des charges

Le suivi des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie par les établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale est assuré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Dispositions relatives au financement des activités de soins de suite et de réadaptation (ci-après SSR)

L'innovation de ce décret réside dans les nouvelles dispositions relatives au financement des établissements SSR. Ces derniers vont en effet glisser d'un financement global vers une dotation modulée à l'activité. Le déploiement de ce nouveau mode de financement est échelonné sur cinq ans.

Dispositions générales

La prise en charge des frais occasionnés par les séjours et les soins, avec ou sans hébergement, est assurée par des forfaits facturés sur la base des tarifs na-

tionaux, par séance, journée ou séjour.

La dotation⁸ est calculée en fonction de :

- la moyenne de l'activité de soins réalisée au cours des deux années précédant l'année en cours,
- un taux moyen de prise en charge défini par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé sur la base du taux moyen de prise en charge des prestations d'hospitalisation facturées au titre des deux années antérieures.

Le présent décret précise également qu'en cas de regroupement total ou partiel d'établissements, le montant de la dotation est transféré au nouvel établissement issu du regroupement ; dans le cas de l'absorption d'un établissement par un autre, le montant de la dotation de l'établissement absorbé est transféré à l'établissement d'intégration. Enfin, en cas d'attribution d'une nouvelle autorisation de SSR, et pour les deux années suivant la mise en œuvre de cette autorisation, le montant de la dotation est arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, en fonction notamment :

- de l'activité prévisionnelle

de l'établissement,
- du niveau de dotation des établissements présentant des conditions techniques de fonctionnement équivalentes.

Définition de l'objectif de dépenses et fixation des tarifs

Annuellement, et dans un délai de 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget arrêtent :

- le montant de l'objectif de dépenses,
- la part affectée aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques,
- la part affectée à la dotation nationale.

La détermination de ce montant tient compte des prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours et de l'effet de l'application des coefficients géographiques sur les tarifs des établissements des zones concernées.

Mécanisme prudentiel

A compter de l'avis du comité d'alerte, les ministres chargés de

la santé et de la sécurité sociale arrêtent, avant le 31 décembre de l'année en cours, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, le montant des crédits à verser aux établissements dans la limite prévue. Ce montant peut être différencié par catégorie d'établissements.

Modalités de versement

Il revient aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'arrêter pour chaque région :

- le montant de la dotation,
- le montant du forfait lié à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés,
- le montant des dotations régionales de financement des MIGAC.

Le règlement aux établissements de ces forfaits et dotations est fractionné en 12 allocations mensuelles et est assuré par la caisse d'assurance maladie.

Suivi des charges

Le suivi des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés en SSR par les établissements de santé est

assuré par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Contrôle de la facturation

Le décret n°2017-500 du 6 avril 2017 modifie les procédures de contrôles de la facturation.

En effet, l'article L.162-23-13 du Code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour le directeur général de l'Agence Régionale de Santé de prononcer une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. Ces membres sont nommés pour cinq ans.

Cette commission est donc composée de :

- cinq représentants de l'Agence Régionale de Santé désignés par son directeur général,
- cinq représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Il incombe à cette commission

de proposer au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, un programme de contrôle annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès d'elle.

De son côté, l'Agence Régionale de Santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise :

- les activités, prestations ou ensemble de séjours et la période sur lesquels le contrôle porte,
- le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle,
- la date de commencement du contrôle.

En cas de manquements constatés aux règles de facturation, d'erreurs de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée, à l'origine de sommes indûment perçues, l'unité de coordination transmet le rapport de contrôle aux caisses qui ont supporté l'indu et leur demande la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des fac-

tures contrôlées.

Le montant de ladite sanction sera déterminé par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé après avis de la commission de contrôle. Cette sanction sera fixée, en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

Inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L.162-22-7 du Code de la sécurité sociale

L'article L.162-22-7 du Code de la sécurité sociale dispose que « l'Etat fixe, sur demande du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 qui peuvent être prises en charge, sur pré-

sentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du même article, ainsi que les conditions dans lesquelles certains produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent faire l'objet d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation susmentionnées. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge des médicaments en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-6 ».

La demande d'inscription sur cette liste est adressée au ministre chargé de la santé et précise l'indication ou les indications thérapeutiques concernées.

L'arrêté portant inscription sur la liste et le tarif de responsabilité de la spécialité pharmaceutique sont publiés simultanément au Journal Officiel dans un délai de 124 jours à compter de la réception de la demande.

Toutefois, l'inscription sur cette liste est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions suivantes :

- la spécialité est susceptible d'être administrée majori-

tairement au cours d'hospitalisations mentionnées au 1° de l'article R.162-33-1,

- le niveau d'amélioration de service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées est majeur ou important,

- le niveau d'amélioration du service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées est majeur, important ou modéré,

- un rapport supérieur à 30% entre, d'une part le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation, et d'autre part les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée.

Le présent décret prévoit également qu'il peut être procédé à la radiation d'une ou plusieurs indications, considérées individuellement, d'une spécialité de la liste, à l'initiative des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé ou à la demande de l'entreprise qui exploite la spécialité.

Le texte précise enfin les dispositions transitoires permettant l'entrée en vigueur progressive

de ces différentes modifications des règles de financement, le déploiement s'échelonnant jusqu'au 28 février 2022.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=6DD-8FA823A81D9F936773E5A1B-D_9_4_C_6_7_.tpdila16v_1?cidTexte=JORFTEXT000034390458&dateTexte=&oldAc-tion=rechJO&categorie-Lien=id&idJO=JORF-CONT000034390171

FUNCTION PUBLIQUE

Instauration

d'un référent déontologue

Pris pour l'application de l'article 28 bis de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 modifiée dans sa rédaction résultant de la loi n°2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires, le décret n°2017-519 du 10 avril 2017 prévoit les modalités de désignation des référents déontologues dans la fonction publique. Pour rappel, l'article 28 bis cité ci-dessus crée un droit pour le fonctionnaire de consulter un référent déontologue chargé de lui apporter tout conseil utile au res-

pect des obligations et des principes déontologiques.

Un référent déontologue est donc désigné :

- pour la fonction publique de l'Etat, dans les administrations et services mentionnés à l'article 2 de la loi du 11 janvier 1984, et le cas échéant, dans les groupements d'intérêt public et les établissements publics industriels et commerciaux dans lesquels des fonctionnaires relevant de la loi du 11 janvier 1984 sont affectés en vertu de dispositions législatives spéciales,

- pour la fonction publique territoriale, dans les collectivités territoriales et les établissements publics qui en relèvent mentionnés à l'article 2 de la loi du 26 janvier 1984,

- pour la fonction publique hospitalière, dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Selon les cas, les missions de référent déontologue peuvent être assurées par :

- une ou plusieurs personnes qui relèvent ou qui ont relevé de l'administration, de l'autorité, de la collectivité territoriale ou de l'établissement public concerné,

- un collège dont la com-

position et les attributions sont fixées par un arrêté du chef de service,

- une ou plusieurs personnes relevant d'une autorité autre que celles mentionnées infra et dans laquelle le référent est désigné.

Ces référents déontologues peuvent être choisis parmi les magistrats et fonctionnaires, en activité ou retraités, ou parmi les agents contractuels bénéficiant d'un contrat à durée indéterminée, à l'exception des personnalités qualifiées extérieures à la fonction publique.

La décision de désignation de ces référents déontologues est portée par le chef de service, tout comme les informations nécessaires permettant de se mettre en rapport avec le référent.

Il incombera au chef de service de mettre à la disposition du référent déontologue qu'il désigne, les moyens matériels, notamment informatiques, permettant l'exercice effectif des missions.

Enfin, le référent déontologue est tenu au secret et à la discrétion professionnelle dans les mêmes conditions que celle définies à l'article 26 de la loi du 13 juillet 1983⁹. Lorsque des faits susceptibles d'être qualifiés de conflit

d'intérêts lui ont été signalés, ce dernier apporte, le cas échéant, aux personnes intéressées tous conseils de nature à faire cesser ledit conflit.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?sessionId=E-D3316F0360BF071B222E50F-1CF35B6F.tpdila08v_1?cidTexte=JORFTEXT000034411018&-dateTexte=&oldAc-tion=rechJO&categorie-Lien=id&idJO=JORF-CONT000034410585

Positions des fonctionnaires hospitaliers et mise à disposition : actualisation

Le décret n°2017-603 du 21 avril 2017 modifie le décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition.

Jusqu'à présent la mise à disposition des fonctionnaires était prononcée par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après accord de l'intéressé ou du ou des organismes d'accueil dans les conditions

définies par la convention de mise à disposition. Désormais, dans certains cas, cette mise à disposition peut être prononcée par lettre de mission notamment s'agissant de la mise à disposition auprès d'Etats étrangers, auprès de l'administration d'une collectivité publique ou d'un organisme public relevant de cet Etat ou auprès d'un Etat fédéré.

Le décret apporte également des précisions sur le régime de mise à disposition dans les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) dans le cadre de la mutualisation des fonctions. Lorsqu'elle est conclue pour l'exercice des activités, fonctions et missions relative à l'établissement support, la convention de mise à disposition définit les conditions dans lesquelles le directeur de cet établissement nomme les agents dans leurs fonctions pour le compte de l'établissement partie.

Les situations de mise en disponibilité accordée de droit au fonctionnaire sur sa demande sont élargies. Sous le régime de l'ancien décret, seuls trois cas justifiaient une telle situation :

- pour élever un enfant de moins de huit ans ou pour donner des soins à un enfant à charge,

au conjoint, au partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ou à un ascendant, à la suite d'un accident ou d'une maladie grave ou atteints d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne,

- pour suivre son conjoint ou le partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité, lorsqu'il est astreint à établir sa résidence habituelle, en raison de sa profession, en un lieu éloigné de l'établissement qui emploie le fonctionnaire.

- lorsque le fonctionnaire titulaire de l'agrément se rend à l'étranger en vue de l'adoption d'un ou de plusieurs enfants.

Le décret n°2017-603 complète ces situations en prévoyant que « la mise en disponibilité est également accordée de droit, pendant la durée de son mandat et sur sa demande, au fonctionnaire qui exerce un mandat d'élu local ».

Le décret modifie certaines dispositions relatives au détachement d'un fonctionnaire. Cette situation peut en effet être envisagée notamment pour exercer une activité dans la réserve opérationnelle dans les conditions fixées par l'article L.4251-6 du Code de la défense et non plus

seulement pour contracter un engagement dans une formation militaire de l'armée française ou encore dans le cas d'un détachement auprès du défenseur des droits.

Les dispositions relatives au congé parental sont modifiées afin de les mettre en conformité avec les évolutions liées aux situations de naissance multiple et aux possibilités d'écourter la durée de ce congé. Le congé parental est accordé par périodes de six mois renouvelables ; les demandes de renouvellement doivent être présentées deux mois au moins avant l'expiration de la période de congé parental en cours sous peine de cessation de plein droit du bénéfice du congé parental. Le décret précise ensuite les conditions de réintégration du fonctionnaire à l'expiration du congé parental.

Il précise enfin la possibilité pour les agents mis à disposition de consulter le référent déontologue de leur établissement d'accueil¹⁰.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034455598&dateTexte=&categorieLien=id>

PROFESSIONS

Encadrement de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé

Pris pour l'application de l'article 138 de la loi de modernisation de notre système de santé, le décret n°2017-523 du 11 avril 2017 modifie les modalités d'exercice d'une activité libérale par les praticiens temps plein dans les établissements publics de santé.

Le décret introduit notamment des mesures contribuant au renforcement du contrôle de l'activité libérale dans ces établissements telles que :

- le recueil et le suivi de données concernant l'activité publique de chaque praticien,

- la mise en place d'une charte de l'activité libérale intra-hospitalière ainsi que d'un projet d'organisation prévisionnelle de l'activité publique personnelle et de l'activité libérale des praticiens,

- l'introduction de nouvelles clauses dans le contrat type d'activité libérale.

Celles-ci doivent permettre de s'assurer du respect des conditions suivantes :

- la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20% de

la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens,

- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Les dépassements d'honoraires abusifs sont prohibés, les praticiens devant appliquer les tarifs conventionnés (cf. adhésion du praticien à la convention nationale). En cas de non-respect de cette obligation de conventionnement, le praticien sera automatiquement suspendu de son activité libérale au sein de l'établissement public de santé.

La charte

Il est inséré au sein du Code de la santé publique un article R.6154-3-1 qui dispose que « les établissements publics de santé dans lesquels des praticiens sont autorisés à exercer une activité libérale élaborent une charte de l'activité libérale intra-hospitalière comprenant au minimum les clauses figurant dans une charte-type fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ».

L'objectif de telles clauses ? Garantir l'information des patients quant au caractère libéral de

l'activité et les tarifs pratiqués dans ce cadre, leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens concernés au sein des organisations médicales.

Cette charte sera arrêtée par le Directeur de l'établissement sur proposition de la commission de l'activité libérale¹¹, après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance.

De plus, le contrat type d'activité libérale du praticien doit désormais mentionner:

- l'identification dans le système d'informations comme réalisateur des actes et consultations, en précisant que ces derniers sont réalisés au titre de son activité libérale,

- la fourniture trimestrielle au directeur de l'établissement et au président de la commission de l'activité libérale du tableau de service réalisé ainsi qu'un état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectués au titre de chacune d'elle,

- le fait que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle,

- le respect des principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement,

- le fait de ne débiter son activité libérale que lorsque son contrat a été approuvé par le directeur de l'Agence Régionale de santé.

A propos de ce contrat, l'article 138, IV de la loi de modernisation de notre système de santé dispose que « le contrat mentionné à l'article L. 6154-4 prévoit une clause engageant le praticien, en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, à ne pas s'installer, pendant une période au minimum égale à six mois et au maximum égale à vingt-quatre mois, et dans un rayon au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.

En cas de non-respect de cette

clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30 % du montant mensuel moyen des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause prévue au premier alinéa du présent IV n'a pas été respectée ».

Le décret impose la rédaction de cette clause comme il suit : « en cas de départ temporaire ou définitif, excepté lorsqu'il cesse ses fonctions pour faire valoir ses droits à la retraite, le praticien s'engage à ne pas s'installer, pendant une période de ... mois, et dans un rayon de ... kilomètres, à proximité de l'établissement qu'il quitte. Cette période est au minimum égale à six mois et au maximum égal à vingt-quatre mois, et ce rayon est au minimum égal à trois kilomètres et au maximum égal à dix kilomètres.

En cas de non-respect de cette clause, le praticien devra verser à l'établissement une indemnité calculée selon les modalités suivantes : 25% du montant mensuel moyen des honoraires de

l'activité libérale perçus, redevance comprise, au cours des six derniers mois, multiplié par le nombre de mois pendant lesquels la clause n'est pas respectée ».

A souligner que ces dispositions ne sont pas applicables aux praticiens exerçant à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.

Convention nationale

Le décret précise que l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital public est subordonné à l'adhésion du praticien à la convention nationale¹² régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins ou, en l'absence de convention, au respect des dispositions prévues par le règlement arbitral¹³. En effet, l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 prévoit que la présente convention s'applique notamment « aux praticiens statutaires temps plein hospitalier exerçant dans les éta-

blissement publics de santé qui font également le choix d'exercer sous le régime de la présente convention, pour la partie de leur activité effectuée en libéral qu'ils sont autorisés à exercer dans les conditions définies dans le Code de la santé publique ».

L'adhésion à cette convention conduit donc inévitablement à un encadrement des honoraires des praticiens pratiquant une activité libérale au sein d'un établissement public de santé, cette dernière régissant les liens entre les médecins et l'assurance maladie et régulant notamment les tarifs de leurs actes.

En cas de sanction conventionnelle prononcée par la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le praticien exerce son activité, et lorsque cette dernière est devenue définitive au sens de la procédure, le directeur de la caisse en informe sans délai le directeur de l'établissement dans lequel le praticien exerce et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Enfin, lorsque le praticien sort de la convention à son initiative ou décide de ne pas être soumis au règlement arbitral, le directeur de la caisse primaire d'assu-

rance maladie en informe également sans délai le directeur de l'établissement d'exercice du praticien et le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Ce dernier prononce alors la suspension de l'autorisation¹⁴. Outre ces mesures visant à améliorer l'encadrement de l'activité libérale des praticiens dans les établissements publics de santé, le décret n°2017-523 renforce également de rôle de la commission de l'activité libérale et définit la composition et le fonctionnement des commissions régionales de l'activité libérale.

Commission de l'activité libérale de l'établissement

Elle peut se saisir de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale ou en être saisie par :

- le directeur général de l'Agence Régionale de Santé,
- le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ou d'un organisme obligatoire d'assurance maladie,
- le président du conseil départemental de l'ordre des médecins,
- le président du conseil de surveillance,

- le président de la commission médicale d'établissement,
- le directeur de l'établissement.

Tout praticien peut également saisir cette commission de toute question relative à l'exercice de son activité libérale.

Le décret définit les missions incombant à cette commission, à savoir de :

- définir un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement,
- établir chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein d'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Commission régionale de l'activité libérale

Cette commission est placée auprès du directeur général de l'Agence Régionale de santé et établit périodiquement le bilan régional de l'activité libérale des praticiens statutaires à temps plein. L'article L.6154-5-1 du Code de la santé publique expose ses missions :

- émettre un avis sur les au-

torisations d'exercice délivrées, consultation sur les mesures de suspension ou de retrait d'autorisation ainsi que sur la décision d'appliquer l'indemnité¹⁵,

- faire des propositions afin d'améliorer les conditions dans lesquelles il est veillé au respect des dispositions législatives et réglementaires applicables en matière d'activité libérale.

Cette commission peut être saisie par une commission de l'activité libérale d'un établissement ou par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé. Ses membres sont nommés pour trois ans par le directeur général de l'Agence Régionale de santé, le présent décret explicitant la composition de ladite commission.

Elle est convoquée par son président et il est rappelé que les membres de cette commission sont soumis à l'obligation de secret médical et professionnel et de discrétion. En cas de saisine relative à la suspension ou au retrait d'une autorisation d'exercer d'un praticien, le président de la commission désigne, parmi les membres, un rapporteur chargé d'instruire le dossier, sans situation de lien d'intérêt avec le prati-

cion de l'établissement.

Enfin, la commission régionale de l'activité libérale établit chaque année un rapport sur l'ensemble de ses missions. Ce rapport sera communiqué au directeur général de l'offre de soins et au directeur de l'Agence Régionale de Santé.

Dispositions transitoires

Les commissions régionales de l'activité libérale doivent être constituées avant le 1er octobre 2017. Les procédures de suspension ou de retrait de l'autorisation d'exercer d'un praticien engagées avant le 1er octobre 2017 relèvent de la compétence de la commission de l'activité libérale d'affectation du praticien.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034413682&dateTexte=&categorieLien=id>

Enregistrement automatique des infirmiers au tableau de l'Ordre : le Conseil d'Etat a tranché

Le Conseil national de l'ordre des infirmiers a demandé au juge des référés du Conseil

d'Etat d'ordonner la suspension de l'exécution de la décision implicite du Premier ministre en date du 1er février 2017 rejetant sa demande tendant à l'édiction et à la publication du décret devant être pris pour l'application des dispositions des dispositions de l'article L.4311-15 du Code de la santé publique et fixant notamment les conditions d'inscription automatique des infirmiers au tableau tenu par l'ordre. Cet article dispose notamment que « nul ne peut exercer la profession d'infirmier (...) s'il n'est pas inscrit au tableau de l'ordre des infirmiers ».

Dans un arrêt CE, 24 mars 2017, n°408452, le Conseil d'Etat retient tout d'abord « qu'eu égard aux conséquences d'une telle situation, notamment pour l'exercice par l'ordre, des missions, notamment en matière déontologique, qui lui sont dévolues et que le législateur n'a pas remise en cause, la condition d'urgence doit, dans les circonstances de l'espèce, être regardée comme remplie ».

Ainsi, il y a donc lieu d'ordonner la suspension de la décision implicite par laquelle le Premier ministre a refusé de prendre le décret exigé par l'article L.4311-

15 du Code de la santé publique. Le Conseil d'Etat, confortant la position du Conseil national de l'ordre des infirmiers, estime « qu'il y a lieu, par suite, de faire droit aux conclusions de la requête tendant à ce qu'il soit enjoint à la ministre des affaires sociales et de la santé de saisir, dans un délai de trois mois, les instances devant, compte tenu de l'objet du texte, être consultées en application de textes législatifs ou réglementaires ».

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?oldAction=rechJuriAdmin&idTexte=-CETATEXT000034310631&fastReqId=247743822&fastPos=1>

Inscription automatique à l'ordre : au tour des masseurs-kinésithérapeutes

Après l'inscription automatique à l'ordre des infirmiers, le Conseil d'Etat a eu à se prononcer sur l'inscription automatique à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Ce mécanisme prévu par le décret n°2016-746 du 2 juin 2016 relatif à l'établissement des listes nominatives de masseurs-kiné-

sithérapeutes salariés en vue de leur inscription au tableau de l'ordre avait suscité de vives réactions du côté des syndicats, notamment de la fédération CGT Santé et Action sociale qui avait alors déposée une requête en annulation pour excès de pouvoir.

Dans son arrêt CE, 25 avril 2017, n°401781, le Conseil d'Etat retient que les dispositions contestées « n'ont pas pour objet d'édicter des règles relatives à la situation des masseurs-kinésithérapeutes employés par les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 » mais plus généralement « des règles relatives à l'inscription au tableau de l'ordre de tous les membres de cette profession, quelles que soient leurs modalités d'exercice ». De ce fait, elles n'avaient donc pas à être soumises au conseil supérieur de la fonction publique hospitalière.

De plus, la plus haute juridiction administrative estime également que les dispositions réglementaires issues du décret cité ci-dessus ne méconnaissent pas les dispositions législatives du code de la santé publique dont il devait fixer les modalités d'appréciation.

Ainsi, la fédération Santé et Action sociale n'est pas fondée à demander l'annulation dudit décret, ce dernier ne méconnaissant pas le principe de sécurité juridique.

<http://arianeinternet.conseil-etat.fr/arianeinternet/getdoc.asp?id=209990&fonds=DCE&item=1>

ORGANISATION DES SOINS

Permanence des soins ambulatoires : mise en place retardée du numéro d'appel national d'accès

Pris pour application de l'article 75 de la loi de modernisation de notre système de santé, le décret n°2017-522 du 11 avril 2017 modifie le 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.

Les dispositions prévues par ce texte entreront en vigueur à la date de mise en service sur le territoire du numéro 116 117, le 15 janvier 2018. Initialement, le décret du 22 juillet 2016 prévoyait une mise en service de ce numéro au plus tard dans un dé-

lai de six mois à compter de la publication du texte initial.

La date mise en place du numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires est donc repoussée. Cette nouvelle date de mise en service entraîne également comme conséquence de modifier la date limite à laquelle les directeurs généraux des Agences Régionales de Santé précisent par décision le numéro utilisé pour joindre la permanence des soins ambulatoires dans leur région¹⁶.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/4/11/AFS-H1702439D/jo/texte>

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins est précisé

Pris pour l'application de l'article 81 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, le décret n°2017-584 a pour objet de définir les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins et notamment son contenu ainsi que la procédure de contractualisation et d'évaluation. Ce contrat unique regroupe

alors les contrats de gestion du risque tels que le contrat de bon usage, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ou encore le contrat d'amélioration des pratiques en établissement de santé.

Le décret précise que le volet obligatoire du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins est conclu entre le Directeur de l'Agence Régionale de Santé (ci-après ARS), le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le représentant légal de chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique

Pour rappel, l'article L.162-30-3 du Code de la sécurité sociale dispose que « les établissements de santé qui exercent les activités mentionnées au 1° de l'article L.162-22 pour lesquels le niveau de qualité et de sécurité des soins n'est pas conforme à des référentiels nationaux signent avec le directeur général de l'ARS un contrat d'amélioration des pratiques en établissements de santé.

La conformité aux référentiels nationaux de qualité et de sécurité est appréciée, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, au moyen d'indi-

cateurs dont les valeurs limites sont précisées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

Le décret précise que ces référentiels sont établis notamment sur la base d'analyse nationale de l'évolution de prescriptions réalisées en établissements de santé, des référentiels et recommandations élaborées par la Haute autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Il incombe au directeur général de l'ARS, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, de soumettre à l'établissement une proposition de contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité comportant un volet obligatoire et le cas échéant, un ou plusieurs volets additionnels.

Le représentant légal de l'établissement dispose alors d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition pour conclure le contrat ou, s'il le refuse, pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue de ce délai d'un mois, si l'établissement n'a pas conclu le contrat ou si, compte tenu des observations de l'établissement,

le directeur général de l'ARS décide de maintenir sa décision, ce dernier lui notifie la proposition de contrat, amendée le cas échéant, et mentionne la sanction encourue en cas de refus de signature correspondant à 1% des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos.

Ce contrat comporte notamment :

- les obligations relatives au volet obligatoire,
- pour les volets additionnels, les obligations de résultat dont l'évaluation déclenche la sanction ou l'intéressement et les obligations complémentaires permettant de pondérer le niveau de sanction de l'intéressement,
- les modalités de détermination des sanctions et des intéressements.

Dans la mise en œuvre du contrat, la réalisation de ses objectifs fait l'objet d'une évaluation annuelle effectuée conjointement par l'ARS et l'organisme local d'assurance maladie sur la base des données disponibles.

A l'issue de cette évaluation, le directeur général de l'ARS transmet au représentant légal de l'établissement, un rapport d'éva-

luation mentionnant notamment, le cas échéant, les sanctions ou intéressements envisagés. Cette notification précise également à l'établissement qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de ce rapport d'évaluation pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

Le directeur général de l'ARS peut après cela et dans un délai de deux mois, après avis de l'organisme local d'assurance maladie :

- notifier une sanction financière,
- lorsqu'il s'agit de manquements relatifs aux produits de santé, décider de procéder à la réduction, dans la limite de 30%, de la part prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations,
- engager la procédure de mise sous accord préalable en précisant la liste des actes, prestations ou prescriptions pour lesquels il envisage la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable.

A l'issue d'un délai de 15 jours, durant lequel le représentant légal de l'établissement peut présenter ses observations, le di-

recteur général de l'ARS notifie à l'établissement sa décision définitive qui indique le montant final et la date effective d'entrée en vigueur de la mise sous accord préalable, le cas échéant, ainsi que son terme, les actes, prestations ou prescriptions concernées, la procédure applicables et les voies et délais de recours.

Concernant les contrats conclus avant le lendemain de la date de publication du présent décret, ils continuent à produire leurs effets jusqu'au 31 décembre 2017 et deviennent caduques au 1er janvier 2018.

Le décret n°2017-584 précise en outre la composition et le rôle de l'observatoire régional constitué auprès de l'ARS, observatoire assurant un suivi et une analyse des pratiques de prescriptions observées au niveau régional ; mais également les règles relatives à l'élaboration du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins. Ce dernier précise :

- le diagnostic de la situation régionale réalisé sur un champ thématique délimité par la commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'assurance maladie avec le concours de l'instance régionale

d'amélioration de la pertinence des soins,

- les domaines d'action prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins en établissement de santé, en définissant les actes, prestations et prescriptions qui portent, le cas échéant, sur la structuration des parcours de santé et l'articulation des prises en charge en ville et en établissement de santé, avec ou sans hébergement,

- les actions communes à ces domaines et la déclinaison, pour chacun d'eux, des actions qui seront menées en précisant le calendrier et les moyens mobilisés pour leur mise en œuvre,

- lorsque ces actions impliquent un ciblage des établissements de santé, les critères permettant d'identifier les établissements faisant l'objet de la procédure de mise sous accord préalable et ceux faisant l'objet du volet additionnel relatif à la pertinence du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins,

- les modalités de suivi et d'évaluation de chacune de ces actions.

Ce plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins est arrêté par le

directeur général de l'ARS pour une durée de quatre ans après avis de la commission régionale de coordination des actions de l'ARS et de l'assurance maladie. Une instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins contribue à l'amélioration de la pertinence des prestations, des prescriptions et des actes dans la région. Sa mission est de concourir à la diffusion de la culture de la pertinence des soins et à la mobilisation des professionnels de santé autour de cette démarche.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034453909&dateTexte=&categorieLien=id>

JUSTICE

Précisions sur la médiation devant le juge administratif

Le décret n°2017-566 du 18 avril 2017 précise les règles procédurales de la médiation dans les litiges relevant de la compétence du juge administratif dont le régime législatif est fixé par les articles L.213-1 et suivants du Code de justice administra-

tive, issus de la loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXIème siècle.

Pour rappel, l'article L.213-1 du Code de justice administrative définit la médiation comme « tout processus structuré, quelle qu'en soit la dénomination, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord en vue de la résolution amiable de leurs différends, avec l'aide d'un tiers, le médiateur, choisi par elles ou désigné, avec leur accord, par la juridiction ».

Le présent décret rappelle tout d'abord les conditions de mise en œuvre de la médiation :

- elle porte sur tout ou partie d'un litige,
- elle peut être confiée à une personne physique ou à une personne morale.

Si le médiateur désigné est une personne morale, son représentant légal désigne la ou les personnes physiques qui assureront, au sein de celle-ci et en son nom, l'exécution de sa mission. A l'inverse, si la mission de médiation est assurée par une personne physique, elle doit posséder, par l'exercice présent ou passé d'une activité, la qualification requise eu égard à la nature

du litige. Elle doit en outre justifier, selon le cas, d'une formation ou d'une expérience adaptée à la pratique de la médiation.

La médiation, dans les litiges relevant de la compétence du juge administratif, peut être :

- à l'initiative des parties : dans ce cas là, par dérogation à l'article L.411-2 du Code des relations entre le public et l'administration¹⁷, lorsque, en application de l'article L.213-6 du présent code, le délai de recours contentieux a été interrompu par l'organisation d'une médiation, l'exercice d'un recours gracieux ou hiérarchique ne l'interrompt pas de nouveau, sauf s'il constitue un préalable obligatoire à l'exercice d'un recours contentieux ;
- à l'initiative du juge : lorsque le juge estime que le litige dont il est saisi est susceptible de trouver une issue amiable, il peut à tout moment proposer une médiation pour laquelle il fixe aux parties un délai pour répondre à cette proposition.

Dans ce dernier cas de figure, la décision ordonnant une médiation doit mentionner l'accord des parties mais également désigner le médiateur et, le cas échéant, la durée de sa mission et les mo-

dalités de sa rémunération.

Le décret rappelle qu'en aucun cas la médiation ne dessaisit le juge, qui peut prendre à tout moment les mesures d'instruction qui lui paraissent nécessaires.

Dans l'exercice de sa mission, le médiateur peut, avec l'accord des parties et pour les besoins de la médiation, entendre les tiers qui y consentent. Il revient ensuite au juge de mettre fin à la médiation, à la demande d'une des parties ou du médiateur. Il peut aussi y mettre fin d'office lorsque le bon déroulement de la médiation lui apparaît compromis.

Le texte ajoute que la médiation devant le Conseil d'Etat est régie par les dispositions du chapitre III du titre Ier du livre II du Code de justice administrative.

Le décret en présence précise, en outre, les modalités d'articulation de la médiation à l'initiative des parties avec la procédure de recours administratif préalable obligatoire devant la commission des recours des militaires, dont le régime est fixé par les articles R.4125-1 à R.4125-10 du Code de la défense.

Il prévoit que tout recours contentieux formé par un militaire à l'encontre d'actes relatifs à sa situa-

tion personnelle est précédé d'un recours administratif préalable, à peine d'irrecevabilité du recours contentieux. Ce recours sera examiné par la commission des recours des militaires, placée auprès du ministre de la défense.

Ces dispositions ne sont pas applicables aux recours contentieux formés à l'encontre d'actes ou de décisions :

- concernant le recrutement du militaire ou l'exercice du pouvoir disciplinaire,
- pris en application du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre et du Code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que ceux qui relèvent de la procédure organisée par les articles 112 à 124 du décret n°2012-1246 du 7 novembre 2016 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034443537&date-Texte=&categorieLien=id>

SERVICE PUBLIC

Mise en œuvre de la saisine de l'Administration par voie électronique :

des précisions

La possibilité pour toute administration d'être saisie par voie électronique est entrée définitivement en vigueur le 7 novembre 2016. Rappelons que le décret n°2016-1411 du 20 octobre 2016 prévoit les conditions d'application du droit de saisir l'administration par voie électronique, ces règles s'appliquant indifféremment aux administrations de l'Etat, aux collectivités territoriales, aux établissements publics administratifs et aux organismes et personnes de droit public et de droit privé chargés d'une mission de service public y compris les organismes de sécurité sociale.

La circulaire n°NOR ARCB1711345C précise alors les modalités de mise en œuvre de cette saisine par voie électronique (ci-après SVE), le droit commun de la SVE ayant été modifiée sur deux points :

- le décret du 20 octobre 2016 assouplit deux contraintes relatives à l'accusé de réception électronique, puisque son délai d'envoi a été étendu de sept jours à dix jours ouvrés,
- l'obligation, pour le service instructeur, de mentionner

son adresse postale a évolué, le choix étant désormais possible entre la mention d'une adresse électronique et celle d'une adresse postale.

La présente circulaire a pour objet de répondre aux interrogations des services liées à la mise en œuvre de cette démarche ; pour ce faire elle :

- rappelle le cadre juridique global de la SVE et de ses modalités,
- détaille les outils mis à la disposition des administrations pour son application,
- délimite les contours,
- apporte des éléments de réponse aux questions fréquemment posées.

La mise en œuvre de cette modalité de saisine de l'administration constitue un nouveau droit pour les usagers et simplifie les prises de contact et les échanges avec l'administration. Ainsi, les personnes bénéficiant d'un accès internet pourront saisir l'administration en ligne et alléger les procédures administratives bien souvent trop lourdes et contraignantes .

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/04/cir_42042.pdf

Groupements de coopération sanitaire (GCS) :

le décret de clarification ?

Le décret n°2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire précise les modalités et conditions de création, de fonctionnement, d'exploitation d'autorisations d'activité de soins de ses membres, d'autorisation de dépôt de sang et de mise en place des instances représentatives des personnels de ces groupements.

Ce texte fait suite à l'ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la création et au fonctionnement des GCS. Attendue avec impatience, cette ordonnance avait soulevée de nombreuses interrogations qui restaient pour l'instant sans réponse. Ce décret permettra-t-il de clarifier la création et le fonctionnement de ces groupements ? Rien n'est moins sûr.

[Permis d'exploiter les autorisations détenues par un ou plusieurs membres du groupement](#)

Le décret apporte des précisions sur les GCS « Article 108 » qui ont vocation à exploiter sur un site unique une ou plusieurs autorisations détenues par leurs membres.

Pour rappel, l'article 108 de la loi de modernisation de notre système de santé redonne aux GCS de moyens la possibilité d'exploiter une autorisation détenue par un ou plusieurs de ses membres. Cependant, la loi de santé et l'ordonnance du 12 janvier 2017 « laissent néanmoins subsister, concernant la mise en œuvre opérationnelle du GCS « article 108 », des interrogations¹⁹ ».

Ainsi la convention constitutive devra préciser :

- la personne titulaire et la nature de l'autorisation d'activité de soins exploitée en commun,
- les règles d'admission des patients pris en charge dans le cadre du groupement et la responsabilité de chacun des membres à leur égard, ainsi que la répartition de cette responsabilité entre le groupement et ses membres,
- les modalités de recueil, de transmission et d'archivage par le groupement des informations relatives aux moyens de fonctionnement des établisse-

ments de santé, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales,

- les modalités d'organisation de la prise en charge médicalemente des patients au sein du groupement,

- le cas échéant, lorsque le groupement est érigé en établissement de santé, les conditions relatives à l'hémovigilance et à la sécurité transfusionnelle,

- les modalités de facturation des soins dispensés en lien avec l'autorisation exploitée en commun par le groupement, c'est-à-dire soit le maintien de la facturation par le ou les membres titulaires et la dénomination de ceux-ci, soit la facturation par le groupement ainsi que l'échelle tarifaire qui lui est applicable.

Concernant l'exploitation commune des activités des soins, le décret précise:

- qu'elle doit être réalisée sur un site géographique unique, également pour les activités d'équipements matériels lourds,

- qu'elle peut porter sur tout ou partie d'une activité de soins autorisée en application des dispositions du titre II du livre Ier de la sixième partie du Code de la santé publique.

De plus, lorsque cette exploi-

tation en commun par le GCS entraîne une modification des conditions d'exécution des autorisations, chaque membre titulaire concerné adresse au Directeur Général de l'ARS une demande de modification de ses autorisations exploitées en commun, concomitamment à la demande d'approbation de la convention constitutive du groupement ou de son avenant.

Se posait également la question de la facturation des soins et notamment sur la substitution du groupement aux établissements membres ; le décret prévoit que « lorsque le groupement est autorisé à facturer les soins pour le compte de ses membres, cette demande de modification est accompagnée de la proposition de l'échelle tarifaire applicable au groupement ». Dans le cas où le groupement ne serait pas autorisé à facturer des soins remboursables aux assurés sociaux, la rémunération des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral est assurée.

Enfin, lorsque le Directeur Général de l'ARS « retire, ou ne renouvelle pas, une autorisation d'activités de soins accordée à un ou plusieurs membres et ex-

ploitée en commun par le GCS, il retire au groupement l'autorisation de facturer les soins correspondants et lui demande de modifier sa convention constitutive dans un délai déterminé ».

Le GCS de moyens, gestionnaire d'une banque de sang

Les GCS de moyens, tout comme les établissements de santé jusqu'alors, peuvent désormais être autorisés à gérer un dépôt de sang. Cette autorisation est délivrée par le Directeur Général de l'ARS pour les besoins de plusieurs établissements de santé membres du groupement, et ce dans le respect de conditions cumulatives :

- le délai de délivrance ou de transfert des produits sanguins labiles par le dépôt de santé du groupement aux établissements de santé membres du groupement concernés est compatible avec les règles de sécurité transfusionnelle,

- les établissements de santé membres du groupement concernés par l'autorisation de dépôt de sang ne peuvent être eux-mêmes autorisés à gérer un dépôt de sang.

Désormais, pour ces GCS, la

convention constitutive indiquera la vocation du groupement à détenir une autorisation de dépôt de sang. Le groupement sera alors constitué pour une durée au moins égale à la durée de l'autorisation ; sa convention devra identifier les membres du groupement pour les besoins desquels l'autorisation de dépôt de sang est délivrée.

Assistance médicale à la procréation

Le décret étend aux GCS gestionnaires d'un laboratoire les dispositions relatives à l'assistance médicale à la procréation. Il précise que la détention d'une autorisation en la matière n'emporte pas érection du groupement en établissement de santé.

Harmonisation du régime des instances représentatives du personnel au sein des GCS de moyens de droit public

Lors de la parution de l'ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017, la pertinence de mettre en place certaines instances représentatives du personnel au sein des GCS de moyens de droit public avait suscité la discussion

. Si la mise en place d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (ci-après CHSCT) trouvait un intérêt, celle d'un comité technique laissait beaucoup plus perplexe.

Le décret n°2017-631 précise désormais les modalités de constitution et de fonctionnement de ce dernier (afin de légitimer sa création ?) et prévoit que sous réserve de l'objet du groupement, le comité technique sera consulté sur les matières suivantes :

- toute modification de la convention constitutive ayant un impact sur l'organisation du travail dans le groupement,
- les orientations stratégiques du groupement,
- le règlement intérieur du groupement,
- le rapport d'activité annuel,
- le compte financier et l'affectation des résultats,
- les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants,
- la gestion prévisionnelle des emplois et compétences,
- les conditions et l'organisation du travail dans le groupement,
- la politique générale de

- formation du personnel,
- la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social,
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans,
- la prorogation ou la dissolution du groupement ainsi que les mesures nécessaires à sa liquidation.

Ce comité sera également informé du budget prévisionnel et de la participation aux actions de coopération, ainsi que le cas échéant, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le présent décret prévoit la composition du comité technique du GCS de moyens de droit public.

Enfin, le décret modifie les dispositions du Code du travail relatives au CHSCT désormais instauré dans certains GCS de moyens de droit public. Cette mise en place, à l'inverse de celle des comités techniques, semble plus se justifier au regard « de la

question des conditions de travail, souvent prégnante au sein des groupements puisque l'objet même de ces structures est de faire travailler ensemble des personnels provenant de structures employeurs différentes qui parfois relèvent d'un statut distinct²¹».

Le texte, modifiant et complétant le Code du travail, prévoit notamment que la délégation du personnel au CHST et des conditions de travail dans ces GCS comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants. Elle comprend :

- des représentants des personnels non médecins, non pharmaciens et non odontologistes²²,
- le cas échéant, un représentant des personnels médecins, pharmaciens et odontologistes.

S'agissant des dispositions transitoires, le décret prévoit que les GCS régulièrement constitués avant la date de publication de ce texte se mettent en conformité au plus tard au 1er janvier 2020. Au plus tard six mois avant l'expiration de ce délai, l'assemblée générale des membres du groupement prend une décision mettant la convention constitutive

en conformité avec les dispositions du présent décret. Concernant les instances du personnel (CHSCT et comité technique), ces dernières seront mises en place au plus tard à l'occasion du renouvellement général des instances de représentation du personnel de l'ensemble de la fonction publique.

Un arrêté doit alors définir les conditions techniques d'autorisation du dépôt de sang. De son côté, le groupement doit nécessairement faire l'objet d'une nouvelle autorisation de dépôt de sang, lorsqu'il est décidé l'adhésion, le retrait ou l'exclusion d'un établissement de santé membre concerné par l'autorisation de dépôt de sang initiale.

Silence vaut approbation

D'une manière plus générale, le décret impose la signature de la convention constitutive et étend à la constitution des GCS le principe « silence vaut approbation » : l'absence de décision expresse à l'expiration d'un délai de deux mois vaut approbation tacite de la convention constitutive du groupement par le Directeur Général de l'ARS.

Dissolution du GCS

Le décret complète également les modalités de dissolution d'un GCS, là où l'ancien article R.6133-8 du Code de la santé publique disposait que « le groupement est dissous de plein droit dans les cas prévus par la convention constitutive » :

- par décision de l'assemblée générale, notamment du fait de la réalisation ou de l'extinction de son objet,
- de plein droit dans les cas prévus par la convention constitutive,
- par décision motivée du Directeur Général de l'ARS notamment lorsqu'il est constaté une extinction de l'objet du groupement, une absence de réunion de l'assemblée générale depuis trois exercices comptables ou un manquement grave ou réitéré aux dispositions légales et réglementaires auxquelles il est soumis.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=A65FA85CD514AE768E-C355151A2BBDA5.tpdila12v_3?cidTexte=JORFTEXT000034492649&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORF-

COMMANDE PUBLIQUE

Précision et standardisation du profil d'acheteur

L'arrêté du 14 avril 2017 précise les fonctionnalités et les exigences minimales s'imposant aux profils d'acheteurs ; il fixe les fonctionnalités devant être offertes aux acheteurs et aux opérateurs économiques par les profils d'acheteurs, ces fonctionnalités ne faisant pas obstacle à ce que les profils d'acheteurs en proposent d'autres.

Ce texte a pour but de faciliter le passage à la dématérialisation complète de la procédure de passation des marchés publics, en précisant notamment les fonctionnalités minimales devant être offerte par un profil d'acheteur.

Sont concernés, les acheteurs soumis à l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, les autorités concédantes soumises à l'ordonnance n°2016-65 du 29 janvier 2016 relatives aux contrats de concession et les opérateurs économiques.

L'arrêté liste dans un premier temps les actions permises à l'acheteur via le profil d'acheteur puis, dans un second temps, les actions permises à l'opérateur économique via le profil d'acheteur.

Ainsi, à partir du 1er octobre 2018, le profil d'acheteur devra obligatoirement permettre « de s'identifier et s'authentifier, de publier des avis d'appel à la concurrence et leurs éventuelles modifications, de mettre à disposition des documents de la consultation, de réceptionner et conserver des candidatures y compris si elles se présentent sous la forme du document unique de marché européen électronique constituant un échange de données structurées au plus tard à compter du 1er avril 2017 pour les centrales d'achat et du 1er avril 2018 pour les autres acheteurs, de réceptionner et conserver des offres y compris hors délais, de compléter un formulaire nécessaire à la publication des données essentielles prévues par l'arrêté du 14 avril 2017 ou importer ces données lorsqu'elles sont disponibles dans un autre système d'information, d'accéder à un service de courrier électronique au sens

de l'article 1 de la loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique, d'accéder à un historique des événements permettant l'enregistrement et la traçabilité des actions ayant eu lieu sur le profil d'acheteur notamment le retrait et le dépôt de documents, de répondre aux questions soumises par les entreprises, ou encore d'obtenir les documents justificatifs et moyens de preuve lorsque ceux-ci peuvent être directement obtenus auprès d'autres administrations ».

Pour l'opérateur économique, le profil d'acheteur devra lui permettre « de s'identifier et s'authentifier, de connaître les prérequis techniques et les modules d'extension nécessaires pour utiliser le profil d'acheteur, d'accéder à un espace permettant de tester que la configuration du poste de travail utilisé est en adéquation avec les prérequis techniques du profil d'acheteur, d'effectuer une recherche permettant d'accéder notamment aux avis d'appel à la concurrence, aux consultations et aux données essentielles, de consulter et télécharger en accès gratuit libre, direct et complet les documents de la consultation, les avis

d'appel à la concurrence et leurs éventuelles modifications, d'accéder à un espace permettant de simuler le dépôt de document, de déposer une candidature y compris si elle se présente sous la forme du document unique de marché européen électronique constituant un échange de données structurées, de déposer des offres, de solliciter une assistance ou consulter un support utilisateur permettant d'apporter des réponses aux problématiques techniques, de formuler des questions à l'acheteur, ou encore de consulter et télécharger les données essentielles conformément aux dispositions de l'arrêté du 14 avril 2017 ».

L'arrêté rappelle également que ce profil d'acheteur répond aux exigences fixées dans les référentiels généraux de sécurité,

d'interopérabilité et d'accessibilité prévues aux articles 9 et 11 de l'ordonnance n°2005-1516 du 8 décembre 2005.

Ce texte distingue en outre les fonctionnalités minimales applicables à la dématérialisation et celles applicables aux autorités concédantes.

D'une manière plus générale, le profil d'acheteur figure sur une liste publiée sur le portail unique interministériel destiné à rassembler et à mettre à disposition librement l'ensemble des informations publiques ; chaque profil d'acheteur est identifié par :

- le SIRET de l'acheteur,
- l'adresse URL du profil d'acheteur,
- l'adresse URL du DCAT prévue à l'article 9 de l'arrêté du 14 avril 2017,
- les coordonnées du ou

des acheteurs concernés.

Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur le 1er octobre 2018. Sont désormais attendus les arrêtés relatifs à la signature électronique, aux outils d'échange et de communication, à la copie de sauvegarde et au certificat de cessibilité dématérialisé.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=A65FA85CD514AE768E-C355151A2BBDA5.tpdila12v_3?cidTexte=JORFTEXT000034492557&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORF-CONT000034491769

¹ A l'exception des honoraires des praticiens et des honoraires des auxiliaires médicaux pour les établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

² Article L.162-22-2 du Code de la sécurité sociale

³ Article R.162-31-4 du Code de la sécurité sociale

⁴ Article L.162-22, 2° du Code de la sécurité sociale

⁵ Article R.6122-25, 4° du Code de la sécurité sociale

⁶ Article L.174-1 du Code de la sécurité sociale

⁷ La liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

⁸ Article L.162-23-3, 1° du Code de la sécurité sociale

⁹ « Les fonctionnaires sont tenus au secret professionnel dans le cadre des règles instituées dans le Code pénal. Les fonctionnaires doivent faire preuve de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les fonctionnaires ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de l'autorité dont ils dépendent ».

¹⁰ Décret n°2017-519 du 10 avril 2017 relatif au référent déontologue dans la fonction publique.

¹¹ Article L.6154-5 al.1 du Code de la santé publique : « dans chaque établissement public de santé où s'exerce les dispositions législatives et réglementaires régissant cette activité ainsi qu'au respect des clauses des contrats d'activité libérale ».

¹² Article L.162-5 du Code de la sécurité sociale : « les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins ».

¹³ Article L.162-14-2, I du Code de la sécurité sociale : « en cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention ou d'un accord conventionnel interprofessionnel (...) ou d'opposition à la nouvelle convention ou à l'accord dans les conditions prévues à l'art.L.162-45, un arbitre arrête un projet de convention ou d'accord dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé ».

¹⁴ Article L.6154-4 al.2 du Code de la santé publique : « ce contrat, d'une durée de cinq ans, est transmis par le directeur de l'établissement au directeur de l'Agence Régionale de Santé avec son avis ainsi que ceux du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement. Le directeur général de l'Agence Régionale de Santé approuve ce contrat. L'approbation du contrat vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale ».

¹⁵ Article L.6154-2, IV al.2 du Code de la santé publique : « en cas de non-respect de cette clause, une indemnité compensatrice est due par le praticien. Le montant de cette indemnité, dont les modalités de calcul sont prévues au contrat, ne peut être supérieur à 30% du montant mensuel des honoraires perçus au titre de l'activité libérale durant les six derniers mois, multiplié par le nombre de mois durant lesquels la clause est prévue n'a pas été respectée ».

¹⁶ Initialement, il était prévu que le numéro retenu dans chaque région soit arrêté au plus tard au 8 août 2018.

¹⁷ L'article L.411-2 du Code des relations entre le public et l'administration dispose que « toute décision administrative peut faire l'objet, dans le délai imparti pour l'introduction d'un recours contentieux, d'un recours gracieux ou hiérarchique qui interrompt le cours de ce délai. Lorsque dans le délai initial du recours contentieux ouvert à l'encontre de la décision, sont exercés contre cette décision un recours gracieux et un recours hiérarchique, le délai du recours contentieux, prorogé par l'exercice de ces recours administratifs, ne recommence à courir à l'égard de la décision initiale que lorsqu'ils ont été l'un et l'autre rejetés ».

¹⁸ <http://www.houdart.org/blog/lhebdo-de-lactualite-du-monde-de-la-sante-9/>

¹⁹ Analyse complète de Me Laurent HOUDART et de Me Nicolas PORTE à retrouver sur le blog

<http://www.houdart.org/blog/gcs-article-108-permis-dexploiter-demande-minutieuse-mise-point/>

²⁰ Analyse complète de Me Guillaume CHAMPENOIS à retrouver sur le blog

<http://www.houdart.org/blog/ordonnance-12-janvier-2017-lobligation-de-mettre-place-chsct-cte-gcs-de-moyens-de-droit-public-cest-presque/>

²¹ Ibid.

²² Trois représentants dans les groupements de 199 agents et moins et quatre représentants dans les groupements de 200 agents et plus.

