



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

Au programme de cette fin de quinquennat, un décret relatif aux contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire et de praticien territorial médical de remplacement, un arrêté relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins, un décret relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions au sein des groupements hospitaliers de territoire (GHT), une instruction relative à l'organisation des GHT, un décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), un arrêté relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité et un décret modifiant les conditions d'exercice et de remplacement au sein des pharmacies à usage intérieur (PUI) et les modalités d'organisation du développement professionnel continu des professions de santé.

Par Manon Mazzucotelli

PROFESSIONS

Praticien territorial de médecine ambulatoire et praticien territorial médical de remplacement : l'heure est aux avancées statutaires

Pris pour l'application des articles 72 et 73 de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, le décret n°2017-703 précise le contenu des contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire et de praticien territorial médical de remplacement.

S'agissant du contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, l'article R.1435-9-17 du Code de la santé publique disposait jusqu'alors que « *le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, prévu à l'article L.1435-3, conclu entre une agence régionale de santé et un médecin conventionné, définit notamment les engagements du praticien pour la durée du contrat, les modalités et conditions de versement d'une rémunération forfaitaire en cas d'interruption de son activité de praticien pour cause de maternité ou de paternité ainsi que les lieux d'exercice des activités de soins du praticien* ».

Le décret étend ces dispositions en cas d'interruption de l'activité du praticien. La rémunération forfaitaire pourra donc être versée au praticien territorial de médecine ambulatoire qui interrompt son activité, sous respect des conditions suivantes :

- le médecin a exercé l'activité de praticien territorial de médecine ambulatoire au cours des trois derniers mois précédant le mois au cours duquel il interrompt son activité pour cause de maternité, de paternité ou pour cause de maladie,
- il a réalisé, au cours de l'un des trois derniers mois précédant cet arrêt de travail, une activité correspondant à un montant minimal d'honoraires pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie déterminé conformément au contrat type prévu par l'arrêté mentionné à l'article R.1435-9-20,

- il a mis en œuvre les engagements requis pour se faire remplacer, pendant toute la période d'interruption de son activité pour cause de maternité ou de paternité, dans les conditions prévues par l'article R.4127-65.

Le décret ajoute une quatrième condition imposant « *une durée de l'arrêt de travail, en cas d'incapacité pour cause de maladie, devant être supérieure à sept jours* ».

Enfin l'article R.1435-9-26 du Code de la santé publique précise les modalités de versement de cette rémunération forfaitaire. Au regard de l'élargissement des situations d'octroi, il est ajouté que « *en cas d'incapacité pour cause de maladie, la rémunération forfaitaire est versée et calculée selon les dispositions prévues au I de l'article R.1435-9-14* ¹. Une lettre d'avis d'interruption de travail est adressée par le praticien à l'agence régionale de santé signataire du contrat dans les 48 heures suivant le début de l'arrêt de travail ».

Le second chapitre du décret est consacré aux dispositions relatives au contrat de praticien territorial médical de remplacement et au service d'appui à la gestion des remplacements. Pour ce faire, une sous-section est alors insérée au chapitre V du titre III du livre IV de la première partie du Code de la santé publique, section relative aux contrats de praticien territorial médical de remplacement.

Pour rappel, l'article L.1435-4-5 alinéa 2 du Code de la santé publique dispose que « *les agences régionales de santé peuvent, dans le cadre d'une organisation destinée à faciliter l'intervention des médecins remplaçants dans certaines zones, conclure avec un médecin spécialisé en médecine générale, un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L.4131-2 ou un assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé un contrat de praticien territorial médical de remplacement* ». Ces praticiens doivent être autorisés à effectuer des remplacements en tant qu'interne ou avoir soutenu avec succès leur thèse en médecine depuis moins de trois ans à la date de signature ou de reconduction du contrat.

Ce contrat de praticien territorial médical de remplacement définit notamment :

- les engagements de ce praticien à exercer, pour la durée du contrat, une activité de soins en tant que praticien remplaçant,
- les modalités et conditions permettant à celui-ci de bénéficier d'un service d'appui visant à faciliter la gestion de son activité,
- les modalités et conditions du versement des rémunérations garanties.

Ce contrat est conclu pour une durée de 12 mois ; il peut être renouvelé par tacite reconduction, la durée totale ne devant pas excéder 72 mois. Il est également important de souligner qu'un cumul entre un contrat de praticien territorial médical de remplacement et un contrat de praticien territorial de médecine générale est impossible.

S'agissant de la rémunération, le praticien territorial médical de remplacement doit justifier d'une activité libérale de remplacement de médecins libéraux conventionnés installés dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ², correspondant à un

nombre minimal de consultations réalisées chaque année, le décret précisant alors ce niveau minimum d'activité.

Dès lors que cette condition minimale d'activité est satisfaite, le praticien perçoit une rémunération forfaitaire destinée à compenser les périodes d'interruption d'activité entre les remplacements. Ce montant correspond à 200 consultations de médecine générale au tarif opposable pour une activité à temps plein et 100 consultations de médecine générale au tarif opposable pour une activité exercée à temps partiel. Le décret prévoit également le versement de la rémunération en cas d'interruption d'activité pour cause de maladie, de maternité ou de paternité mais aussi en cas d'incapacité pour cause de maladie.

Enfin, dans un souci de faciliter la gestion des remplacements, l'Agence Régionale de Santé met à la disposition des praticiens remplaçants, un service d'appui. Elle assure une fonction de suivi des besoins de remplacement dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisantes ou par des difficultés dans l'accès aux soins de sa région de compétence ainsi qu'une fonction de coordination de ces besoins avec l'offre de remplacement proposée par les praticiens remplaçants.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9FF04B20DB8A92F74E0FAF54C8D46106.tpdila13v_3?cidTexte=JORFTEXT000034566872&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&i-dJO=JORFCONT000034565867

ORGANISATION DES SOINS

Amélioration de la qualité et efficacité des soins : le contrat type est fixé

Nous avons présenté dans une veille précédente le décret n°2017-584 qui a pour objet définir les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et notamment son contenu ainsi que la procédure de contractualisation et d'évaluation.

Pour rappel, ce décret précise que ce contrat comporte :

- 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.

Bien que ce texte ne fasse référence à aucun moment à la publication d'un contrat-type par arrêté, est paru au Journal officiel du 30 avril 2017 l'arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat-type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L.162-30-2 du code de la sécurité sociale. Ce contrat-type doit être conclu entre l'Agence Régionale de Santé, l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé. Il comporte un préambule rappelant les objectifs et le contenu dudit contrat et se décompose ensuite de la façon suivante :

- chapitre I - conditions générales d'application : objet du contrat, durée du contrat, obligations générales des parties, sources des données utilisées, évaluation, intéressement et sanctions, révision du contrat, résiliation d'un volet du contrat, voies de recours,
- chapitre II – volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, des produits et des prestations : obligations générales de l'établissement, amélioration et sécurisation de la prise en charge thérapeutique du patient et du circuit des produits et prestations, développement des pratiques pluridisciplinaires ou en réseau, engagements relatifs aux prescriptions de médicaments dans le répertoire générique et biosimilaires, engagements relatifs aux médicaments et de la liste des produits et prestations prescrits en établissement de santé et remboursés sur l'enveloppe de soins de ville, engagements spécifiques relatifs aux spécialités pharmaceutiques et aux produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation inscrits sur les listes mentionnées à l'article L.162-22-7 du Code de la sécurité sociale et respect des référentiels nationaux de bon usage des médicaments et des produits et prestations, évaluation,
- chapitre III – dispositions relatives aux volets additionnels : relatif à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé, relatif à l'amélioration des pratiques en établissement de santé.

https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000034517810

GHT – précisions et modifications

Est paru au Journal Officiel du 4 mai dernier, le décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du Code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire.

Ce texte précise les nouvelles règles de fonctionnements des GHT relatives :

- aux achats,
- à l'exercice du pouvoir de nomination par le directeur de l'établissement support,
- à la publicité de postes de praticiens hospitaliers,
- à la permanence des soins,
- à la formalisation des relations avec les établissements partenaires et associés au GHT.

Il détermine également la nouvelle date retenue pour le transfert de compétences et de responsabilités au directeur de l'établissement support du groupement.

Jusqu'alors l'article R.6132-16, I du code de la santé publique dressait une liste exhaustive des missions de la fonction achats intégrant notamment l'approvisionnement ce qui avait donné lieu à de nombreuses interrogations et commentaires, notamment dans nos colonnes. Désormais, dans une version beaucoup plus générale, restreignant l'étendue de cette fonction, il dispose que « *l'établissement support est*

chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ». L'exécution des marchés reste donc assurée par les établissements parties, l'établissement support étant simplement chargé de leur mise en place et de la passation. Cette mesure de clarification et simplification ne peut qu'être saluée au regard de la complexité que posait la rédaction précédente.

La permanence et la continuité des soins ³ telles que comprises dans le projet médical partagé sont également précisées. En effet, le texte ajoute que sont concernées, « *la permanence et la continuité des soins définies par le schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins organisé et coordonné au niveau du GHT en cohérence avec le volet régional de la permanence des soins mentionné à l'article R.6111-14* ».

Concernant les nominations des agents, le décret prévoit que « *les agents qui assurent les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3⁴ sont nommés dans leurs fonctions, pour le compte des établissements parties, par le directeur de l'établissement support selon l'organisation et le fonctionnement du groupement prévus par la convention constitutive du groupement* ».

La délégation de signature est désormais rendue possible : le décret autorise le directeur de l'établissement support à déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition pour assurer les différentes activités, fonctions et missions du groupement. A noter que le texte ne précise pas l'existence ou non d'un lien hiérarchique permettant aisément une mise à disposition statutaire⁵.

De plus, ce décret met en exergue certains pouvoirs accordés en sus au directeur de l'établissement support, lorsque la convention constitutive du GHT le prévoit :

- signer les conventions d'association avec les hôpitaux des armées, lorsqu'elles existent,
- signer les conventions d'association avec les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, lorsqu'elles existent,
- signer les conventions de partenariat avec les établissements partenaires⁶.

Enfin s'agissant des postes de praticiens hospitaliers à temps plein, le décret complète l'article R. 6152-7-1 du Code de la santé publique qui énumère les situations dans lesquelles une personne peut être nommée praticien hospitalier. Il incombe désormais au directeur de chaque établissement partie au groupement d'organiser la publicité des postes, ainsi que des profils correspondants, résultant du projet médical partagé initial ou de son actualisation. Il lui revient également d'en informer le président du comité stratégique et le président du collège médical ou de la commission médicale de groupement. Les candidatures à ces postes sont ouvertes aux praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel nommés dans un établissement partie au groupement.

Dans les cas où tous les postes ne seraient pas pourvus, pour les praticiens exerçant à temps plein, le

directeur de l'établissement partie transmet au directeur général de l'agence régionale de santé, pour proposition au directeur général du centre national de gestion, les demandes de publication de postes à venir au prochain tour de recrutement.

Pour les praticiens hospitaliers à temps partiels, la procédure est identique. Le directeur de chaque établissement partie organise la publicité de ces postes, et des profils correspondants, au sein des établissements parties au groupement. Là encore, dans les cas où un ou plusieurs postes restent à pourvoir, le directeur de l'établissement transmet au directeur général de l'agence régionale de santé pour proposition au directeur général du centre national de gestion, les demandes de postes à intervenir au prochain tour de recrutement.

Enfin, comme cela était attendu, le transfert des compétences nécessaires à la mise en œuvre des fonctions mutualisées, à savoir la gestion d'un système d'information hospitalier convergent, la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, la fonction achats et la coordination des instituts et des écoles de formation, est repoussé au 1er janvier 2018⁷.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=9FF04B20DB8A92F74E0FAF54C8D46106.tpdila13v_3?cidTexte=JORFTEXT000034566831&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000034565867

Le régime issu de ce décret du 2 mai 2017 a été précisé par l'instruction interministérielle n°DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai relative à l'organisation des GHT. Cette dernière rappelle que dans le pilotage de la mise en œuvre des activités, fonctions et missions dévolues à l'établissement support, déléguées ou organisées en commun, l'article L.6143-7 du Code de la santé publique a transféré au directeur de l'établissement support les compétences dont disposent les directeurs de chacun des établissements :

- la conduite de la politique générale à mener,
- la représentation légale dans les actes de la vie civile et en justice,
- l'exercice d'un pouvoir de nomination,
- l'exercice de l'autorité sur l'ensemble du personnel,
- l'ordonnancement des dépenses et des recettes,
- le pouvoir de transiger et de déléguer sa signature.

La circulaire précise le cadre juridique applicable aux nouveaux modèles organisationnels définis par le directeur de l'établissement support. Ces modèles organisationnels peuvent être différents d'un GHT à un autre en fonction de leur activité, de leur taille notamment et pourront donc revêtir plusieurs combinaisons possibles :

- l'évolution « métier » : elle vise les agents concernés par une évolution de leurs fonctions et surtout de leurs missions et de leurs activités. Cette évolution relève du directeur de l'établissement sup-

port qui dispose, comme vu précédemment, d'un pouvoir de nomination dans leurs fonctions des agents qui assurent les activités, fonctions et missions prévues à l'article L.6132-3. Ce pouvoir de nomination renforce les prérogatives du directeur de l'établissement support puisqu'il lui revient, en collaboration avec les directeurs et les équipes de direction des établissements parties, de définir la nouvelle répartition des missions et activités au sein du GHT ainsi que les agents concernés. Cette évolution « métier » est donc l'expression du transfert d'un pouvoir de nomination dans les fonctions au directeur de l'établissement support tout en sachant que la qualité d'autorité investie du pouvoir de nomination reste une prérogative du directeur de l'établissement d'origine de l'agent.

- Déplacements au sein du GHT : afin d'encadrer au mieux les déplacements des agents sur le site du groupement, un ordre de mission signé par le directeur de l'établissement au sein duquel l'agent occupe habituellement son emploi sera nécessaire. Ce temps de déplacement est comptabilisé dans le temps de travail de l'agent.

- Changement de situation administrative : celle-ci peut prendre la forme soit d'une mise à disposition auprès de l'établissement support, le directeur de l'établissement d'origine restant l'autorité investie du pouvoir de nomination, soit d'un changement d'établissement vers l'établissement support et dans ce cas-là le directeur de l'établissement d'accueil devient l'autorité investie du pouvoir de nomination⁸.

- Le schéma des mobilités⁹ : la circulaire recommande de formaliser les évolutions « métier », les déplacements au sein du GHT et les changements de situation administrative dans un « schéma des mobilités » et ce dans un souci de facilitation de la présentation des réorganisations aux instances des établissements parties ainsi qu'à la conférence territoriale de dialogue social. Ce schéma est donc un instrument de clarté et de meilleure visibilité pour les établissements du groupement afin de ne pas perdre le suivi des réorganisations induites par la mise en place des GHT. Il pourra être élaboré par le directeur de l'établissement support en collaboration avec les directeurs et les équipes de direction des établissements parties. La circulaire recommande d'arrêter ce schéma à l'automne 2017, le transfert de compétences au directeur de l'établissement support s'opérant au plus tard à compter du 1er janvier 2018.

Rappelons que le décret du 2 mai 2017 autorise le directeur de l'établissement support à déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition pour assurer les activités, fonctions et missions relevant de l'article L.6132-3 du Code de la santé publique, sans pour autant préciser jusqu'alors la nature et la mise en œuvre de cette délégation.

La circulaire apporte donc quelques précisions sur la signature et l'exécution des actes juridiques pour le compte de l'établissement support. Les agents concernés doivent notamment être préalablement placés sous l'autorité du directeur de l'établissement support du groupement soit dans le cadre d'un changement d'établissement soit dans le cadre d'une mise à disposition statutaire. Dans ces cas de figure, il est alors possible d'octroyer à l'agent concerné une délégation de signature¹⁰.

Concernant la fonction achat, là encore des précisions sont apportées par la circulaire. En effet, le dé-

cret du 2 mai 2017 prévoit que « *l'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics* », l'exécution des marchés étant donc assurée par les établissements parties, l'établissement support étant quant à lui chargé de leur mise en place et de la passation.

La circulaire précise alors plusieurs aspects de cette fonction achats et notamment les modalités de répartition des compétences entre l'établissement support et l'établissement partie au GHT, mais aussi les achats concernés par la nouvelle procédure de passation des marchés publics, le recours à des groupements de commandes et des centrales d'achats et enfin le périmètre de cette fonction et l'organisation mutualisée de certaines activités et fonctions :

- Répartition des compétences entre l'établissement support et l'établissement partie au groupement : la circulaire précise que chaque établissement partie demeure compétent pour arrêter sa stratégie d'investissement pour ce qui concerne l'identification et l'opportunité des besoins. Il conviendra alors pour chaque établissement public de santé partie à s'attacher à bien distinguer ce qui relève de la stratégie achat et de la stratégie investissement. Les opérations d'investissement seront à inscrire dans l'Etat Prévisionnel de Recettes et de Dépenses et le Plan Global de Financement Pluriannuel de chaque établissement partie au groupement.

- Achats concernés par la nouvelle procédure de passation des marchés publics : sont donc concernés, tous les achats entrant dans la définition juridique des marchés publics et accords-cadres¹¹ figurant dans l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015. Dans un souci de simplification de la gestion de certains achats, la circulaire recommande aux établissements parties de mettre en place une organisation fondée sur la désignation d'un responsable achat bénéficiant d'une délégation de signature du directeur de l'établissement support au sein de chaque établissement partie.

- Groupements de commandes et centrales d'achats : la convention constitutive de groupement de commandes confie au coordonnateur le soin d'assurer, au nom et pour le compte des autres établissements, la passation du marché ainsi que certaines missions liées à l'exécution. Du moment où l'établissement support devient compétent pour cette étape de passation des marchés¹², il devient compétent pour décider et mettre en œuvre le recours à un groupement de commandes. Il est ainsi habilité, pour le compte de chaque établissement partie au groupement, à signer des conventions constitutives de groupement de commande, signer des avenants à ces conventions et dénoncer ces dernières. La circulaire précise également que ce dispositif légal de transfert de compétences équivaut à conférer à l'établissement support des facultés analogues à celles des formules d'achats groupés ou centralisés prévus par l'ordonnance de juillet 2015. De ce fait, il n'est pas nécessaire de doter aussi le GHT d'une formule d'achat groupé ou centralisé.

- Périmètre de la fonction achats et organisation mutualisée de certaines activités et fonctions : ce

nouveau périmètre de la fonction achat ne remet pas pour autant en cause les choix d'organisation préexistants à la constitution des groupements pour les prestations logistiques comme la restauration, la blanchisserie. Ces mutualisations ont donc vocation à perdurer.

La circulaire explicite enfin certains pouvoirs accordés au directeur de l'établissement support et prévus par le décret du 2 mai 2017. Ainsi, s'agissant des différents partenariats pouvant être conclus avec les hôpitaux des armées ou encore avec les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, la circulaire recommande de formaliser ces formes d'association par une convention signée par le directeur de l'établissement support si la convention constitutive du groupement le prévoit. Il en va de même pour la convention de partenariat avec les établissements privés, convention pouvant être signée avec un ou plusieurs établissements partenaires.

En pleine phase de mise en place et de déploiement des GHT, ces deux textes apportent alors des précisions indispensables très attendues par les acteurs de terrain et les professionnels de santé œuvrant dans cette réorganisation de l'hospitalisation publique.

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/05/cir_42177.pdf

ETABLISSEMENTS

HAD : zoom sur les conditions de fonctionnement

Le décret n°2017-817 du 5 mai 2017 modifie les conditions techniques de fonctionnement des établissements et structures d'hospitalisation à domicile (HAD) afin de tenir compte des évolutions de l'organisation du système de santé français.

Dans la continuité des dispositions renforçant la place du médecin traitant comme acteur incontournable de la prise en charge d'un patient, le décret ajoute que « *le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, donne son accord à la prise en charge. Il est le référent médical du patient pendant le séjour* ». Son aval à la mise en place d'une prise en charge de HAD est donc désormais incontournable.

Le nouvel article D.6124-306 du Code de la santé publique encadre de plus près l'organisation et les missions des établissements de HAD ; il précise que « *l'organisation générale, le personnel, la nature et la localisation des locaux ainsi que l'équipement des établissements d'hospitalisation à domicile doivent être adaptés au volume d'activité et à la nature des prises en charge de l'établissement, telles qu'elles sont définies par son projet médical, et lui permettre d'assurer ses missions sur l'intégralité de l'aire géographique mentionnée au dernier alinéa de l'article R.6121-4-1* », précision qui n'apparaissait pas dans la rédaction antérieure de cet article. Cette dernière traduit alors une volonté de répondre au mieux aux besoins des patients et au meilleur déroulement possible de leur prise en charge en facilitant

le déploiement l'accès aux établissements de HAD, couvrant ainsi une aire géographique définie.

De son côté, la rédaction de l'article L.6124-308 est clarifiée et simplifiée sous le prisme de la notion d'équipe pluri-professionnelle permettant de dresser une liste des personnes la composant et œuvrant pour la prise en charge des patients bénéficiant d'une HAD ; elle réaffirme également le rôle et les missions du médecin coordonnateur et simplifie la situation de ces personnels. Cet article dispose en effet que *« la coordination des prises en charge est assurée, sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins coordonnateurs, par une équipe pluri-professionnelle, comportant au moins :*

- *un infirmier,*
- *un assistant social à temps partiel.*

La possibilité de recours aux compétences d'un psychologue doit être organisée. Cette coordination est réalisée en lien avec les structures et professionnels de santé intervenant en amont et en aval du séjour en HAD. Le médecin coordonnateur organise le fonctionnement médical de l'établissement, conformément à son projet médical. Il veille notamment à l'adéquation et à la continuité des prestations fournies aux patients et à la bonne transmission des dossiers médicaux nécessaires à la continuité des soins ». Il ajoute enfin que *« ces personnels sont salariés de l'établissement ou salariés d'une personne morale ayant conclu une convention avec cet établissement ».*

L'article D.6124-309 du Code de la santé publique est très largement complété en prenant notamment en considération la place du médecin traitant et son rôle dans la mission de continuité des soins de l'établissement de HAD ou encore dans l'organisation de la prise en charge du patient. Il précise que *« lorsque le médecin traitant, ou à défaut le médecin désigné par le patient, ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer par une intervention au domicile, un conseil téléphonique ou une télé-prescription, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut intervenir en ses lieu et place, y compris en matière de prescription et le tient informé ».* Concernant l'organisation de la continuité des soins, l'article dispose que *« en considération de la nature et du volume de son activité ainsi que de son projet médical, l'établissement de HAD propose au directeur général de l'Agence Régionale de Santé une organisation adaptée à la continuité des soins. Cette organisation prévoit au maximum, à tout moment, une capacité d'intervention infirmière à domicile et la possibilité de recours à un avis médical, en interne ou en externe, pour l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement ».* Il prévoit enfin que la coopération avec le dispositif des soins ambulatoires devra faire l'objet d'une procédure formalisée. Une organisation continue des soins est alors privilégiée et renforcée pour appréhender la meilleure prise en charge possible des patients, le tout sous le contrôle du directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

L'article D.6124-310 insiste pour sa part sur le respect du règlement intérieur de chaque établissement de HAD et prévoit explicitement, contrairement à l'ancienne rédaction, que *« tous les membres de l'équipe de soins sont tenus de respecter le règlement intérieur ».*

Enfin, le nouvel article D.6124-311 toilette les dispositions relatives à la convention entre l'établissement

de HAD et l'établissement d'hébergement devant être conclue préalablement à la première intervention de l'établissement HAD.

Si la composition de cette convention n'a pas changé, le nouveau texte prévoit qu'une copie de l'autorisation devra être annexée à la convention et précise les conditions de transmission de cette dernière. La convention est en effet transmise pour information l'Agence Régionale de Santé et à l'organisme local d'assurance maladie compétents ; elle est également tenue à la disposition des autorités qui en font la demande.

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C65769FEE6D627612197D888E13E523E.tp-dila15v_2?cidTexte=JORFTEXT000034602670&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&id-JO=JORFCONT000034600547

Hôpitaux de proximité : mise en adéquation des règles

Suite à la publication du décret n°2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation modifiant notamment les modalités de financement des hôpitaux de proximité, l'arrêté du 4 mai 2017 modifie l'arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et aux versement des ressources des hôpitaux de proximité dans un souci de se conformer à ces nouvelles dispositions.

C'est ainsi que cet arrêté modifie les références textuelles au sein des articles du Code de la sécurité sociale en fonction de leur nouvelle numérotation telle qu'issue du décret du 6 avril. En outre, il prévoit que pour le calcul de la dotation forfaitaire annuelle garantie, la fraction mentionnée au nouvel article R.162-33-21 du Code de la sécurité sociale est désormais de 70% et non plus 80%.

Il modifie également certains montants figurant dans l'arrêté du directeur général de l'Agence Régionale de Santé fixant le montant des ressources versées à chaque établissement. En effet, il précise que sont concernés :

- les forfaits « administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier (APE et AP2)¹³ ,
- les forfaits « prestations intermédiaires » (PI).

Toujours dans cet arrêté, est également désormais prise en compte la part des médicaments mentionnés à l'article L.162-22-7-3 du Code de la sécurité sociale¹⁴ .

Enfin, l'une des conditions de versement¹⁵ du montant ci-dessus est complétée : l'arrêté prévoit en effet que « *lorsque le montant de ce solde est négatif, il peut venir minorer le montant du versement mentionné au 1° et réalisé pour le même mois ou le montant des versements effectués en application de l'article 7 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé pour le même mois ou les mois suivant* ».

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C65769FEE6D627612197D888E13E523E.tp-dila15v_2?cidTexte=JORFTEXT000034602692&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&id-

PUI : modifications des conditions d'exercice et de remplacement

Est paru au Journal officiel du 10 mai dernier, un décret attendu par la profession après les dernières dispositions très critiquées relatives à l'exercice des pharmaciens en PUI. Ce décret n°2017-883 du 9 mai 2017 modifiant les conditions d'exercice et de remplacement au sein des PUI et les modalités d'organisation du développement professionnel continu des professions de santé transpose également, pour les PUI, la directive 2013/55/UE modifiant la directive 2005/36/CE relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Tout d'abord ce texte modifie les conditions d'exercice des pharmaciens non titulaires du diplôme d'études spécialisées au sein d'une PUI et étend la période au cours de laquelle ces pharmaciens peuvent exercer dans ces structures.

Depuis le décret n°2015-9 du 7 janvier 2015, il était prévu que pouvait exercer dans une PUI, le pharmacien qui :

- à la date du 1er septembre 2016, exerce au sein d'une PUI, soit à temps plein soit à temps partiel, depuis une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années,
- après le 1er septembre 2016 et jusqu'au 1er septembre 2024, reprend un exercice au sein d'une PUI et justifie, à la date de la reprise, d'un exercice au sein d'une PUI, soit à temps plein soit à temps partiel, d'une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années.

Le nouveau décret modifie ces dispositions et dispose que « *peut également exercer au sein d'une PUI, le pharmacien qui :*

- *à la date du 1er juin 2017, justifie d'un exercice au sein d'une PUI, soit à temps plein soit à temps partiel, d'une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années,*
- *après le 1er juillet 2017 et jusqu'au 1er juin 2025, reprend un exercice au sein d'une PUI et justifie, à la date de la reprise, d'un exercice au sein d'une PUI, soit à temps plein soit à temps partiel, d'une durée équivalente à deux ans à temps plein sur la période des dix dernières années ».*

Ce texte ajoute que les périodes de fonction en PUI en qualité de faisant fonction d'interne, d'attaché associé, de praticien attaché associé ou d'assistant associé sont également prises en compte au titre de la durée minimale d'exercice de deux ans citée ci-dessus.

Peuvent aussi être autorisés à exercer la profession de pharmacien au sein d'une PUI, les ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et non plus les ressortissants de la Confédération suisse comme cela était possible jusqu'alors. Cette autorisation ne pourra être délivrée qu'aux personnes titulaires :

- « *de titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, et requis par l'autorité compétente de ces Etats, membres ou parties, qui règlementent l'accès à cette profession au sein d'une structure équivalente à une PUI ou son exercice, et permettant d'exercer légalement ces*

fonctions dans ces Etats,

- *Ou, lorsque les intéressés ont exercé dans un ou plusieurs Etats, membres ou parties, qui ne règlementent ni la formation, ni l'accès à cette profession au sein d'une structure équivalente à une PUI ou son exercice, de titres de formation délivrés par un ou plusieurs Etats, membres ou parties, attestant de la préparation à l'exercice de la profession de pharmacien au sein d'une structure équivalente à une PUI, accompagnés d'une attestation justifiant, dans cas Etats, de son exercice à temps plein pendant un an ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente au cours des dix dernières années,*
- *Ou d'un titre de formation délivré par un Etat tiers et reconnu dans un Etat membre ou partie, autre que la France, et requis par l'autorité compétente d'un Etat, membre ou partie, qui règlemente l'accès à la profession de pharmacien au sein d'une structure équivalente à une PUI ou son exercice, et permettant d'y exercer légalement cette activité professionnelle. L'intéressé justifie l'avoir exercée pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente dans cet Etat, membre ou partie ».*

Grande nouveauté prévue par ce décret, le remplacement du pharmacien gérant d'une PUI peut désormais être assuré par les internes en pharmacie et par les internes et pharmaciens assistants des hôpitaux des armées. Ce remplacement est conditionné par la signature d'une convention d'assistance entre l'établissement auquel est rattachée la PUI dans lequel le remplacement est effectué et un établissement dans lequel la gérance de la PUI est assurée, pendant la durée du remplacement, par un pharmacien. Le texte règlemente en outre la durée maximale de ce remplacement et prévoit qu'elle peut être de quatre mois par an, dans la limite d'un mois par remplacement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la défense devra fixer le contenu de cette convention.

Enfin, le décret expose les dispositions transitoires et prévoit que les pharmaciens en exercice dans une PUI avant le 31 décembre 2015 et ne remplissant pas les conditions mentionnées ci-dessus (c'est-à-dire ne remplissant ni les conditions de diplôme, ni celle d'ancienneté d'exercice) peuvent présenter jusqu'au 31 décembre 2017, un dossier en vue d'obtenir une autorisation d'exercer en PUI. Ces dossiers seront examinés par une commission dont la composition et les modalités de fonctionnement seront définies par arrêté du ministre chargé de la santé. Le secrétariat de cette commission est assuré par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens et il revient à ladite commission d'émettre un avis sur le dossier.

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034634167&categorieLien=id>

1 « En cas d'incapacité pour cause de maladie, la rémunération complémentaire est forfaitaire. Elle est égale à la moitié de la différence entre les montants correspondant respectivement au plafond et au seuil minimal d'activité mentionnés à l'article R. 1435-9-11.

La rémunération complémentaire ainsi calculée est versée à compter du mois au cours duquel intervient le huitième jour de l'arrêt de travail. Elle est due chaque mois civil, dans la limite de trois mois par arrêt de travail ».

2 Article L.1434-4, 1° du Code de la santé publique

3 Nouvel article R.6132-3, I-4° du Code de la santé publique

4 Article L.6132-3, I du Code de la santé publique : « I. L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

3° La fonction achats ;

4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

II. L'établissement support du groupement hospitalier de territoire peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

III. Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

IV. Les centres hospitaliers universitaires mentionnés au second alinéa de l'article L. 6141-2 coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;

2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;

3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;

4° Les missions de référence et de recours ».

5 Nous verrons ci-après que des précisions sont apportées par l'instruction du 4 mai 2017 relative à l'organisation des GHT.

6 Après signature, ces conventions de partenariat sont transmises, pour information, au directeur général de l'agence régionale de santé compétent.

7 Sauf si une date antérieure a été prévue à cet effet par la convention constitutive de ce groupement.

8 Les modalités de changement de situation administratives ne seront pas les mêmes pour les personnels non médicaux titulaires de la fonction publique (mise à disposition ou changement d'établissement), pour les personnels non médicaux contractuels (mise à disposition ou transfert des contrats) et pour les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques (exercice partagé, mise à disposition, changement d'établissement).

9 Ce schéma des mobilités peut notamment comporter : la forme de la mobilité, les catégories d'agents concernés, les interlocuteurs des agents concernés pour toutes les questions relatives à l'évolution « métier », aux déplacements et aux changements de situation administrative, les projets de service et les fiches/profils de poste, les modalités de recueil de l'accord des agents, le calendrier de mise en œuvre ou encore les accompagnements proposés.

10 Cette délégation de signature doit être accordée conformément aux dispositions énoncées par les articles L.6143-7, R.6143-38 et D.6143-33 à 35 du Code de la santé publique : délégation possible sous la responsabilité du directeur de l'établissement support, cette dernière devant comporter une série de mentions et ne pouvant entrer en vigueur que si elle a été publiée et notifiée à la personne concernée.

11 C'est-à-dire toute convention passée entre un pouvoir adjudicateur et un opérateur économique pour répondre aux besoins du pouvoir adjudicateur en matière de travaux, de fournitures ou de services, caractérisée par un caractère onéreux, quelle que soit la valeur estimée du besoin.

12 A compter du 1er janvier 2018 ou avant si la convention constitutive du GHT le prévoit.

13 Contre seulement le forfait APE dans l'ancienne rédaction de l'arrêté.

14 « Les médicaments mentionnés aux articles L.5121-12 du Code de la santé publique et L.162-16-5-2 du présent code administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoire d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L.162-22-6 ».

15 « Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié en application du I de l'article 4 diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° du présent article ».