



Ministère des affaires sociales et de la santé
Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social
Ministère des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

**CONCOURS EXTERNE POUR LE RECRUTEMENT
D'INSPECTEURS DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE
DES 2, 3 ET 4 AVRIL 2013**

MERCREDI 3 AVRIL 2013

13 h 00 à 17 h 00 (horaire de métropole)

2ème épreuve écrite d'admissibilité : durée 4 heures – coefficient 4

Rédaction d'une note de synthèse à partir d'un dossier remis au candidat.

**IMPORTANT : dès la remise des sujets, les candidats sont priés de vérifier
la numérotation et le nombre de pages qui s'élève à 50.**

SUJET

A l'aide du dossier documentaire ci-joint, vous rédigez une note de synthèse présentant le rôle et les actions des pouvoirs publics et des établissements en matière de droit des usagers.

DOCUMENTS JOINTS

PAGES

Document n° 1

- Extraits de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - titre II : démocratie sanitaire..... 1 à 6

Document n° 2

- Extrait de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - titre IV : organisation territoriale du système de santé..... 7 à 17

Document n° 3

- Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie..... 18 à 26

Document n° 4

- Décret n° 2010 -347 du 31 mas 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire..... 27 à 30

Document n° 5

- Extraits du code de l'action sociale et des familles : section 2 : droits des usagers 31 à 33

Document n° 6

- Extraits du code de la santé publique - chapitre II - section III : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge..... 34 à 38

Document n° 7

- Le pôle santé sécurité soins du médiateur de la République 39 à 43

Document n° 8

- La place des usagers, une question centrale depuis la loi de 2002-2 Lien social - février 2013 44 à 48

Document n° 9

- Marisol Touraine prend 13 mesures pour rétablir la confiance à l'hôpital - APM International - lundi 4 mars 2013..... 49 et 50

JORF du 5 mars 2002

EXTRAITS

LOI

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

NOR: MESX0100092L

TITRE II : DÉMOCRATIE SANITAIRE

Chapitre Ier : Droits de la personne

Article 3

Dans le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

« Chapitre préliminaire

« Droits de la personne

« Art. L. 1110-1. - Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

« Art. L. 1110-2. - La personne malade a droit au respect de sa dignité.

« Art. L. 1110-3. - Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

« Art. L. 1110-4. - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre

professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 EUR d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

« Art. L. 1110-5. - Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

« Les dispositions du premier alinéa s'appliquent sans préjudice de l'obligation de sécurité à laquelle est tenu tout fournisseur de produit de santé, ni des dispositions du titre II du livre Ier de la première partie du présent code.

« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.

« Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort.

« Art. L. 1110-6. - Dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent, les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein des établissements de santé.

« Art. L. 1110-7. - L'évaluation prévue à l'article L. 6113-2 et l'accréditation prévue à l'article L. 6113-3 prennent en compte les mesures prises par les établissements de santé pour assurer le respect des droits des personnes malades et les résultats obtenus à cet égard. Les établissements de santé rendent compte de ces actions et de leurs résultats dans le cadre des transmissions d'informations aux agences régionales de l'hospitalisation prévues au premier alinéa de l'article L. 6113-8. »

danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

« Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

« Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

« L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

« Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

« Art. L. 1111-5. - Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en oeuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix.

« Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

« Art. L. 1111-6. - Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

« Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues à l'alinéa précédent. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le malade n'en dispose autrement.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée. Toutefois, le juge des tutelles peut, dans cette hypothèse, soit confirmer la mission de la personne de confiance antérieurement désignée, soit révoquer la désignation de celle-ci.

« Art. L. 1111-7. - Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

« Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne

et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

« La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

« A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

« Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

« En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

« La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

« Art. L. 1111-8. - Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.

« Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. Lorsque cet hébergement est à l'initiative d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, le contrat prévoit que l'hébergement des données, les modalités d'accès à celles-ci et leurs modalités de transmission sont subordonnées à l'accord de la personne concernée.

« Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé ainsi que du conseil des professions paramédicales. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des données traitées en application de l'article 29 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

« L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément.

« Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

« Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés dans le contrat prévu au deuxième alinéa.

« Lorsqu'il est mis fin à l'hébergement, l'hébergeur restitue les données qui lui ont été confiées, sans en garder de copie, au professionnel, à l'établissement ou à la personne concernée ayant contracté avec lui.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et les personnes placées sous leur autorité qui ont accès aux données déposées sont astreintes au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

« Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.

« Art. L. 1111-9. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent chapitre. Les modalités d'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, font l'objet de recommandations de bonnes pratiques établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Article 16

Le deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans chaque établissement de santé, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

« Elle est consultée sur la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil et la prise en charge, elle fait des propositions en ce domaine et elle est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. A cette fin, elle peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. Les membres de la commission sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

« Le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Ce rapport et les conclusions du débat sont transmis à l'agence régionale de l'hospitalisation et au conseil régional de santé.

« La composition et les modalités de fonctionnement de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont fixées par voie réglementaire. »

Article 17

Après l'article L. 1112-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1112-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 1112-5. - Les établissements de santé facilitent l'intervention des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, à sa demande ou avec son accord, ou développer des activités au sein de l'établissement, dans le respect des règles de fonctionnement de l'établissement et des activités médicales et paramédicales et sous réserve des dispositions prévues à l'article L. 1110-11.

« Les associations qui organisent l'intervention des bénévoles dans des établissements de santé publics ou privés doivent conclure avec les établissements concernés une convention qui détermine les modalités de cette intervention. »

Chapitre III : Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

Article 20

I. - Le titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Participation des usagers au fonctionnement du système de santé

« Art. L. 1114-1. - Les associations, régulièrement déclarées, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades peuvent faire l'objet d'un agrément par l'autorité administrative compétente soit au niveau régional, soit au niveau national. L'agrément est notamment subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit, à sa représentativité et à son indépendance. Les conditions d'agrément et du retrait de l'agrément sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« Seules les associations agréées peuvent représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique.

« Les représentants des usagers dans les instances mentionnées ci-dessus ont droit à une formation leur facilitant l'exercice de ce mandat.

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1)

EXTRAITS

TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Article 118

Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un titre III ainsi rédigé :

TITRE III

AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Chapitre Ier

Missions et compétences des agences régionales de santé

« Art.L. 1431-1.-Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

« — des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1 du présent code ;

« — des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles L. 116-1 et L. 116-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« — des principes fondamentaux affirmés à l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale.

« Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

« Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1 du présent code ainsi qu'aux articles L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles et L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

Art. L. 1431-2.-Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

« 1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles L. 1411-1-1 et L. 1411-2, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

« A ce titre :

« a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;

« b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;

« c) Sans préjudice de l'article L. 1435-1, elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article L. 1421-4, en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article L. 1434-1 et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;

« d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

« 2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

« A ce titre :

« a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé ;

« b) Elles autorisent la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et à l'article L. 314-3-3 du même code ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ;

« c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité ;

« d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;

« e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« f) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;

« g) Dans les conditions prévues à l'article L. 1434-14, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;

« h) En relation avec les directions régionales des affaires culturelles mais aussi avec les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel.

Art. L. 1431-3.-Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

Art. L. 1431-4.-Les modalités d'application du présent titre sont déterminées par un décret en Conseil d'Etat, sauf disposition contraire.

Chapitre 2

Organisation et fonctionnement des agences régionales de santé

« Section 1

« Organisation des agences

Art. L. 1432-1.-Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

« — dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

« — dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

« Les agences régionales de santé mettent en place des délégations territoriales dans les départements.

« Sous-section 1

« Directeur général

« Art. L. 1432-2.-Le directeur général de l'agence régionale de santé exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 1431-2 qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Au moins deux fois par an, il rend compte au conseil de surveillance, dont une fois après la clôture de chaque exercice, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et de la gestion de l'agence. Cette communication est rendue publique.

« Au moins une fois par an, il rend compte à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et l'informe des suites qui ont été données à ses avis. Cette communication est rendue publique.

« Il prépare et exécute, en tant qu'ordonnateur, le budget de l'agence. Il arrête le compte financier.

« Il arrête le projet régional de santé mentionné à l'article L. 1434-1.

« Il conclut avec les collectivités territoriales, pour le compte de l'Etat, les conventions prévues aux articles L. 1423-2, L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 et procède à l'habilitation des organismes mentionnés aux articles L. 3111-11, L. 3112-3 et L. 3121-1 ; l'agence verse aux organismes et collectivités concernés les subventions afférentes, sous réserve de l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

« Le directeur général délivre les autorisations mentionnées au chapitre II du titre II du livre Ier de la sixième partie du présent code, ainsi que la licence mentionnée à l'article L. 5125-4.

« Il peut recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Il désigne la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé, à l'exception des établissements mentionnés aux articles L. 6147-1 et L. 6141-5.

« Il peut ester en justice. Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il peut déléguer sa signature.

« Sous-section 2

« Conseil de surveillance

« Art. L. 1432-3.-I. — Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est composé :

- « 1° De représentants de l'Etat ;
 - « 2° De membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel au sens de l'article L. 2122-9 du code du travail ;
 - « 3° De représentants des collectivités territoriales ;
 - « 4° De représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi qu'au moins d'une personnalité choisie à raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence.
 - « Des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix.
 - « Des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative.
 - « Le conseil de surveillance est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.
- [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009.]
- « Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général ; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.
 - « Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence.
 - « Il approuve le compte financier.
 - « Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie relatives à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'agence régionale de santé concernée.
 - « Il lui transmet également un rapport sur la situation financière des établissements publics de santé placés sous administration provisoire.
- « II. — Nul ne peut être membre du conseil de surveillance :
- « 1° A plus d'un titre ;
 - « 2° S'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L. 5 et L. 6 du code électoral ;
 - « 3° S'il est salarié de l'agence ;
 - « 4° S'il a, personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, des liens ou intérêts directs ou indirects dans une personne morale relevant de la compétence de l'agence ;
 - « 5° S'il exerce des responsabilités dans une entreprise qui bénéficie d'un concours financier de la part de l'agence ou qui participe à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;
 - « 6° S'il perçoit, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part de l'agence.
- « Toutefois, l'incompatibilité visée au 3° du présent II ne peut être opposée aux personnes mentionnées au septième alinéa du I siégeant au conseil de surveillance avec voix consultative.
- « Les incompatibilités visées au 4° du présent II ne sont pas opposables aux représentants des usagers.
- « III. — Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« *Sous-section 3*

« *Conférence régionale de la santé et de l'autonomie*

« Art. L. 1432-4.-La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment

représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conférences de territoire, les organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

« L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elle émet un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge.

« Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

« Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Section 2

Régime financier des agences

« Art. L. 1432-5.-Le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre. Il est exécutoire dans un délai de quinze jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux.

« Art. L. 1432-6.-Les ressources de l'agence sont constituées par :

« 1° Une subvention de l'Etat ;

« 2° Des contributions des régimes d'assurance maladie ;

« 3° Des contributions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs ;

« 5° Sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

« Les contributions prévues aux 2° et 3° sont déterminées par la loi de financement de la sécurité sociale.

« Art. L. 1432-7.-L'agence est dotée d'un comptable public.

« Art. L. 1432-8.-L'Etat peut passer pour le compte des agences régionales de santé des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par l'Etat ou les agences régionales de santé.

Section 3

Personnel des agences

« Art. L. 1432-9.-Le personnel de l'agence comprend :

« 1° Des fonctionnaires ;

« 2° Des personnels mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 ;

« 3° Des agents contractuels de droit public ;

« 4° Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Le directeur de l'agence a autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence. Il gère les personnels mentionnés aux 3° et 4°. Il est associé à la gestion des personnels mentionnés aux 1° et 2°.

« Les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence.

« Art. L. 1432-10.-Les emplois de direction des agences régionales de santé ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraite lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires.

« Art. L. 1432-11.-Il est institué dans chaque agence régionale de santé un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence.

« Le comité d'agence est institué dans les conditions prévues à l'article 15 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat. Toutefois, les modalités de consultation des personnels prévues au second alinéa du même article peuvent faire l'objet d'adaptations pour permettre la représentation des personnels de droit privé de l'agence. Le comité d'agence exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 2323-1 à L. 2323-87 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat en application de l'article L. 2321-1 du même code. Il est doté de la personnalité civile et gère son patrimoine.

« Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est institué dans les conditions prévues à l'article 16 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée. Il exerce en outre les compétences prévues aux articles L. 4612-1 à L. 4612-18 du code du travail, sous réserve des adaptations prévues par décret en Conseil d'Etat en application de l'article L. 4111-2 du même code.

« Les dispositions du chapitre III du titre IV du livre Ier de la deuxième partie du même code sont applicables à l'ensemble des personnels de l'agence régionale de santé. Les délégués syndicaux sont désignés par chaque syndicat représentatif qui constitue une section syndicale dans l'agence régionale de santé pour le représenter auprès de l'employeur.

« Chaque syndicat qui constitue, conformément à l'article L. 2142-1 du même code, une section syndicale au sein de l'agence peut, s'il n'est pas représentatif dans l'agence, désigner un représentant de la section pour le représenter au sein de l'agence.

« Les membres des instances visées aux alinéas précédents, les délégués du personnel, délégués syndicaux et les représentants des sections syndicales bénéficient de la protection prévue par leurs statuts respectifs et, pour ce qui concerne les salariés placés sous le régime des conventions collectives, du livre IV de la deuxième partie du même code.

« Art. L. 1432-12.-Les modalités d'application de la présente section, notamment les mesures d'adaptation prévues à l'article L. 1432-11, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

chapitre III

coordination des agences régionales de santé

« Art. L. 1433-1.-Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

« Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

- « Il valide toutes les instructions qui leur sont données. Il conduit l'animation du réseau des agences.
- « Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux.
- « Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article L. 1411-1.
- « Art. L. 1433-2.-Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées signent avec le directeur général de chaque agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence.
- « Le contrat est conclu pour une durée de quatre ans. Il est révisable chaque année.
- « Art. L. 1433-3.-Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret.

CHAPITRE IV :

PLANIFICATION REGIONALE DE LA POLITIQUE DE SANTE

«Section 1

«Projet régional de santé

- « Art. L. 1434-1.-Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.
- « Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé et se conforme aux dispositions financières prévues par les lois de finances et les lois de financement de la sécurité sociale.
- « Art. L. 1434-2.-Le projet régional de santé est constitué :
- « 1° D'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ;
- « 2° De schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;
- « 3° De programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif au développement de la télémédecine. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé tels que définis à l'article L. 1434-17.
- « Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Article L1434-3 - Modifié par LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 36

Le projet régional de santé fait l'objet, avant son adoption, d'une publication sous forme électronique. La conférence régionale de la santé et de l'autonomie, le représentant de l'Etat dans la région et les collectivités territoriales disposent de deux mois, à compter de la publication de l'avis de consultation sur le projet régional de santé au recueil des actes administratifs de la préfecture de région, pour transmettre leur avis à l'agence régionale de santé.

Art. L. 1434-4.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de la présente section.

« Sous-section 1

« Schéma régional de prévention

- « Art. L. 1434-5.-Le schéma régional de prévention inclut notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire. Il organise,

dans le domaine de la santé des personnes, l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des événements porteurs d'un risque sanitaire, conformément aux articles L. 1435-1 et L. 1435-2.

« Art. L. 1434-6.-Les moyens financiers, quelle qu'en soit l'origine, attribués à l'agence régionale de santé pour le financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies, des handicaps et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

« Au titre de ses actions de prévention, l'agence régionale de santé attribue, dans des conditions fixées par les conventions d'objectifs et de gestion mentionnées au II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 611-7 du même code et à l'article L. 723-12 du code rural, des crédits provenant des fonds constitués au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et destinés à financer des actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe, chaque année, le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie à chaque agence régionale de santé au titre des actions de prévention.

« Sous-section 2

« Schéma régional d'organisation des soins

« Art. L. 1434-7.-Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique.

« Il précise les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières de territoire, les établissements et services médico-sociaux, les centres de santé, les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales.

« Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires.

« Il indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.

« Il détermine, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé et prévues notamment par l'article L. 1434-8 du présent code, par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, par l'article L. 631-1-1 du code de l'éducation, par l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales et par l'article 151 ter du code général des impôts.

« Il organise la coordination entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Art. L. 1434-9.-Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;

« 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres personnes citées à l'article L. 6112-2.

« Les autorisations accordées par le directeur général de l'agence régionale de santé en vertu des 2° et 3° doivent être compatibles avec les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« Art. L. 1434-10.-Pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les agences régionales de santé peuvent arrêter un schéma interrégional d'organisation des soins.

« Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional.

« Art. L. 1434-11.-Les conditions d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Sous-section 3

« Schéma régional d'organisation médico-sociale

« Art. L. 1434-12.-Le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6°, 7°, 11° et 12° du I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 314-3-3 du code de l'action sociale et des familles, afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie.

« Ce schéma veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé. Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional est établi et actualisé au regard des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

« Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme prévu à l'article L. 312-5-1 du même code qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

« Pour la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, il prévoit la concertation avec chaque conseil général concerné pour une meilleure connaissance des besoins rencontrés par les personnes âgées dépendantes et les personnes handicapées.

« Art. L. 1434-13.-Les moyens financiers dont l'attribution relève des agences régionales de santé et qui correspondent aux objectifs de dépenses visés aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles ne peuvent être affectés au financement d'établissements, services ou prestations autres que ceux visés, selon le cas, aux articles L. 314-3-1 ou L. 314-3-3 du même code.

« En cas de conversion d'activités entraînant une diminution des dépenses financées par l'assurance maladie, et dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-9 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, en activités dont le financement s'impute sur l'un des objectifs de dépenses définis aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les dotations régionales mentionnées à ces mêmes articles L. 314-3 et L. 314-3-2 sont abondées des crédits correspondant à ces activités médico-sociales.

« Le financement de l'activité de l'établissement ou du service médico-social qui résulte de cette conversion est établi en tenant compte du financement alloué aux établissements et services médico-sociaux qui fournissent des prestations comparables.

« Section 2

« Programme pluriannuel régional de gestion du risque

« Art. L. 1434-14.-Le programme pluriannuel régional de gestion du risque comprend, outre les actions nationales définies par le contrat prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, des actions complémentaires tenant compte des spécificités régionales.

« Ces actions régionales complémentaires spécifiques sont élaborées et arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, après concertation avec le représentant, au niveau régional, de chaque régime d'assurance maladie dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et avec les organismes complémentaires.

« Le programme pluriannuel régional de gestion du risque est révisé chaque année.

« Ce programme est intégré au projet régional de santé.

« Ce projet fait l'objet d'une contractualisation entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale est membre de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie établis en application de l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale déclinent, pour chaque organisme concerné, outre les programmes nationaux de gestion du risque, le programme pluriannuel régional de gestion du risque.

« Art. L. 1434-15.-Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application de la présente section.

« Section 3

« Territoires de santé et conférences de territoire

« Art. L. 1434-16.-L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.

« Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

« Art. L. 1434-17.-Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé.

« La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

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

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

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

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

NOR : SASX1008881D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1432-4 ;

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 modifié relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif,

Décète :

Art. 1^{er}. - La section 1 du chapitre II du titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

« Sous-section 3

« Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

« Paragraphe 1

« Composition

« Art. D. 1432-28. - La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est composée de cent membres au plus ayant voix délibérative.

« Ses membres sont répartis en huit collèges composés comme suit :

« 1° Un collège des représentants des collectivités territoriales du ressort géographique de l'agence comprenant :

« a) Trois conseillers régionaux désignés par le président du conseil régional ; et, en Corse, trois conseillers à l'Assemblée de Corse désignés par le président de cette assemblée ;

« b) Le président du conseil général, ou son représentant, de chacun des départements du ressort ;

« c) Trois représentants des groupements de communes du ressort, désignés par l'Assemblée des communautés de France ;

« d) Trois représentants des communes du ressort, désignés par l'Association des maires de France ;

« 2° Un collège des représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux comprenant :

« a) Huit représentants des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1, désignés à l'issue d'un appel à candidature organisé dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« b) Quatre représentants des associations de retraités et personnes âgées, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des conseils départementaux des retraités et personnes âgées mentionnés à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« c) Quatre représentants des associations des personnes handicapées, dont une intervenant dans le champ de l'enfance handicapée, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées mentionnés à l'article L. 146-2 du code de l'action sociale et des familles ;

« 3° Un collège des représentants des conférences de territoire mentionnées à l'article L. 1434-17 comprenant quatre membres, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des conférences de territoire du ressort ;

« 4° Un collège des partenaires sociaux comprenant :

« a) Cinq représentants des organisations syndicales de salariés représentatives désignés par celles-ci, sur proposition de leurs instances régionales ;

« b) Trois représentants des organisations professionnelles d'employeurs représentatives désignés par celles-ci, sur proposition de leurs instances régionales ;

« c) Un représentant des organisations syndicales représentatives des artisans, des commerçants et des professions libérales, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la proposition conjointe de la chambre régionale de métiers et de l'artisanat, de la chambre régionale de commerce et d'industrie et d'une organisation représentative des professions libérales ;

« d) Un représentant des organisations syndicales représentatives des exploitants agricoles, désigné par la chambre régionale de l'agriculture ;

« 5^e Un collège des acteurs de la cohésion et de la protection sociales comprenant :

« a) Deux représentants des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité, désignés à l'issue d'un appel à candidature organisé dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« b) Au titre de l'assurance vieillesse et de la branche accidents du travail-maladies professionnelles mentionnée à l'article R. 221-9 du code de la sécurité sociale, deux représentants de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail désignés, l'un par le président de cet organisme, et l'autre par son directeur ; en Ile-de-France, les deux représentants sont désignés, respectivement, par le président de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés au sein de cette même caisse nationale, et par le directeur de la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 du code de la sécurité sociale compétente pour cette région ; en Alsace, les deux représentants sont désignés respectivement par le président de la caisse régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg, et par le directeur de la caisse mentionnée à l'article L. 215-3 du même code compétente pour cette région ; pour les conférences régionales de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Réunion, ces deux représentants sont désignés respectivement par le président et le directeur des caisses générales de sécurité sociale ;

« c) Un représentant des caisses d'allocations familiales, désigné par le conseil d'administration de la caisse d'allocations familiales du chef-lieu de région ou des départements d'outre-mer ;

« d) Un représentant de la mutualité française, désigné par le président de la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 6^e Un collège des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé comprenant :

« a) Deux représentants des services de santé scolaire et universitaire, désignés par le recteur d'académie du chef lieu de région ;

« b) Deux représentants des services de santé au travail, désignés par le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

« c) Deux représentants des services départementaux de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile, désignés par le président du conseil général du chef-lieu de région ;

« d) Deux représentants des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont un œuvrant dans le domaine médico-social ou de la cohésion sociale ;

« e) Un représentant des organismes œuvrant dans les domaines de l'observation de la santé, de l'enseignement et de la recherche, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« f) Un représentant des associations de protection de l'environnement agréées au titre de l'article L. 141-1 du code de l'environnement, désigné à l'issue d'un appel à candidature organisé dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« 7^e Un collège des offreurs des services de santé comprenant :

« a) Cinq représentants des établissements publics de santé, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au moins deux présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers et de centres hospitaliers universitaires, sur proposition de la fédération représentant ces établissements ;

« b) Deux représentants des établissements privés de santé à but lucratif, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au moins un président de conférence médicale d'établissement, sur proposition de la fédération représentant ces établissements ;

« c) Deux représentants des établissements privés de santé à but non lucratif désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au moins un président de conférence médicale d'établissement, sur proposition de la fédération représentant ces établissements ;

« d) Un représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de l'organisation regroupant, au niveau régional, le nombre le plus important de ces établissements ;

« e) Quatre représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des organisations regroupant, au niveau régional, le nombre le plus important de ces institutions ;

« f) Quatre représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes âgées, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des organisations regroupant, au niveau régional, le nombre le plus important de ces institutions ;

« g) Un représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes en difficultés sociales, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des organisations regroupant, au niveau régional, le nombre le plus important de ces institutions ;

« h) Un représentant désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les responsables des centres de santé, des maisons de santé et des pôles de santé implantés dans la région ;

« i) Un représentant désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les responsables des réseaux de santé implantés dans la région ;

« j) Un représentant des associations de permanence des soins intervenant dans le dispositif de permanence des soins, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« k) Un médecin responsable d'un service d'aide médicale urgente ou d'une structure d'aide médicale d'urgence et de réanimation, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition d'une organisation représentant ces services ou structures ;

« l) Un représentant des transporteurs sanitaires, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi ceux développant l'activité la plus importante dans ce domaine ;

« m) Un représentant de services départementaux d'incendie et de secours, désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition des présidents des conseils généraux des départements de la région ;

« n) Un représentant des organisations syndicales représentatives de médecins des établissements publics de santé désigné, de manière conjointe, par les organisations membres de la commission régionale paritaire mentionnée à l'article R. 6152-325 ;

« o) Six membres des unions régionales des professionnels de santé, désignés par la fédération régionale regroupant ces unions mentionnée à l'article L. 4031-1 ;

« p) Un représentant de l'ordre des médecins, désigné par le président du conseil régional de l'ordre ;

« q) Un représentant des internes en médecine de la ou des subdivisions situées sur le territoire de la région, désigné par l'une de leurs structures représentatives locales ;

« 8° Un collège de personnalités qualifiées comprenant deux personnalités désignées par le directeur de l'agence régionale de santé à raison de leur qualification dans les domaines de compétence de la conférence.

« Art. 1432-29. – Participent, avec voix consultative, aux travaux de la conférence régionale de santé et de l'autonomie et au sein de ses différentes formations :

« – le préfet de région ;

« – le président du conseil économique et social régional ;

« – les chefs de services de l'Etat en région ;

« – le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« – un membre des conseils des organismes locaux d'assurance maladie relevant du régime général et, dans les régions d'Alsace et de Lorraine, un représentant du régime local d'Alsace-Moselle ;

« – un administrateur d'un organisme local d'assurance maladie relevant de la mutualité sociale agricole ;

« – le président de la caisse de base du régime social des indépendants. Quand plusieurs caisses sont situées dans la circonscription de l'agence régionale de santé, le président de la caisse nationale désigne, parmi les présidents des caisses concernées, la personne appelée à siéger à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« Art. D. 1432-30. – Des membres suppléants, à l'exception des personnes qualifiées, sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires.

« Les personnes physiques ou morales mentionnées à l'article D. 1432-28, chargées de proposer ou de désigner des représentants titulaires et suppléants, communiquent leurs noms au directeur général de l'agence régionale de santé, dans un délai de deux mois suivant la vacance ou précédant l'expiration des mandats.

« Chaque membre ne peut siéger qu'au sein d'un seul collège mais peut être membre d'une ou de plusieurs commissions spécialisées mentionnées à l'article D. 1432-31.

« Un membre désigné en raison de son mandat électif ne peut se faire suppléer que par un élu de la même assemblée délibérante.

« La liste des membres titulaires et suppléants de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est fixée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Paragraphe 2

« Organisation des travaux

« Art. D. 1432-31. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie organise ses travaux au sein des formations suivantes :

« – la commission permanente prévue aux articles D. 1432-33 et D. 1432-34 ;

« – quatre commissions spécialisées prévues aux articles D. 1432-35 à D. 1432-43.

« La composition de chacune de ces commissions est fixée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

« La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut, en outre, constituer des groupes de travail permanents. Ces groupes réunissent des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des personnes choisies en raison de leur compétence ou de leur qualification au regard des questions pour lesquelles ils ont été constitués. Ils peuvent recueillir tous avis utiles dans les domaines dont ils sont chargés.

« Art. D. 1432-32. – L'assemblée plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie réunit les membres des collèges définis à l'article D. 1432-28 ainsi que les membres mentionnés à l'article D. 1432-29.

« Lors de sa première réunion, elle élit son président.

« Elle établit le règlement intérieur de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui précise, notamment, les modalités de fonctionnement de ses différentes formations.

« Elle rend un avis sur :

« - le projet régional de santé ;

« - le plan stratégique régional de santé prévu au 1^o de l'article L. 1434-1, préparé par la commission permanente mentionnée à l'article D. 1432-33 ;

« - les projets de schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale préparés par chacune des commissions spécialisées dans ces domaines mentionnées aux articles D. 1432-36, D. 1432-38 et D. 1432-40 ;

« - le rapport annuel sur le respect des droits des usagers du système de santé préparé par la commission spécialisée mentionnée à l'article D. 1432-42.

« Elle établit chaque année un rapport sur son activité.

« Elle détermine les questions de santé qui donnent lieu aux débats publics qu'elle organise selon des modalités fixées par le règlement intérieur.

« *Art. D. 1432-33.* - En dehors des séances plénières, la commission permanente exerce l'ensemble des attributions dévolues à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« Elle est chargée, notamment :

« - de préparer l'avis rendu par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sur le plan stratégique régional de santé mentionné au 1^o de l'article L. 1434-2 ;

« - de préparer le rapport annuel d'activité de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie visé à l'article D. 1432-32 ;

« - sous réserve des dispositions de ce dernier article, de formuler un avis lorsque la consultation de la conférence implique l'avis de plus de deux commissions spécialisées ;

« - de préparer les éléments soumis au débat public.

« Le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut confier à cette commission tous travaux entrant dans le champ de compétence de la conférence.

« *Art. D. 1432-34.* - Outre son président, la commission permanente comprend :

« - les présidents des commissions spécialisées, qui ont qualité de vice-présidents de la commission permanente ;

« - et au plus quinze membres issus des collèges mentionnés à l'article D. 1432-28 et élus selon des modalités précisées par le règlement intérieur, dont au moins deux membres des associations représentant les usagers des établissements et services médico-sociaux ou les personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant les personnes âgées et handicapées.

« La composition de la commission assure l'équilibre de la représentation des collèges mentionnés à l'article D. 1432-28. Elle comprend au moins un représentant des collectivités territoriales, des usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, des conférences de territoire, des organisations représentatives des salariés, des employeurs et des professions indépendantes, des professionnels du système de santé, des organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux et des organismes de protection sociale.

« Elle désigne en son sein le représentant de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie à la conférence nationale de santé.

« *Art. D. 1432-35.* - Les commissions spécialisées sont composées de membres issus des collèges mentionnés à l'article D. 1432-28, ces derniers désignent, chacun pour ce qui le concerne, dans les conditions prévues par le règlement intérieur mentionné à l'article D. 1432-32, le ou les représentants appelés à siéger à l'une ou l'autre de ces commissions.

« *Art. D. 1432-36.* - La commission spécialisée de prévention contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention et à ce titre :

« 1^o Elle prépare un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation ;

« 2^o Elle formule toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région ;

« 3^o Elle est informée :

« - des mécanismes mis en place par la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé et la cohérence de leurs financements ;

« - du bilan d'activité de la commission de coordination compétente dans le secteur de la prévention, établi chaque année par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« - des résultats de l'agence en matière de veille et de sécurité sanitaires.

« *Art. D. 1432-37.* - La commission spécialisée de prévention comprend :

« 1^o Un conseiller régional ;

« 2^o Deux présidents de conseil général ;

- « 3° Un représentant des groupements de communes ;
 - « 4° Un représentant des communes ;
 - « 5° Quatre représentants des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 ;
 - « 6° Un représentant des associations de retraités et personnes âgées ;
 - « 7° Un représentant des associations des personnes handicapées ;
 - « 8° Un représentant des conférences de territoire ;
 - « 9° Un représentant des organisations syndicales de salariés ;
 - « 10° Un représentant des organisations syndicales d'employeurs ;
 - « 11° Un représentant des organisations syndicales des artisans, des commerçants et des professions libérales ;
 - « 12° Un représentant des organisations syndicales des exploitants agricoles ;
 - « 13° Un représentant des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité ;
 - « 14° Un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou de la structure équivalente, au titre de l'assurance vieillesse ;
 - « 15° Un représentant des caisses d'allocations familiales ;
 - « 16° Un représentant de la mutualité française ;
 - « 17° Un représentant des services de santé scolaire et universitaire ;
 - « 18° Un représentant des services de santé au travail ;
 - « 19° Un représentant des services départementaux de protection et de promotion de la santé maternelle et infantile ;
 - « 20° Un représentant des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé ;
 - « 21° Un représentant des organismes œuvrant dans le domaine de l'observation de la santé ;
 - « 22° Un représentant des associations de protection de l'environnement ;
 - « 23° Quatre représentants des offreurs des services de santé :
 - « – un représentant mentionné au *a* ou au *b* ou au *c* ou au *d* du collège des offreurs des services de santé ;
 - « – un représentant mentionné au *d* ou au *e* du collège des offreurs des services de santé ;
 - « – deux membres des unions régionales des professionnels de santé.
- « Art. D. 1432-38. – I. – La commission spécialisée de l'organisation des soins contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.
- « 1° Elle prépare un avis sur le projet de schéma régional d'organisation des soins, dans ses volets hospitalier et ambulatoire, incluant la détermination des zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation et le maintien des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé.
 - « 2° Elle est consultée par l'agence régionale de santé sur :
 - « – les projets de schémas interrégionaux d'organisation des soins ;
 - « – les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation relatives aux projets mentionnés à l'article L. 6122-1, les projets de décisions portant révision ou retrait d'autorisation prévues à l'article L. 6122-12 ainsi que les projets de décisions de maintien de la suspension, de retrait ou de modification d'autorisation prévues à l'article L. 6122-13 ;
 - « – la politique en matière d'implantation et de financement de maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé et maisons médicales de garde ;
 - « – les projets et actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé sur les territoires ;
 - « – les projets d'expérimentations dans le champ de l'organisation des soins, concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins ;
 - « – l'organisation et l'adéquation aux besoins de la population de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins, en ambulatoire et dans les établissements de santé ;
 - « – l'organisation des transports sanitaires et son adéquation aux besoins de la population ;
 - « – la création des établissements publics de santé autres que nationaux et des groupements de coopération sanitaire mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 6133-7, en application de l'article L. 6141-1, ainsi que la modification de la liste des centres hospitaliers régionaux, en application de l'article R. 6141-14 ;
 - « – les projets de mesures de recomposition de l'offre que le directeur général de l'agence régionale de santé envisage de prendre en vertu des dispositions de l'article L. 6122-15 dans sa rédaction antérieure à l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
 - « – la politique en matière de contractualisation avec les titulaires d'autorisation ainsi que les autres offreurs de services en santé.
- « II. – L'agence régionale de santé informe la commission au moins une fois par an sur :
 - « – les renouvellements d'autorisation intervenus dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L. 6122-10 ;
 - « – les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'agence régionale de santé et les titulaires d'autorisation, les centres de santé, les maisons de santé et réseaux de santé ;

- « - l'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur les territoires ;
- « - les résultats des évaluations et certifications menées au cours de l'année écoulée.

« Art. D. 1432-39. - La commission spécialisée de l'organisation des soins comprend :

- « 1^o Un conseiller régional ;
- « 2^o Un président de conseil général ;
- « 3^o Un représentant des groupements de communes ;
- « 4^o Un représentant des communes ;
- « 5^o Deux représentants des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 ;
- « 6^o Un représentant des associations de retraités et personnes âgées ;
- « 7^o Un représentant des associations des personnes handicapées ;
- « 8^o Un représentant des conférences de territoire ;
- « 9^o Trois représentants des organisations syndicales de salariés ;
- « 10^o Un représentant des organisations syndicales d'employeurs ;
- « 11^o Un représentant des organisations syndicales des artisans, des commerçants et des professions libérales ;
- « 12^o Un représentant des organisations syndicales des exploitants agricoles ;
- « 13^o Un représentant de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail ou de la structure équivalente, au titre de la branche accidents du travail-maladies professionnelles ;
- « 14^o Un représentant de la mutualité française ;
- « 15^o Un représentant des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé ;
- « 16^o Un représentant des organismes œuvrant dans les domaines de l'observation de la santé, sanitaire, de l'enseignement et de la recherche ;
- « 17^o Cinq représentants des établissements publics de santé, dont deux présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers et de centres hospitaliers universitaires ;
- « 18^o Deux représentants des établissements privés de santé à but lucratif, dont un président de conférence médicale d'établissement ;
- « 19^o Deux représentants des établissements privés de santé à but non lucratif, dont un président de conférence médicale d'établissement ;
- « 20^o Un représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile ;
- « 21^o Un représentant des centres de santé, des maisons de santé et des pôles de santé ;
- « 22^o Un représentant des réseaux de santé ;
- « 23^o Un représentant des associations de permanence des soins intervenant dans le dispositif de permanence des soins ;
- « 24^o Un médecin responsable d'un service d'aide médicale urgente ou d'une structure d'aide médicale d'urgence et de réanimation ;
- « 25^o Un représentant des transporteurs sanitaires ;
- « 26^o Un représentant de services départementaux d'incendie et de secours ;
- « 27^o Un représentant des organisations syndicales représentatives des médecins des établissements publics de santé ;
- « 28^o Quatre membres des unions régionales des professionnels de santé ;
- « 29^o Un représentant de l'ordre des médecins ;
- « 30^o Un représentant des internes en médecine ;
- « 31^o Deux membres issus de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux.

« Art. D. 1432-40. - La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux est chargée :

- « 1^o De préparer un avis sur le projet de schéma régional de l'organisation médico-sociale ;
- « 2^o De contribuer à l'évaluation des besoins médico-sociaux et d'analyser leur évolution ;
- « 3^o De proposer à l'assemblée plénière des priorités pour l'action médico-sociale ;
- « 4^o D'émettre un avis sur l'élaboration et l'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie ;
- « 5^o De formuler toute proposition sur les conditions d'accès des personnes handicapées et en perte d'autonomie aux services médico-sociaux, sur la qualité des accompagnements et prises en charge médico-sociaux et sur les principes de contractualisation mis en œuvre par l'agence régionale de la santé avec les professionnels, les établissements, les services, les associations et les autres services publics ;
- « 6^o D'élaborer, tous les quatre ans, un rapport d'activité qui est transmis pour information aux conseils généraux et aux ministres concernés, ainsi qu'à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

« Art. D. 1432-41. - La commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux comprend :

- « 1^o Un conseiller régional ;
- « 2^o Deux présidents de conseil général ;

- « 3° Un représentant des groupements de communes ;
- « 4° Un représentant des communes ;
- « 5° Deux représentants des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 et œuvrant dans le domaine sanitaire ;
- « 6° Deux représentants des associations de retraités et personnes âgées ;
- « 7° Deux représentants des associations des personnes handicapées dont une association intervenant dans le champ de l'enfance handicapée ;
- « 8° Un représentant des conférences de territoire ;
- « 9° Un représentant des organisations syndicales de salariés ;
- « 10° Un représentant des organisations syndicales d'employeurs ;
- « 11° Un représentant des organisations syndicales des artisans, des commerçants et des professions libérales ;
- « 12° Un représentant des organisations syndicales des exploitants agricoles ;
- « 13° Un représentant des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité ;
- « 14° Un représentant de la mutualité française ;
- « 15° Quatre représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées ;
- « 16° Quatre représentants des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes âgées ;
- « 17° Un représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes en difficultés sociales ;
- « 18° Un membre des unions régionales des professionnels de santé ayant la qualité de médecin ;
- « 19° Deux membres issus de la commission spécialisée de l'organisation des soins.

« *Art. D. 1432-42.* – Chaque année, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé est chargée, en collaboration avec les autres commissions spécialisées, de l'élaboration d'un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social.

« Ce rapport est établi selon un cahier des charges fixé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie.

« Il est transmis, avec les recommandations qu'il formule, au directeur général de l'agence régionale de santé et à la conférence nationale de santé mentionnée à l'article L. 1411-3.

« Cette commission est composée d'au plus douze membres dont six sont issus de chacun des collèges 1°, 3°, 4°, 5°, 6° et 7° mentionnés à l'article D. 1432-28 et six sont issus du collège 2° à parité entre les membres relevant des *a*, *b* et *c* de ce collège.

« Ses membres sont élus par chacun des collèges susvisés, selon des modalités définies par le règlement intérieur.

« *Art. D. 1432-43.* – La commission spécialisée chargée de préparer un avis sur le schéma relevant de sa compétence peut recueillir les observations des autres commissions spécialisées.

« Lorsque la consultation requiert l'intervention de deux commissions spécialisées, l'avis est rendu de manière conjointe. Si au moins trois commissions spécialisées sont concernées, l'avis est rendu par la commission permanente ou, sur la demande de cette dernière, par l'assemblée plénière.

« Les commissions spécialisées préparent un avis sur le ou les programmes mentionnés au 3° de l'article L. 1434-2 et qui entrent dans le champ de leurs compétences respectives.

« *Paragraphe 3*

« *Fonctionnement*

« *Art. D. 1432-44.* – Nul ne peut être membre de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie s'il est privé de ses droits civiques.

« La durée du mandat des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est de quatre ans, renouvelable une fois.

« Tout membre perdant la qualité pour laquelle il a été désigné cesse de faire partie de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« Lorsqu'un membre cesse, pour une raison quelconque, de faire partie de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie où il siégeait, un nouveau membre est désigné, dans les deux mois, dans les mêmes conditions, pour la durée restant à courir du mandat.

« Tout membre de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie dont l'absence non motivée, à au moins deux séances successives de l'une quelconque des formations à laquelle il aura été convoqué, aura été constatée pourra être déclaré démissionnaire par le président de la conférence, sur proposition de la commission permanente.

« *Art. D. 1432-45.* – Au cours de sa séance d'installation, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie réunie en assemblée plénière élit son président et constitue la commission permanente et les commissions spécialisées mentionnées à l'article D. 1432-31.

« Lorsqu'elle procède à son renouvellement, la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est présidée par le doyen d'âge.

« Chacune de ces formations élit un président et un vice-président, à l'exception de la commission permanente dont le président est celui de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« Art. D. 1432-46. – La conférence régionale de la santé et de l'autonomie se réunit en assemblée plénière sur convocation de son président au moins une fois par an.

« Chaque formation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie se réunit au moins une fois par an, sur convocation de son président ou à la demande d'un tiers de ses membres.

« Le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie décide de la répartition entre les différentes formations des affaires que le présent décret ne réserve pas à une formation déterminée.

« Sous réserve de l'application de l'article D. 1432-32, les propositions et avis rendus par la commission permanente et par les commissions spécialisées sont émis au nom de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« Chacune des commissions mentionnées à l'article D. 1432-31 peut, sur décision de son président, entendre toute personne extérieure dont l'avis est de nature à éclairer ses délibérations.

« Art. D. 1432-47. – Dans tous les cas, les délibérations sont prises à la majorité des voix des membres présents. En cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

« Le quorum est atteint lorsque la moitié au moins des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie ou de l'une de ses formations sont présents.

« Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est envoyée dans les huit jours portant sur le même ordre du jour. La conférence ainsi que chacune de ses formations délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents.

« En cas d'extrême urgence dûment motivée, la consultation des membres de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie au sein de ces formations peut intervenir par tout moyen approprié permettant leur identification et leur participation effective à une délibération collégiale.

« Art. D. 1432-48. – Les séances de la commission permanente, des commissions spécialisées ainsi que celles des groupes de travail permanents ne sont pas publiques, sauf décision contraire de leur président, dans des conditions fixées par le règlement intérieur.

« Art. D. 1432-49. – Lorsque son avis est requis, la consultation de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est réputée effectuée si aucune suite n'est donnée dans les deux mois à compter de la réception de la demande d'avis, accompagnée des documents nécessaires, formulée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ce délai est ramené à quinze jours en cas d'urgence et à huit jours en cas d'extrême urgence.

« Art. D. 1432-50. – L'ordre du jour des réunions de chacune des commissions spécialisées mentionnées à l'article D. 1432-31 est fixé par son président. Le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie assure l'information auprès de chacun des présidents des autres commissions spécialisées des ordres du jour ainsi fixés.

« Le président de l'une de ces commissions ne peut refuser d'inscrire les questions demandées par la moitié au moins de ses membres ou par le président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

« La convocation peut être envoyée par tous moyens, y compris par télécopie ou par courrier électronique. Il en est de même des pièces ou documents nécessaires à la préparation de la réunion ou établis à l'issue de celle-ci.

« Sauf urgence, les membres des différentes formations reçoivent dix jours au moins avant la date de la réunion, une convocation comportant l'ordre du jour et le cas échéant, les documents nécessaires à l'examen des affaires qui y sont inscrites.

« Art. D. 1432-51. – Les avis rendus et les rapports, études et travaux produits par l'une quelconque des formations de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont adressés au président de la conférence ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Le président peut demander une nouvelle délibération.

« Art. D. 1432-52. – Les membres de la conférence exercent leur mandat à titre gratuit. Ils peuvent être remboursés des frais de transports et de séjour qu'ils sont susceptibles d'engager à l'occasion des déplacements effectués dans le cadre de leur mission dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires civils de l'Etat.

« Art. D. 1432-53. – L'agence régionale de santé assure le secrétariat de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et contribue au fonctionnement de la conférence. Les moyens alloués, dont le montant est établi sur proposition de la conférence, font l'objet d'une inscription dans le budget de l'agence régionale de santé. »

Art. 2. – Pour la constitution de la première assemblée plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, les personnes physiques ou morales mentionnées à l'article D. 1432-28 et D. 1432-29, chargées de proposer ou désigner des représentants titulaires et suppléants, communiquent leurs noms au directeur général de l'agence régionale de santé dans les deux mois à compter de la date de publication du présent décret au *Journal officiel* de la République française.

La première réunion de l'assemblée plénière de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie est convoquée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est présidée par le doyen d'âge qui fait procéder à l'élection du président. Les modalités provisoires de l'organisation et du fonctionnement de la conférence sont adoptées lors de cette réunion. Elles cessent de recevoir application à la date de l'adoption du règlement intérieur de la conférence et de la mise en place des commissions mentionnées à l'article D. 1432-31, qui interviennent dans un délai de quatre mois au plus à compter de cette première réunion.

Dans le même délai, la conférence peut siéger et délibérer valablement en l'absence des représentants mentionnés au 3^o de l'article D. 1432-28 et, jusqu'à la création des unions régionales des professionnels de santé, les représentants mentionnés au *o* du 7^o sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition, en ce qui concerne les médecins, de l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral et, en ce qui concerne les représentants des autres professionnels de santé, des organisations syndicales reconnues représentatives de ces professions au niveau régional, ou à défaut, au niveau national.

Art. 3. - Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à compter de la publication du décret portant création des agences régionales de santé et au plus tard le 1^{er} juillet 2010.

Art. 4. - Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat et le ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 mars 2010.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du travail, de la solidarité
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat,*
FRANÇOIS BAROIN

*Le ministre de l'espace rural
et de l'aménagement du territoire,*
MICHEL MERCIER

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire

NOR : SASX1008966D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-17 ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat,

Décète :

Art. 1^{er}. - Le chapitre IV du titre III du livre II de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Conférence de territoire

« Sous-section 1

« Ressort

« Art. D. 1434-1. - Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue, dans chacun des territoires de santé qu'il a définis en application de l'article L. 1434-16, une conférence de territoire.

« Sous-section 2

« Composition

« Art. D. 1434-2. - La conférence de territoire est composée de cinquante membres au plus, répartis selon les collèges suivants :

« 1° Au plus dix représentants des établissements de santé :

« - au plus cinq représentants des personnes morales gestionnaires de ces établissements, désignés sur proposition de la fédération qui représente ces établissements ;

« - au plus cinq présidents de commission médicale ou de conférence médicale d'établissement, désignés sur proposition de la fédération qui représente ces établissements.

« La répartition des sièges tient compte, d'une part, des différentes catégories d'établissements implantés dans le territoire de santé et, d'autre part, de la nature et du volume des activités de soins exercées par chacun des établissements ;

« 2° Au plus huit représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 et à l'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles également répartis entre ceux qui œuvrent en faveur des personnes âgées et ceux qui œuvrent en faveur des personnes handicapées, désignés sur proposition des groupements et fédérations représentatifs des institutions sociales et médico-sociales ;

« 3° Au plus trois représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, à l'issue d'un appel à candidatures qu'il organise ;

« 4° Au plus six représentants des professionnels de santé libéraux désignés par la fédération des unions régionales des professionnels de santé libéraux, dont au plus trois médecins et au plus trois représentants des autres professionnels de santé, et un représentant des internes en médecine de la ou des subdivisions situées sur le territoire de la conférence, désigné par une organisation qui les représente ;

« 5° Au plus deux représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« 6° Au plus un représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, sur proposition de l'organisation regroupant le nombre le plus important de ces établissements ;

« 7° Au plus un représentant des services de santé au travail désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé, sur proposition du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ;

« 8° Au plus huit représentants des usagers désignés sur proposition des associations les représentant, dont :

« - au plus cinq représentants des associations agréées conformément à l'article L. 1114-1 au niveau régional ou, à défaut, au niveau national, dont une association œuvrant dans le secteur médico-social, désignés à l'issue d'un appel à candidatures organisé dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé ;

« - au plus trois représentants des associations des personnes handicapées ou des associations de retraités et personnes âgées, sur proposition des conseils départementaux des personnes handicapées et des comités départementaux des retraités et personnes âgées mentionnés respectivement à l'article L. 146-2 et à l'article L. 149-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 9° Au plus sept représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements, dont :

« - au plus, un conseiller régional désigné par le président du conseil régional du ressort et, en Corse, un représentant de l'Assemblée de Corse, désigné par le président de cette assemblée ;

« - au plus deux représentants des communautés mentionnées aux articles L. 5214-1, L. 5215-1 ou L. 5216-1 du code général des collectivités territoriales regroupant des communes situées en tout ou en partie dans le territoire de santé auquel est rattachée la conférence, désignés par l'Assemblée des communautés de France ;

« - au plus deux représentants des communes désignés par l'Association des maires de France ;

« - au plus deux représentants de conseils généraux dont les départements sont situés en tout ou partie dans le ressort de la conférence, désignés par leur assemblée délibérante ;

« 10° Un représentant de l'ordre des médecins désigné par le président du conseil régional de l'ordre ;

« 11° Au moins deux personnalités qualifiées choisies à raison de leur compétence ou de leur expérience dans les domaines de compétence de la conférence de territoire.

« Art. D. 1434-3. - Des membres suppléants, à l'exception des personnalités qualifiées, sont désignés dans les mêmes conditions que les titulaires.

« Art. D. 1434-4. - Nul ne peut siéger au sein de la conférence de territoire à plus d'un titre.

« Une personne employée dans l'un des établissements ou services mentionnés aux 2° et 8° de l'article D. 1434-2 ne peut représenter les établissements de santé au titre du 1° de ce même article, si ces établissements et services sont situés sur le même territoire de santé.

« Les membres de la conférence de territoire signalent au président toute modification concernant leur situation.

« Art. D. 1434-5. - Le mandat des membres de la conférence est de quatre ans, renouvelable une fois.

« Les représentants mentionnés au 9° de l'article D. 1434-2 sont renouvelés à chaque renouvellement des assemblées au sein desquelles ils ont été désignés.

« La qualité de membre se perd lorsque les personnes intéressées cessent d'exercer le mandat ou les fonctions au titre desquels elles ont été élues ou désignées. Lorsqu'un membre cesse d'exercer ses fonctions avant l'expiration de son mandat, il est remplacé par une personne désignée dans les mêmes conditions pour la durée du mandat restant à courir.

« Lorsque le membre titulaire de la conférence de territoire n'a pas assisté personnellement à trois réunions consécutives, le président de la conférence de territoire procède au remplacement dudit membre, dans les mêmes conditions que celles prévues pour le titulaire défaillant.

« Art. D. 1434-6. - Les personnes physiques ou morales mentionnées à l'article D. 1434-2, chargées de proposer ou désigner des représentants titulaires et suppléants, communiquent leurs noms au directeur général de l'agence régionale de santé, dans un délai de deux mois suivant la vacance ou précédant l'expiration des mandats.

« La liste des membres titulaires et suppléants de la conférence de territoire est fixée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Sous-section 3

« Fonctionnement

« Art. D. 1434-7. - La conférence de territoire élit en son sein, à la majorité des suffrages exprimés des membres présents, un président et un vice-président.

« Art. D. 1434-8. - L'assemblée plénière de la conférence de territoire se réunit sur convocation de son président, au moins deux fois par an. Elle se réunit également sur la demande de la moitié au moins de ses membres ainsi que sur la demande du directeur général de l'agence régionale de santé.

« Elle peut entendre ou consulter toute personne ayant une compétence particulière entrant dans le champ des missions de la conférence de territoire. Ces personnes ne participent pas aux délibérations.

« Art. D. 1434-9. – Le président fixe l'ordre du jour.

« Il ne peut refuser d'inscrire à l'ordre du jour les questions sur lesquelles la conférence de territoire est chargée de faire des propositions en application de l'article L. 1434-17, ni celles demandées par la moitié au moins de ses membres ou par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Il peut, en fonction de l'ordre du jour, inviter le représentant de l'Etat compétent dans les départements du ressort de la conférence à participer, sans prendre part au vote, aux séances de la conférence de territoire.

« Art. D. 1434-10. – La convocation peut être envoyée par tous moyens, y compris par télécopie ou par courrier électronique. Il en est de même des pièces ou documents nécessaires à la préparation de la réunion ou établis à l'issue de celle-ci.

Sauf urgence, les membres de la conférence de territoire reçoivent dix jours au moins avant la date de la réunion une convocation comportant l'ordre du jour et, le cas échéant, les documents nécessaires à l'examen des affaires qui y sont inscrites.

« Art. D. 1434-11. – Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à la conférence de territoire, à la demande de son président, les documents relatifs à l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé et nécessaires à l'exercice de ses missions.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique à la conférence de territoire les suites qui ont été réservées à ses avis et ses propositions dans un délai de trois mois suivant leur transmission.

« Art. D. 1434-12. – La consultation de la conférence de territoire est réputée effectuée en l'absence d'avis exprès ou de proposition émis par elle dans un délai de deux mois à compter de sa saisine, accompagnée des documents nécessaires, par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Art. D. 1434-13. – L'assemblée plénière de la conférence de territoire établit un règlement intérieur.

« Le règlement précise les modalités selon lesquelles les membres du bureau sont élus.

« Il fixe les conditions dans lesquelles sont transmises au directeur général de l'agence régionale de santé les propositions formulées et les avis adoptés par la conférence ou par son bureau.

« Art. D. 1434-14. – Le bureau de la conférence de territoire est composé du président, assisté d'un vice-président et d'au plus huit autres membres, élus, dont au moins deux représentants de chacune des catégories de membres issus du collège mentionné au 8^o de l'article D. 1434-2.

« Il élabore les projets d'avis et de propositions. Il prépare les réunions de l'assemblée plénière.

« Dans les limites de l'habilitation que lui aura consentie l'assemblée plénière, le bureau peut rendre des avis et formuler des propositions. Dans cette hypothèse, le bureau en rend compte à la plus prochaine assemblée plénière.

« Art. D. 1434-15. – Le directeur général de l'agence régionale de santé, ou son représentant, peut, sans prendre part aux votes, assister aux réunions de la conférence de territoire. Il peut se faire assister des personnes de son choix.

« Art. D. 1434-16. – « Les séances des conférences de territoire ne sont pas publiques, sauf décision contraire de leur président, dans des conditions fixées par le règlement intérieur.

« Les avis et les propositions de la conférence sont rendus publics.

« Les opinions minoritaires peuvent être exposées et annexées aux avis et aux propositions de la conférence.

« Art. D. 1434-17. – La conférence de territoire délibère valablement lorsque plus de la moitié de ses membres sont présents.

« Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une deuxième convocation est envoyée dans les huit jours, portant sur le même ordre du jour. La conférence délibère alors valablement quel que soit le nombre des membres présents.

« La consultation des membres de la commission peut intervenir par tout moyen approprié permettant leur identification et leur participation effective à une délibération collégiale.

« En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

« Art. D. 1434-18. – Les procès-verbaux des séances sont signés par le président. Ils sont transmis dans le délai d'un mois au directeur général de l'agence régionale de santé.

« Le président de la conférence de territoire transmet au directeur général de l'agence régionale de santé, sur sa demande et dans un délai de trois jours, un extrait certifié des délibérations de la conférence.

« Art. D. 1434-19. – Les membres de la conférence exercent leur mandat à titre gratuit. Ils peuvent être remboursés des frais de transports et de séjour qu'ils sont susceptibles d'engager à l'occasion des déplacements effectués dans le cadre de leur mission dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux fonctionnaires civils de l'Etat.

« Art. D. 1434-20. – L'agence régionale de santé contribue au fonctionnement de la conférence de territoire.

« Sur proposition de la conférence des territoires, les moyens qui lui sont alloués font l'objet d'une inscription dans le budget de l'agence.

« Le secrétariat de la conférence est assuré par l'agence régionale de santé, selon des modalités définies par le directeur général de l'agence et inscrites dans le règlement intérieur de la conférence de territoire. »

Art. 2. – Pour la constitution de la première conférence de territoire, les personnes physiques ou morales mentionnées à l'article D. 1434-2, chargées de proposer ou désigner des représentants titulaires et suppléants, communiquent leurs noms au directeur général de l'agence régionale de santé dans un délai de six mois à compter de la date de publication du présent décret au *Journal officiel* de la République française.

La conférence de territoire se réunit, pour la première fois, sur convocation du directeur général de l'agence régionale de santé. Elle est présidée par le doyen d'âge des membres présents. Le siège de la conférence de territoire est fixé au cours de cette réunion.

Jusqu'à la création des unions régionales des professionnels de santé, les représentants des professionnels de santé libéraux mentionnés à l'article D. 1434-2 sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition, en ce qui concerne les médecins, par l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral et en ce qui concerne les représentants des autres professionnels de santé, par les organisations syndicales reconnues représentatives de ces professions au niveau régional ou, à défaut, national.

Art. 3. – Les dispositions du présent décret entrent en vigueur à la date de publication du décret portant création des agences régionales de santé et au plus tard au 1^{er} juillet 2010.

Art. 4. – Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, la ministre de la santé et des sports et le ministre de l'espace rural et de l'aménagement du territoire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 31 mars 2010.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du travail, de la solidarité
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

*Le ministre de l'espace rural
et de l'aménagement du territoire,*
MICHEL MERCIER

Code de l'action sociale et des familles

Section 2 : Droits des usagers

Article L311-3 - Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 141

L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :

- 1° Le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;
- 2° Sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger et des majeurs protégés, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;
- 3° Une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;
- 4° La confidentialité des informations la concernant ;
- 5° L'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires
- 6° Une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;
- 7° La participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne.

Article L311-4 - Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

Afin de garantir l'exercice effectif des droits mentionnés à l'article L. 311-3 et notamment de prévenir tout risque de maltraitance, lors de son accueil dans un établissement ou dans un service social ou médico-social, il est remis à la personne ou à son représentant légal un livret d'accueil auquel sont annexés :

- a) Une charte des droits et libertés de la personne accueillie, arrêtée par les ministres compétents après consultation de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 6121-7 du code de la santé publique ;
- b) Le règlement de fonctionnement défini à l'article L. 311-7.

Un contrat de séjour est conclu ou un document individuel de prise en charge est élaboré avec la participation de la personne accueillie ou de son représentant légal. Ce contrat ou document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement dans le respect des principes déontologiques et éthiques, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et du projet d'établissement ou de service. Il détaille la liste et la nature des prestations offertes ainsi que leur coût prévisionnel.

Le contenu minimal du contrat de séjour ou du document individuel de prise en charge est fixé par voie réglementaire selon les catégories d'établissements, de services et de personnes accueillies.

Lorsqu'il est conclu dans les établissements et services d'aide par le travail mentionnés au a du 5° du I de l'article L. 312-1, le contrat de séjour prévu à l'alinéa précédent est dénommé " contrat de soutien et d'aide par le travail ". Ce contrat doit être conforme à un modèle de contrat établi par décret.

Article L311-5 - Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 18

Toute personne prise en charge par un établissement ou un service social ou médico-social ou son représentant légal peut faire appel, en vue de l'aider à faire valoir ses droits, à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste établie conjointement par le représentant de l'Etat dans le département, le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil général. La personne qualifiée rend compte de ses interventions aux autorités chargées du contrôle des établissements ou services concernés, à l'intéressé ou à son représentant légal dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L311-6 - Modifié par Loi 2002-2 2002-01-02 art. 4 I, II, art. 10 JORF 3 janvier 2002

Modifié par Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 10 JORF 3 janvier 2002

Modifié par Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 4 JORF 3 janvier 2002

Afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en oeuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret.

Ce décret précise également, d'une part, la composition et les compétences de ce conseil et, d'autre part, les autres formes de participation possibles.

Article L311-7 - Créé par Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 - art. 11 JORF 3 janvier 2002

Dans chaque établissement et service social ou médico-social, il est élaboré un règlement de fonctionnement qui définit les droits de la personne accueillie et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de l'établissement ou du service.

Le règlement de fonctionnement est établi après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.

Les dispositions minimales devant figurer dans ce règlement ainsi que les modalités de son établissement et de sa révision sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article L311-8 - Modifié par Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 13 JORF 23 avril 2005

Pour chaque établissement ou service social ou médico-social, il est élaboré un projet d'établissement ou de service, qui définit ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Le cas échéant, ce projet identifie les services de l'établissement ou du service social ou médico-social au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions des conventions pluriannuelles visées à l'article L. 313-12. Ce projet est établi pour une durée maximale de cinq ans après consultation du conseil de la vie sociale ou, le cas échéant, après mise en oeuvre d'une autre forme de participation.

Article L311-9 - modifié par LOI n°2009-323 du 25 mars 2009 - art. 69

En vue d'assurer le respect du droit à une vie familiale des membres des familles accueillies dans les établissements ou services mentionnés aux 1°, 8° et 13° du I de l'article L. 312-1, ces établissements ou services doivent rechercher une solution évitant la séparation de ces personnes ou, si une telle solution ne peut être trouvée, établir, de concert avec les personnes accueillies, un projet propre à permettre leur réunion dans les plus brefs délais, et assurer le suivi de ce projet jusqu'à ce qu'il aboutisse.

Dans ce but, chaque plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile évalue les besoins en accueil familial du département et prévoit les moyens pour y répondre.

Article L311-10 - Créé par Loi n°2007-308 du 5 mars 2007 - art. 18 JORF 7 mars 2007 en vigueur le 1er janvier 2009

Les adaptations des dispositions de la présente section rendues nécessaires par la mise en œuvre des mesures de protection judiciaire des majeurs sont fixées par les articles L. 471-6 à L. 471-8.

Code de la santé publique :

titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique

chapitre II

section III : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge »

*Sous-section 1**Champ d'application et missions*

Art. R. 1112-79. - La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 1112-3 est instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Art. R. 1112-80. - I. - La commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches. A cet effet, l'ensemble des plaintes et réclamations adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses qui y sont apportées par les responsables de l'établissement sont tenues à la disposition des membres de la commission, selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement. Dans les conditions prévues aux articles R. 1112-93 et R. 1112-94, la commission examine celles de ces plaintes et réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

II. - La commission contribue par ses avis et propositions à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. A cet effet :

1° Elle reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- a) Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées par la commission médicale d'établissement conformément au 3° de l'article L. 6144-1 ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulés dans ce domaine par les diverses instances consultatives de l'établissement ;
- b) Une synthèse des réclamations et plaintes adressées à l'établissement de santé par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents ;
- c) Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées en vertu de l'article L. 1112-1 ainsi que les délais dans lesquels l'établissement satisfait à ces demandes ;
- d) Le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers prévue à l'article L. 1112-2, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie ;
- e) Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers

2° A partir notamment de ces informations, la commission :

- a) Procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées ;
- b) Recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le conseil d'administration ou l'organe collégial qui en tient lieu en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en œuvre ;

c) Formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer le respect des droits des usagers ;

3° La commission rend compte de ses analyses et propositions dans le rapport mentionné à l'article L. 1112-3.

Ce rapport ne comporte que des données anonymes. Après avis des autres instances consultatives concernées, il est transmis au conseil d'administration ou à l'organe collégial qui en tient lieu, quinze jours au moins avant la séance au cours de laquelle ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Il est également transmis, avec les éléments d'information énumérés au 1°, à l'agence régionale de santé et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Sous-section 2

Composition

Art. R. 1112-81. - I. - La commission est composée comme suit :

1° Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, président ;

2° Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement dans les conditions prévues à l'article R. 1112-82 ;

3° Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans les conditions prévues à l'article R. 1112-83.

Le règlement intérieur de l'établissement peut compléter la composition de la commission dans les conditions prévues aux II à VI ci-dessous.

II. - Dans les établissements publics de santé, autres que l'Assistance publique-hopitaux de Paris, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ;

2° Un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et son suppléant, désignés par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres mentionnés au b de l'article R. 714-62-2 ;

3° Un représentant du personnel et son suppléant, choisis par les membres du comité technique d'établissement en son sein ;

4° Un représentant du conseil de surveillance et son suppléant, choisis par et parmi les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées.

III. - Le directeur général de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris institue, soit dans un groupement d'hôpitaux, soit dans un hôpital, une commission locale des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Cette commission locale peut comporter des représentants des instances représentatives locales mentionnées aux articles R. 6147-6 et suivants selon des modalités définies par le règlement intérieur de l'établissement.

IV. - Dans les établissements de santé privés, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Le président de la commission médicale ou de la conférence médicale ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission ou de cette conférence ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant du conseil de surveillance ou de l'organe collégial qui en tient lieu et son suppléant, choisis par et parmi les membres qui n'y représentent pas les professionnels ou les usagers.

V. - (Abrogé).

VI. - Dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé, la commission peut en outre comporter un ou plusieurs des membres suivants :

1° Un médecin et son suppléant, choisis par et parmi les médecins membres des commissions médicales d'établissement, commissions médicales et conférences médicales des établissements de santé membres du groupement ;

2° Un représentant du personnel infirmier ou aide-soignant et son suppléant, désignés par le représentant légal de l'établissement ;

3° Un représentant de l'assemblée générale du groupement et son suppléant, choisis en son sein par les membres de l'assemblée.

Art. R. 1112-82. - Les médiateurs mentionnés au 2° du I de l'article R. 1112-81 sont un médiateur médecin et un médiateur non médecin.

Le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi le personnel non médecin exerçant dans l'établissement.

Le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le représentant légal de l'établissement parmi les médecins exerçant dans l'un des établissements mentionnés aux II à VI de l'article R. 1112-81 ou ayant cessé d'exercer la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans. Dans les établissements mentionnés aux II à V de l'article R. 1112-81, ces nominations interviennent après avis de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale. Le médiateur médecin et son suppléant ne doivent pas exercer dans le même service.

En cas de vacance du siège de médiateur médecin pendant une période supérieure à six mois, le directeur de l'agence régionale de santé en désigne un sur proposition du conseil départemental de l'ordre des médecins, parmi des praticiens remplissant les conditions d'exercice définies à l'alinéa précédent.

Une même personne ne peut assurer les missions de médiateur médecin titulaire ou suppléant auprès de plus de trois établissements simultanément. Si le médiateur médecin ou son suppléant ne sont pas salariés de l'établissement, ce dernier les assure pour les risques courus au titre de leurs missions.

Art. R. 1112-83. - Les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les personnes proposées par les associations agréées en application de l'article L. 1114-1.

Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du conseil de surveillance ou de l'instance habilitée à cet effet dans l'établissement considéré demandent à siéger à ce titre au sein de la commission, le directeur général de l'agence est dispensé de solliciter de telles propositions.

Art. R. 1112-84. - Le représentant légal de l'établissement arrête la liste nominative des membres de la commission. Cette liste actualisée est affichée dans l'établissement et transmise au directeur de l'agence régionale de santé. Elle est remise à chaque patient avec le livret d'accueil, dans un document qui reproduit les

dispositions des articles R. 1112-91 à R. 1112-94 et précise leurs modalités d'application au sein de l'établissement.

Sous-section 3

Fonctionnement

Art. R. 1112-85. - La durée du mandat des médiateurs, des représentants des usagers et des représentants du personnel mentionnés aux 2° des IV, V et VI de l'article R. 1112-81 est fixée à trois ans renouvelable. Le mandat des autres membres de la commission prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions aux titres desquels les intéressés ont été désignés.

Art. R. 1112-86. - Le président ne prend pas part aux votes. Il peut se faire accompagner des collaborateurs de son choix. En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la recommandation formulée.

Le responsable de la politique de la qualité assiste aux séances de la commission avec voix consultative. La commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Art. R. 1112-87. - Les membres de la commission, autres que le président, qui sont concernés par une plainte ou une réclamation ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Un membre titulaire empêché ou concerné par une plainte ou une réclamation est remplacé par son suppléant.

Si le médiateur et son suppléant sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le représentant légal, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, du comité consultatif médical, de la commission médicale ou de la conférence médicale, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin. Dans les établissements mentionnés au VI de l'article R. 1112-81, le praticien est désigné par le représentant légal de l'établissement.

Art. R. 1112-88. - La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'article R. 1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

L'ordre du jour, qui comporte notamment les questions dont l'inscription a été demandée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, est arrêté par le président et communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la réunion. En cas d'urgence, le délai peut être réduit sans pouvoir être inférieur à un jour franc.

Art. R. 1112-89. - La commission établit son règlement intérieur. Le secrétariat est assuré à la diligence du représentant légal de l'établissement. Chaque établissement met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Art. R. 1112-90. - Les membres de la commission sont indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leur mission.

Sous-section 4

Examen des plaintes et réclamations

Art. R. 1112-91. - Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement. En cas d'impossibilité ou si les explications reçues ne le satisfont pas, il est informé de la faculté qu'il a soit d'adresser lui-même une plainte ou réclamation écrite au représentant légal de l'établissement, soit de voir sa plainte ou réclamation consignée par écrit, aux mêmes fins. Dans la seconde hypothèse, une copie du document lui est délivrée sans délai.

Art. R. 1112-92. - L'ensemble des plaintes et réclamations écrites adressées à l'établissement sont transmises à son représentant légal. Soit ce dernier y répond dans les meilleurs délais, en avisant le plaignant de la possibilité qui lui est offerte de saisir un médiateur, soit il informe l'intéressé qu'il procède à cette saisine.

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Art. R. 1112-93. - Le médiateur, saisi par le représentant légal de l'établissement ou par l'auteur de la plainte ou de la réclamation, rencontre ce dernier. Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, le rencontre a lieu dans les huit jours suivant la saisine. Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre doit intervenir dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement. Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Art. R. 1112-94. - Dans les huit jours suivant la rencontre avec l'auteur de la plainte ou de la réclamation, le médiateur en adresse le compte rendu au président de la commission qui le transmet sans délai, accompagné de la plainte ou de la réclamation, aux membres de la commission ainsi qu'au plaignant.

Au vu de ce compte rendu et après avoir, si elle le juge utile, rencontré l'auteur de la plainte ou de la réclamation, la commission formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose. Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le représentant légal de l'établissement répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation et joint à son courrier l'avis de la commission. Il transmet ce courrier aux membres de la commission.



JE SUIS FACE A MON MEDECIN ; QUELS SONT MES DROITS ?

1. L'obligation d'information
2. L'obligation de prodiguer des soins consciencieux, conformes aux données acquises de la science
3. Le secret médical

Les obligations d'un praticien (médecin généraliste, spécialiste, chirurgien...) à l'égard de son patient sont autant déontologiques que juridiques.

Elles sont parfaitement résumées par le serment d'Hippocrate (dans sa version réactualisée, la version originale étant un serment à Apollon, ce qui n'est plus tout à fait d'actualité !...)

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne fournirai aux femmes aucun abortif

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

POLE SANTE ET SECURITE DES SOINS DU MEDIATEUR DE LA REPUBLIQUE





Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque ».

Figure dans ce texte les engagements essentiels des praticiens, consacrés tant par le Code de Déontologie Médicale que par les lois et règlements applicables, notamment la Loi du 04 mars 2002 dite Loi Kouchner (LOI no 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Au nombre de ceux-ci :

- L'obligation d'informer *complètement* et *loyalement* le patient sur le traitement envisagé, ses bénéfices et ses risques ;
- L'obligation de délivrer des soins consciencieux, diligents, conformes aux données acquises de la science médicale ;
- Le secret médical.

1. L'obligation d'information

[Les textes : art. 35 du Code de Déontologie Médicale ; art. 1111-2 du Code de la Santé Publique]

Un patient, quelque soit la gravité de son état de santé, dès lors qu'il est majeur et capable (au sens juridique du terme), a le droit de recueillir toute information concernant son état de santé.

Le Code de la santé publique précise :

« Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel (NDR : le colloque singulier) ».

En aucun cas, le secret médical ne peut être opposé au patient lui-même.



Face à son patient, le praticien doit délivrer une information complète, intelligible et loyale. Il ne s'agit ni de faire peur, ni de banaliser.

Cette obligation porte sur la pathologie elle-même, les différents traitements envisageables, les risques, en particulier le fameux rapport risques/avantages escompté, les complications, les chances de succès et, pour le secteur privé, le coût économique....

Cette obligation d'information est renforcée en matière de chirurgie de confort et plus encore en chirurgie esthétique.

L'absence d'information constitue une faute, sanctionnée, en tant que telle, par les Tribunaux

En bref, le praticien a l'obligation de recueillir, grâce à ses explications, le *consentement éclairé* du patient (art. 36 du Code de Déontologie Médicale).

2. L'obligation de délivrer des soins consciencieux, diligents, conformes aux données acquises de la science médicale

[Les textes : art. 32 du Code de Déontologie Médicale, art. 1142-1 du Code de la Santé Publique]

Cette obligation a été consacrée par la Cour de cassation aux termes d'un célèbre arrêt (Mercier, 20 mai 1936, D 1936, p. 88 à 96, note signée « E.P », rapport Jossierand et conclusions Matte) toujours d'actualité.

Il s'agit d'une obligation de moyens et en aucun cas de *résultat* (ce principe connaît quelques entorses significatives, notamment en matière de lutte contre les infections nosocomiales ; art. 1142-1 I du CSP, Cass. 1ère Chambre civile, 29 juin 1999, 3 arrêts). Il n'y a pas d'obligation de « guérir », mais d'apporter au patient les meilleurs soins possibles au regard de l'état de la science à l'instant où il se présente devant son praticien.

Ces règles, d'essence civiliste, sont consacrées par la jurisprudence administrative.

En conséquence, la responsabilité des praticiens n'est engagée qu'en cas de faute. C'est le principe posé par l'article 1142-1 du Code de la Santé Publique, issue de la loi du 04 mars 2002.





Le respect de cette obligation de délivrer des soins consciencieux, conformes aux données acquises de la science est évidemment apprécié à dire d'expert.

Un praticien mis en cause par un patient, à l'amiable ou judiciairement, justifiera de ses pratiques médicales (diagnostic, intervention, suivi...) devant ses pairs qui auront pour difficile mission d'évaluer celles-ci.

3. Le secret médical

[Les textes : art. 4 du Code de Déontologie Médicale, art. 226-13 du Code Pénal, art. L 1110-4 de la Loi du 4 mars 2002]

C'est un principe permanent et - presque - absolu. Le respect du secret médical s'impose à tous les praticiens (au sens large) et les auxiliaires de soins, en toute circonstance.

Le secret médical s'étend non seulement aux informations à caractère strictement médical : pathologie, résultats d'examens biologiques et radiographiques, diagnostic, traitements, interventions, mais aussi aux informations personnelles, relatives à la vie privée d'une personne ; celles-ci peuvent concerner la famille, la profession ou encore le patrimoine de la personne malade.

En bref, le secret auquel est tenu médecin concerne toutes les informations qu'il a pu recueillir dans l'exercice de son art.

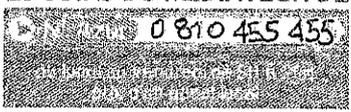
C'est un des très rares « secret professionnel », avec celui des avocats et des prêtres, dont la violation est sanctionnée pénalement.

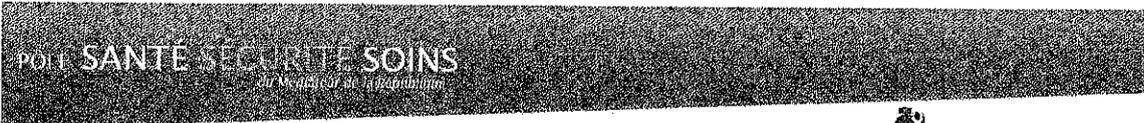
Aucune exception n'est admise, notamment en faveur des plus proches parents.

Le secret perdure au-delà du décès du patient.

En revanche, ce secret ne peut être opposé au patient lui-même qu'il est censé protéger.

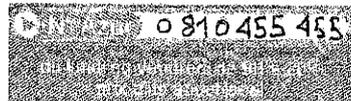
Ainsi, il ne saurait être question d'opposer le secret médical à l'obligation d'information évoquée ci-dessus.





De même, la Cour de Cassation rappelle de manière constante que le secret médical ne peut être utilement invoqué pour refuser la communication de pièces à l'expert judiciaire (Cass. Civ. 2^e ch. 22 novembre 2007 n°06-18250).

Ainsi, il est possible de passer outre l'accord de l'intéressé ou des ayants droit pour transmettre à l'expert des pièces d'un dossier médical, dès lors que cette transmission s'impose dans le cadre de sa mission.



La place des usagers, une question centrale depuis la loi de 2002-2

Qui d'autres serait mieux placé que les usagers eux-mêmes pour parler des usagers ? Une fois n'est pas coutume, une rencontre interrégionale a réuni plusieurs centaines de personnes, à raison d'une proportion de trois personnes prises en charge pour deux travailleurs sociaux. Parfois animés par des personnes hébergées, les débats ont été riches : autonomie et dignité, livret d'accueil, démocratie participative et surtout conseils de vie sociale dans les CHRS étaient au menu

L'affaire est depuis quelque temps dans l'air du temps. En mars 2000 déjà, le Parlement avait adopté une loi relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration : documents mieux transmissibles à l'utilisateur, moins d'anonymat chez les agents de la fonction publique, réduction du délai de réponse de l'administration... Le souci est aujourd'hui au cœur de nombre de rencontres et de projets : le 28 janvier 2005, le mouvement Éducation et Société organisait une rencontre sur la démocratie participative, avec les auteurs d'un ouvrage référence sur la question. De même, l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (Unccas) publiait récemment un guide sur les conséquences de la loi du 2 janvier 2002 - 2 pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux¹. Ses différentes dispositions y sont abordées, de même que ses décrets d'application, parus le 1er décembre 2004 ; on y trouve également des informations sur la mise en œuvre des droits des usagers, l'établissement de nouvelles procédures budgétaires, et les nouvelles contraintes d'évaluation.

Réformant l'ancien texte du 30 juin 1975, la fameuse loi 2002 - 2 rénovant l'action sociale et médico-sociale fixe en effet de nouvelles règles relatives aux droits des personnes. Elle réaffirme la place prépondérante des usagers, entend promouvoir l'autonomie, la protection des personnes et l'exercice de leur citoyenneté. Une charte des droits et libertés de la personne accueillie existait certes antérieurement, évoquant le droit au respect des liens familiaux ou à l'exercice des droits civiques... Mais de nouvelles contraintes pour les établissements sont apparues : livret d'accueil décrivant l'organisation de la structure, contrat de séjour définissant les obligations réciproques, règlement de fonctionnement, conseil de la vie sociale, personne qualifiée à laquelle tout usager pourra faire appel pour faire valoir ses droits. En outre, un projet d'établissement ou de service doit pouvoir présenter les objectifs généraux poursuivis.

Apprendre à parler le « deuxmilledeuxdeusien »

Des rencontres interrégionales des usagers étaient organisées, fin janvier à Lille par la fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars). Environ 70 établissements, représentant treize régions : 540 participants... dont 310 usagers ! Nicole Mæstracci, présidente de la Fnars, rappelait en préambule l'importance de considérer avant tout cette population comme hétérogène.

Mais, si les questions de démocratie participative traversent les débats, il ne s'agit surtout pas pour autant d'esquiver les problèmes structurels de fond, et peut-être même de les rappeler en préambule : « Il y a quelques jours, nous n'avions plus de place », déplorait un responsable de centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) interrogé par La Voix du Nord, « une famille avec un enfant cherchait un endroit où passer la nuit. Lorsque le bus de maraude est passé, ils tendaient le bébé par la fenêtre, voulant nous le confier et les parents se préparant à passer la nuit dehors. Voilà ce que nous voyons parce que nous sommes à saturation ».

La Fnars région Centre semble particulièrement en pointe par rapport à la nécessaire pédagogie accompagnant les textes de loi parus autour de la participation des usagers. Avec l'objectif de présenter clairement l'essentiel de ces « nouveaux » textes officiels concernant la place des usagers dans les établissements, un CD de vulgarisation intitulé La loi 2002 - 2... et nous a été édité par l'association Le Pont². La démarche se veut pédagogique. Par exemple, l'objectif Pilotage des actions est ainsi énoncé : d'une part, planifier les secteurs

d'activité sur le plan départemental et régional, d'autre part définir les orientations et critères de fonctionnement de l'action sociale. Mais surtout, la page renvoie au décret (2003 - 1135) et à sa circulaire DGAS (2003 - 572). Des petits dessins agrémentent le texte, et des bulles informatives s'échappent généreusement d'une petite silhouette, repère pour le lecteur dans cette jungle administrative. Les différentes ramifications du texte sont ainsi explorées.

Les conseils de vie sociale

Peut-être représente-t-il la mesure clé du changement... Désormais imposé, le conseil de vie sociale (CVS) doit comprendre au moins deux personnes accueillies ou prises en charge, un représentant du personnel et un représentant de l'établissement. Il se réunit au moins trois fois par an. En date du 27 mars 2004, un décret le rend obligatoire pour tout établissement assurant l'accueil ou l'hébergement de personnes de plus de 11 ans, de même que pour les centres d'aide par le travail. Article 14 : « Le CVS donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service. Notamment sur le règlement intérieur et la vie quotidienne, les activités, l'animation de la vie institutionnelle, les projets de travaux, l'entretien des locaux, l'entretien collectif, le relogement ». Mais des interlocuteurs de la mairie ou de la DDASS peuvent aussi être invités au conseil.

Cela posé, « y a-t-il des conseils de vie sociale partout ? Quel est le sens du pouvoir dans un CVS ? Quelles difficultés y rencontre-t-on pour s'y exprimer ? Les délégués des personnes hébergées bénéficient-elles d'une formation ? » : les questions pertinentes ou dérangement étaient nombreuses à être d'actualité lors de ces rencontres, et plus spécifiquement lors d'une table ronde consacrée au sujet et coanimée par un usager. Devançant le décret d'application, certains établissements ont fait vivre ces conseils depuis quelque temps déjà. « Il faut que ce soit une culture d'institution », insiste un responsable de CHRS. Organe de propositions concrètes d'amélioration du quotidien, lieu de libération de la parole et donc de possible revendication, le CVS apparaît parfois comme une instance qui peut déranger les travailleurs sociaux. En principe traits d'union, passerelles entre la direction et les personnes hébergées, les délégués peuvent se trouver dans des situations pléigeantes. voire se retrouver en position de bouc émissaire. Par ailleurs, un des risques rencontrés réside dans le fait qu'un délégué défende avant tout des intérêts personnels, témoignera un éducateur. Ou que ce soit le passage obligé pour toute demande : « Quand on demande un truc, ça ne se fait pas, alors que lorsque j'étais au CVS, ça se faisait ! », se souvient ainsi un ancien délégué.

Mais trop de personnes accueillies ne s'intéressent encore pas assez aux conseils de vie sociale. Ceux-ci mettent alors souvent en évidence l'isolement de certains résidents — il est pourtant primordial de réussir aussi à toucher ceux-ci, implorera l'une d'elles —, voire repèrent leur souffrance. Le rôle d'accueil du délégué en est d'autant plus important. De plus, les hébergements sont parfois éclatés, ajoutant à la difficulté de se rencontrer. Par ailleurs, nombre d'institutions s'évertuent à réduire les prérogatives des CVS (c'est un directeur qui l'affirme), alors même que les travailleurs sociaux sont présents, en principe, pour aider les personnes accompagnées à recouvrer la totalité de leurs droits. Et, même quand ça marche, quels moyens leur donne-t-on ? Certain (e) s délégué (e) s se plaignent de n'avoir aucun subside pour les photocopies... Dans certains établissements, il y a carrément un problème de candidatures de délégués de résidents.

Bienfaits et limites du CVS

Vous arrivez en CHRS : quel que soit votre état de précarité, on doit donc en principe vous présenter un livret d'accueil, vous expliciter un règlement intérieur, vous faire participer à un conseil de vie sociale. Les « résidents », « usagers », « personnes hébergées » ou « accueillies », ces « rescapés sociaux pourraient devenir, si l'on en croit les expressions le plus souvent entendues, une « force sociale ».

Mais quels sont les problèmes qui arrivent jusqu'au CVS ? Et... auraient-ils pu être réglés en amont ? Bref, la « démocratie participative » serait-elle un pieux et dérisoire pléonasse ? Car il ne faudrait pas non plus « tomber

dans la démagogie participative », ricane un travailleur social, rendu sceptique. Certes et on ne le dira jamais assez : « Les usagers doivent reprendre leurs droits ». Mais encore ? Pour ce « vieux travailleur social responsable de CHRS », il y a aujourd'hui un vrai problème d'engagement, de militantisme. Autant de réalités que d'établissements ? Certains CHRS sont décrits, dénoncés, plutôt, comme des ghettos, si peu ouverts sur l'extérieur. Un établissement est ainsi décrié, dans lequel les visites sont tout simplement... interdites. Dans la même rubrique, des manquements plus ou moins graves au respect de l'intimité des résidents sont signalés, entraînant des débats passionnés : dans quelles conditions un travailleur social, par exemple, peut-il entrer dans une chambre de résident (e) ? En extrapolant sur la sensible question de la maltraitance, plusieurs responsables rappelleront d'ailleurs l'utilité de saisir la DDASS et la justice dès qu'un CVS ne parvient pas à résoudre un problème de cet ordre.

Les témoignages s'enchaînent les uns aux autres. Parfois, en une confusion qui n'est pas forcément volontaire, sont baptisés conseils de vie sociale des instances de participation qui n'en sont pas : ici, des réunions de résidents, une fois par semaine (« au début, on était 9, maintenant on est 33 ») servent à résoudre, avec les éducateurs, des problèmes de quotidien (machine à laver, télévision...). Alors que le CVS proprement dit, lui, se réunit une fois par mois, faisant peut-être d'une certaine manière double emploi avec la formule précédente. Mais sur un plan plus global, une usagère d'un accueil de jour d'Orléans — les personnes qui y sont hébergées le sort via le 115 — soulignera leur importance en termes d'autonomie et de dignité, principalement pour les personnes les plus en difficulté.

Même s'il ne s'agit pas d'escamoter les conflits — certains estimant que le délégué peut et doit être médiateur, d'autres non —, quelques-uns restent prudents : « Même si on n'est pas des syndicalistes, si on est trop revendiquant on peut se faire virer ». Quoiqu'il en soit, comment peut-il se faire qu'il n'y ait pas, aujourd'hui, de conseils de vie sociale dans un certain nombre de structures alors même que la loi existe depuis plus de deux ans ?

La parole des usagers est-elle sacrée ?

Dans l'ensemble, les réactions, largement sollicitées, sont positives. « C'est bien, on peut donner son avis... », « la misère va peut-être devenir plus facile à combattre », s'enthousiasmaient en fin de rencontres Isabelle ou Christian dans un quatre pages recueillant diverses impressions. « Ces journées pour apprendre, pour comprendre et surtout évoluer. Je suis arrivée aveugle, je m'en retourne éblouie », en rajoute une autre. Mais tous les avis ne sont pas dithyrambiques : « L'accueil [en établissement] oui... mais la sortie ? », s'est interrogé ainsi un participant. Un autre, sévère : « La table ronde ressemblait plus à une opération promotionnelle des dispositifs associatifs qu'à une présentation valorisante de la parole, du droit et de la participation des usagers ». Un autre encore d'ajouter : « Si Georges Marchais vivait encore, il eût dit : « C'est un simulacre de démocratie ! »... Catherine Étienne est l'auteure d'un mémoire de DEA (novembre 2004) intitulé Les travailleurs sociaux et le conseil de vie sociale en CHRS : vers des approches collectives favorisant l'« empowerment » des usagers. Elle s'intéresse dans son écrit à l'évolution des représentations des travailleurs sociaux (en CHRS) concernant la participation des usagers. Le constat là, est plein d'espoir : si le conseil de vie sociale, estime-t-elle, permet de « renouveler l'approche de la réinsertion encore très centrée sur l'accompagnement individualisé », il peut constituer aussi « un de ces micro-espaces d'élaboration des projets, et une opportunité de revitalisation démocratique au sein d'une institution ». Plus encore, la reconnaissance de la parole et de l'agir collectif dans le processus de réinsertion des personnes désaffiliées serait même une piste possible pour un renouveau du travail social...

Pour faire correctement fonctionner cette nouvelle instance, elle pose trois conditions : considérer les usagers, l'institution et les travailleurs sociaux comme assez créatifs pour une telle interaction, une telle « négociation », une telle « coproduction » ; passer d'« un cadre de références théorique largement empreint de psychologie à une approche plus sociopolitique, en termes d'accès à la citoyenneté » ; enfin, faire l'apprentissage des

compétences techniques exigées par le processus d'empowerment, en vue d'accorder davantage de place et de pouvoir aux usagers.

Dans une synthèse des différents ateliers, la même doctorante surligne les points les plus récurrents : les conditions de vie (manque d'activités dans les établissements plusieurs fois dénoncé, grande solitude de l'hébergé le dimanche, manque de disponibilité des travailleurs sociaux...) sont à améliorer, de même que le parcours de l'usager de l'accueil jusqu'à la sortie, et la qualité de l'information qui lui est délivrée... La question de la violence dans les structures a également émergé, de même que celles de la parentalité ou de la discrimination à l'embauche, ou encore la stigmatisation des personnes ayant connu une prise en charge psychiatrique. Clairement et régulièrement énoncés, des obstacles sont à surmonter : difficultés de se comprendre, parfois, entre usagers et, encore une fois, pour accéder en amont à l'information — « celle sur la loi 2002 - 2 n'est visiblement pas passée partout » —, et aussi peur d'une expression collective trop engageante...

Quelques coups de gueule ont plus ou moins vigoureusement été poussés : attention au jargon et aux sigles du travail social, y compris dans les enquêtes de satisfaction ! Halte aux documents abscons : comment imaginer qu'une personne en grande difficulté venant d'un long séjour dans la rue puisse étudier efficacement un livret d'accueil de vingt pages ?

Une question de fond a traversé certains débats : la loi 2002 - 2 ne servirait-elle pas à masquer l'inaccessibilité de fait au droit commun ? Autrement dit, la parole de l'usager sert-elle vraiment à quelque chose ? Ne nage-t-on pas là dans une séduisante hypocrisie, dont l'inavouable finalité serait un statu quo caractérisé par l'absence d'une vraie politique ?

Des coups de cœur ou des appréciations positives ont été distribués : au premier rang de celles-ci et fort agréables à entendre, les travailleurs sociaux sont le plus souvent connotés comme utiles (« on est aidés sans être stigmatisés »), croyant avant tout aux possibilités de l'usager « même quand nous on n'y croit plus », et veillant à la sécurité des résidents. L'une d'entre elles, Amira, s'est joliment écrié à l'adresse de ces mêmes travailleurs sociaux : « Soyez sensibles, humains ! Soyez artisans ! L'écoute, c'est un art... ». Idée que reprendront à leur compte, en fin de rencontres, Rosalie et son éducateur, arrivés en droite ligne de l'hilarant Bataclown, lui affublé d'oreilles de Mickey.

Enfin, et de l'avis général, la loi 2002 - 2 a permis à certains établissements de commencer à produire de nettes améliorations, au moins de remettre en cause certaines pratiques.

Mille initiatives concrètes et quelques propositions

En Haute-Loire et depuis 1998, le CHRS Vers l'Avenir expérimente « la mise en valeur du potentiel des personnes hébergées » par un partage de savoirs et des activités créatrices communes : géré par les résidents, l'atelier ferme le soir à minuit, « bien après le départ des équipes éducatives », sans que n'ait été signalé jusqu'à présent le moindre problème. Ce même dispositif a permis, en septembre 2004, de mettre en place un point d'accueil enfants, permettant au père ou à la mère accueilli (e) de recevoir en journée leur enfant et d'exercer leur droit de visite.

De même, le CHRS Le Nouvel horizon, à Reims, développe depuis quatre ans des outils pour favoriser l'expression et la participation chez les usagers : un journal interne et bien achalandé, Entre-Nous (le dernier numéro avait seize pages) mêle plusieurs fois par an les paroles des usagers avec celles des éducateurs, psychologues ou administrateurs. Le 15 octobre 2004, un hors-série Spécial ramadan avait même été édité. Le groupe Ménage service d'Amiens vient d'éditer un CD musical. Huit femmes ont écrit et composé Femmes de courage, devenant ipso facto « usagères chanteuses » : « Femmes de ménage, femmes de courage/Dis-moi, dis-moi, que fais-tu dans la vie ?/Nettoyage, balayage, repassage/Femmes de ménage simplement j'te le dis ! »...

Un peu plus loin, on peut croiser aussi Marie-Andrée Hercot, « travailleuse intermittente du nettoyage » et auteure de Code barbare, coup de gueule vif et bien troussé, vu de l'intérieur, contre tous les partenaires obligés de la précarité³.

Bref, plusieurs initiatives venant en contrepoint des divers propos entendus dans les ateliers. Une ambiance qui, dans l'ensemble, est restée interactive, tolérante, dynamique et conviviale, même si ici et là ont pu être signalées tout de même quelques impatiences manifestées lors d'exposés de travailleurs sociaux trop prolixes... Des idées force ont été lancées, avec promesses d'exploration : pourquoi ne pas faire davantage la promotion, en tout cas mieux diffuser l'information sur la loi 2002-2 et penser autrement une vraie formation des délégués ? De nouvelles activités dans les établissements sont impérativement — des deux côtés on le reconnaît — à mettre en place. Dans cette rubrique, il a souvent été préconisé de s'ouvrir davantage sur l'extérieur : ainsi, l'association Advocacy propose de projeter ses films dans les CHRS... Par ailleurs et de l'avis de nombre de participants, l'accueil des pères avec enfant (s) doit être développé. Et, dans un souci statistique évident, pourquoi l'inventaire des CVS existant en France ne serait-il pas dressé ?

Belle rencontre. L'absence des politiques a une fois de plus été déplorée. Des premières journées d'usagers avaient réuni à Tours, en 2002, quelque 250 personnes. Aujourd'hui, plus du double. À quand la troisième édition ?

Le lien social - février 2013 – Joel PLANTET

Objet : Marisol Touraine prend 13 mesures pour rétablir la confiance à l'hôpital

APM International

chantal.berhault@ars.sante.fr a souhaité vous envoyer cette dépêche APM international :

Pour en savoir plus sur APM international et ses services rendez-vous sur [le site d'APM International](#).

Lundi 4 mars 2013 - 19:31

Marisol Touraine prend 13 mesures pour rétablir la confiance à l'hôpital

PARIS, 4 mars 2013 (APM) - La ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, a annoncé lundi ses 13 engagements pour rétablir la confiance avec les hospitaliers et construire l'hôpital de demain, à partir des propositions du rapport d'Edouard Couty qui lui a été remis officiellement lundi.

La remise du rapport sur le pacte de confiance à l'hôpital a eu lieu lundi après-midi au ministère de la santé en présence de quelques centaines de représentants du monde hospitalier, à l'image de ce qui avait été organisé en septembre 2012 pour le lancement de la démarche.

Ce rapport de 72 pages liste 46 propositions visant à rénover la gouvernance hospitalière (cf APM CBQC4002), ajuster la tarification (cf APM CBQC4001), refondre à tous les niveaux le cadre du dialogue social (cf APM NCQC4002), créer des contrats territoriaux de service public (cf APM MHQC4002), améliorer les relations entre les établissements et les agences régionales de santé (cf APM MHQC4003), rénover le secteur psychiatrique (cf APM MHQC4004) et évaluer la pertinence des pôles (cf APM MHQC4005).

Comme lors de son entretien avec l'APM vendredi (cf APM EHQC4001), la ministre a fait part de sa volonté de tourner la page de la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST). Elle a listé ses 13 engagements pour rétablir la confiance, dont certains avaient déjà fait l'objet d'annonces au cours des dernières semaines.

Elle s'est engagée à mobiliser toutes les instances pour assurer une gouvernance démocratique et équilibrée de l'hôpital, en renforçant la solidarité de la communauté hospitalière. Cela passera notamment par le renforcement des prérogatives des commissions médicales d'établissement (CME) "sans menacer en rien l'efficacité de la décision et l'arbitrage du directeur" et l'élargissement de la CME aux jeunes professionnels. Une concertation sera lancée en vue de la publication d'un décret modifiant la composition et les attributions des CME avant l'été 2013, indique le dossier de presse. Marisol Touraine s'est déclarée prête à travailler sur l'idée d'un "contrat de gouvernance" entre le directeur et le président de la CME afin d'assurer la cohérence de l'exécutif de l'établissement et de "lancer, s'il le faut, des expérimentations sur ce point". Elle

souhaite donner une meilleure visibilité institutionnelle à la commission des soins infirmiers, rééducation et médico-technique (Csirmt) et renforcer le rôle du comité technique d'établissement (CTE) sur l'accueil, l'intégration, la démographie des professionnels non médicaux et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Marisol Touraine demande par ailleurs un bilan de l'organisation en pôles aux conférences de directeurs et de présidents de CME qui devra lui être remis avant la fin de l'année. Le troisième engagement de la ministre sur la gouvernance concerne les usagers.

Elle souhaite créer un comité technique des usagers dans les grands établissements. Marisol Touraine a annoncé qu'elle allait confier une mission à ce sujet à une personnalité issue du monde associatif. S'agissant du financement de l'hôpital, elle s'engage à poser les premiers jalons d'une tarification de parcours et au service de la qualité.

Elle demande au comité de réforme de la tarification de lui remettre un rapport d'orientation d'ici au 30 juin avec des mesures immédiates à introduire dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014 ainsi que des objectifs de moyen terme (cf APM CBQC4001). 45 MILLIARDS SUR LES 10 PROCHAINES ANNEES Elle propose la mise en place de schémas régionaux d'investissement en santé. Elle a annoncé que 45 milliards d'euros seront investis dans les hôpitaux au cours des 10 prochaines années et demande aux agences régionales de santé (ARS) d'avoir recensé leurs besoins pour juillet et de lui avoir transmis un schéma régional d'investissement en santé pour hiérarchiser les projets et imaginer des opérations à long terme. Un de ses engagements porte sur la poursuite du programme Hôpital numérique et le lancement du programme "territoires numériques" avec un fonds d'investissement de 80 millions d'euros, dans le cadre de la réorientation de crédits du programme d'investissements d'avenir (cf APM HMQAL004).

Deux engagements concernent le service public. Le premier, annoncé dès 2012, vise à réintroduire la notion de service public hospitalier dans la loi. Il s'agira aussi de "préciser ses acteurs, ses missions, ses droits et obligations", a affirmé Marisol Touraine. Le second vise à définir un "service public territorial de santé". Il s'agira de "reconnaître une responsabilité collective de service public à l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire", a-t-elle expliqué. "Toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux, sont appelés à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des usagers, patients, personnes âgées, personnes handicapées". La réflexion engagée sur ce sujet par le groupe 1 du pacte de confiance (service public hospitalier) va être poursuivie, pour aboutir dans le cadre de la loi de santé publique prévue pour début 2014, est-il précisé dans le dossier de presse.

Enfin, cinq engagements visent à "réhabiliter" le dialogue social. La ministre entend mener d'ici à l'automne une concertation sur la répartition entre échelon local et national des sujets de négociations, relancer la dynamique des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux, élargir les missions et la composition des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et créer un observatoire national du dialogue social. Il est prévu de renforcer les missions des conférences paritaires régionales et formaliser un volet ressources humaines en santé dans les projets régionaux de santé (PRS).

Dans son discours, la ministre a adressé trois messages spécifiques aux professionnels de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). Elle souhaite que l'institution crée un fonds spécial pour l'investissement matériel médical de proximité avec un programme sur trois ans pour participer à l'amélioration des conditions de travail des équipes. Elle estime nécessaire que l'AP-HP renforce son ancrage territorial et s'ouvre davantage sur l'extérieur et attend des propositions concrètes sur ses projets immobiliers lourds dans le cadre d'une vision territoriale. Elle appelle aussi à une gouvernance simplifiée qui associe tous les professionnels aux choix qui les concernent. cb/nc/ab/APM_poisanredaction@apmnews.com CBQC4004 04/03/2013 19:36 ACTU

©1989-2013 APM International.