



## Introduction

Basée sur la Stratégie nationale de santé lancée par le Gouvernement en 2013 ainsi que sur les propositions de nombreux rapports (notamment les rapports d'[Alain Cordier](#), de [Claire Compagnon](#) et de [Bernadette Devictor](#)), la loi de modernisation de notre système de santé a été promulguée le 26 janvier 2016, après un recours auprès du Conseil constitutionnel.

Comprenant 227 articles, la loi s'articule autour de trois axes : la prévention, l'accès aux soins et les droits et la sécurité des patients. Elle prévoit notamment l'expérimentation de salles de consommation de drogues à moindre risque ("salles de shoot"), la désignation d'un médecin traitant pour les enfants, l'instauration d'un logo nutritionnel sur les emballages des produits alimentaires, la mise en œuvre du paquet de cigarettes neutre, la généralisation du tiers-payant à tous les assurés à partir du 1er janvier 2017, la refondation du dossier médical personnel, l'instauration d'une action de groupe dans le domaine de la santé.

Des modifications sont également apportées dans l'organisation régionale et territoriale du système de soins. La loi remanie ainsi le projet régional de santé, créé par la loi HPST, en instaurant un schéma régional de santé unique (au lieu de trois précédemment) et crée des communautés professionnelles territoriales de santé qui concourent au PRS et à la structuration des parcours de santé. Elle met également en place un dispositif d'organisation des soins spécifique à la santé mentale autour de plusieurs outils : projet territorial de santé mentale, diagnostic territorial partagé en santé mentale, contrat territorial en santé mentale...

Concernant le volet hospitalier, elle réintroduit la notion de service public hospitalier et redéfinit le fonctionnement des pôles d'activité (composition, contrat...). Le remplacement des communautés hospitalières de territoire par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) est également acté dans la loi ainsi que celui de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) par une Commission des usagers (CDU) dont les attributions sont élargies.

Par ailleurs, l'article 204 de la loi autorise le Gouvernement à prendre par ordonnances des mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à simplifier et moderniser : le régime des établissements de santé, le régime des autorisations des pharmacies à usage intérieur, les modalités de gestion et d'exercice de certaines professions, la législation en matière de sécurité sanitaire...

Après avoir rappelé le cadre de la préparation et de la publication de la loi de santé (textes juridiques, repères chronologiques), ce dossier propose une sélection de documents disponibles à la bibliothèque de l'EHESP ou sur le web. Ces ressources documentaires (ouvrages, rapports, articles...) sont classées par thématiques selon les différentes dispositions de la loi : hôpital, prévention de santé, profession, psychiatrie...

## Sommaire du dossier

|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Textes juridiques .....                                                                                 | 4  |
| Repères chronologiques .....                                                                            | 6  |
| Sélection bibliographique .....                                                                         | 8  |
| Les documents officiels préparatoires à la réforme.....                                                 | 8  |
| <i>Les rapports préparatoires à la réforme</i> .....                                                    | 8  |
| <i>Les avis sur le projet de loi</i> .....                                                              | 11 |
| Analyse de la loi.....                                                                                  | 13 |
| Etudes générales sur la loi et questionnements face à la réforme .....                                  | 14 |
| Zoom sur les dispositions de la loi.....                                                                | 20 |
| <i>Agence sanitaire</i> .....                                                                           | 20 |
| <i>Bioéthique : prélèvements «post-mortem», recherches sur l’embryon</i> .....                          | 21 |
| <i>Centre de santé</i> .....                                                                            | 21 |
| <i>Données de santé</i> .....                                                                           | 22 |
| <i>Etablissement social et médico-social</i> .....                                                      | 23 |
| <i>Femmes</i> .....                                                                                     | 24 |
| <i>Handicap</i> .....                                                                                   | 24 |
| <i>Hôpital</i> .....                                                                                    | 25 |
| <i>Généralités</i> .....                                                                                | 25 |
| <i>Coopération : groupement de coopération sanitaire, groupement hospitalier de territoire...</i> ..... | 25 |
| <i>Personnel hospitalier</i> .....                                                                      | 31 |
| <i>Service public hospitalier</i> .....                                                                 | 32 |
| <i>Usager santé</i> .....                                                                               | 34 |
| <i>Autres points relatifs à l’hôpital</i> .....                                                         | 36 |
| <i>Prévention et promotion de la santé</i> .....                                                        | 37 |
| <i>Généralités</i> .....                                                                                | 37 |
| <i>Activité physique</i> .....                                                                          | 38 |
| <i>Etiquetage nutritionnel</i> .....                                                                    | 38 |
| <i>Lutte anti-tabac</i> .....                                                                           | 39 |

|                                                                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Profession sanitaire et sociale</i> .....                                                                    | 39 |
| <i>Conflit d'intérêt</i> .....                                                                                  | 39 |
| <i>Formation continue</i> .....                                                                                 | 39 |
| <i>Partage de l'information</i> .....                                                                           | 39 |
| <i>Transferts de compétences, pratiques avancées</i> .....                                                      | 42 |
| <i>Psychiatrie</i> .....                                                                                        | 43 |
| <i>Système santé</i> .....                                                                                      | 46 |
| <i>Parcours santé</i> .....                                                                                     | 46 |
| <i>Territorialisation : projet régional de santé, communauté professionnelle territoriale de santé...</i> ..... | 47 |
| <i>Tiers payant</i> .....                                                                                       | 49 |
| <i>Usager de santé : droits et autonomie du patient</i> .....                                                   | 51 |
| <b>Autres ressources</b> .....                                                                                  | 54 |
| Dépêches-Communiqués de presse .....                                                                            | 54 |
| Sites internet et blogs.....                                                                                    | 54 |
| Dossiers et bibliographies complémentaires .....                                                                | 55 |

## Textes juridiques

---

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel du 27 janvier 2016 et rectificatif au JO du 9 avril 2016

*Saisines et décisions du Conseil constitutionnel :*

- Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016
- Saisine du Conseil constitutionnel en date du 21 décembre 2015 présentée par au moins soixante députés, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2015-727 DC
- Saisine du Conseil constitutionnel en date du 21 décembre 2015 présentée par au moins soixante sénateurs, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2015-727 DC
- Observations du Gouvernement sur la loi de modernisation de notre système de santé

Travaux préparatoires de l'Assemblée Nationale, du Sénat et de la Commission mixte Paritaire : tous ces documents sont regroupés dans un dossier sur le [site de l'Assemblée Nationale](#).

Application de la loi : Un récapitulatif des textes publiés en application de la loi est disponible sur le site du [Sénat](#) et sur le site de [Légifrance](#)

Modification de la loi :

- Modification de l'article 43 par l'article 83 de la [loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021](#) de financement de la sécurité sociale pour 2022
- Modification de l'article 107 par l'article 57 de la [loi n°2019-774 du 24 juillet 2019](#) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé
- Modification de l'article 166 par l'article 72 de la [loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017](#) de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Modification de l'article 83 par l'article 63 de la [loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017](#) de financement de la sécurité sociale pour 2018
- Modification de l'article 223 par les articles 26 et 42 de la [loi n° 2017-256 du 28 février 2017](#) de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique
- Modification de l'article 225 par l'article 5 de la [loi n° 2017-220 du 23 février 2017](#) ratifiant l'ordonnance n° 2016-966 du 15 juillet 2016 portant simplification de procédures mises en œuvre par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et comportant diverses dispositions relatives aux produits de santé
- Abrogation de l'article 53 par l'article 7 de l'[Ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017](#) de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Modification de l'article 196 par l'article 18 de la [loi n° 2016-1888 du 28 décembre 2016](#) de modernisation, de développement et de protection des territoires de montagne
- Modification de l'article 21 par l'article 32 de l'[Ordonnance n° 2016-301 du 14 mars 2016](#) relative à la partie législative du code de la consommation

Quelques circulaires explicatives :

- Instruction N° DGOS/PF3/2018/160 du 27 juin 2018 relative aux centres de santé
- Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
- Instruction N° DGOS/RH4/2017/354 du 28 décembre 2017 concernant la mise en œuvre du décret n°2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé
- Instruction N° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD
- Instruction interministérielle N° DGOS/GHT/DGFIP/2017/153 du 4 mai 2017 relative à l'organisation des groupements hospitaliers de territoire
- Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement
- Instruction DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires
- Instruction interministérielle N° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée
- Instruction N° DGOS/R5/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux équipes de soins primaires (ESP) et aux communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

## Repères chronologiques

---

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 juillet 2012              | <p>Annonce d'une Stratégie Nationale de Santé par le Premier Ministre, Jean-Marc Ayrault</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <a href="#">Déclaration de politique générale du Premier ministre devant l'Assemblée nationale</a></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                     |
| 16 janvier 2013             | <p>Lancement officiel de la Stratégie Nationale de Santé par le Gouvernement</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <a href="#">Communication du Conseil des Ministres du 16 janvier 2013</a></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 8 février 2013              | <p><a href="#">Lettre de mission</a> de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, à Alain Cordier pour coordonner les travaux du comité des Sages chargé de préfigurer la stratégie nationale de santé</p>                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 23 septembre 2013           | <p>A l'occasion de la remise du rapport d'Alain Cordier, Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales et de la santé, présente la Stratégie Nationale de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <a href="#">La Feuille de route version longue</a></li><li>➤ <a href="#">La Feuille de route version courte</a></li><li>➤ <a href="#">Rapport Cordier : Un projet global pour la stratégie nationale de santé - 19 recommandations du comité des «sages»</a></li></ul> |
| Octobre 2013 à février 2014 | <p>Débats en régions organisés par l'ensemble des 26 agences régionales de santé (ARS) sur les grandes thématiques définies dans la Stratégie Nationale de Santé</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <a href="#">Synthèse des débats régionaux</a></li></ul>                                                                                                                                                                                                                  |
| 19 juin 2014                | <p>Présentation des grandes orientations de la loi santé par Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <a href="#">Intervention de Marisol Touraine</a></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 15 octobre 2014             | <p>Présentation du projet de loi en Conseil des ministres</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ <a href="#">Compte-rendu du Conseil des ministres</a></li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20 janvier 2015  | Marisol Touraine annonce quatre groupes de travail avec les professionnels de santé pour faire évoluer le texte avant son passage au Parlement. Les thématiques suivies sont les suivantes : -le tiers payant -l'organisation des soins de proximité dans les territoires -l'évolution de certaines compétences médicales -les liens entre médecins spécialistes, cliniques privées lucratives et service public hospitalier |
| 24 février 2015  | La Ministre confie à Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé, une mission sur l'accompagnement des patients (article 22 du projet de loi)                                                                                                                                                                                                                                      |
| 9 mars 2015      | Conférence de presse de Marisol Touraine qui présente les évolutions du projet de loi après la consultation des groupes de travail<br>➤ Texte du discours de la ministre                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 17 mars 2015     | Début de la discussion du projet de loi à l'Assemblée Nationale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 17 décembre 2015 | Adoption définitive par l'Assemblée nationale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 21 décembre 2015 | Saisine du Conseil constitutionnel par plus de soixante députés et soixante sénateurs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 27 janvier 2016  | Publication de la loi au Journal officiel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |



## Sélection bibliographique

---

### Les documents officiels préparatoires à la réforme

#### *Les rapports préparatoires à la réforme*

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport de fin de mission [Rapport] / Hubert, Jacqueline; Martineau, Frédéric. - Paris [FRA] : La Documentation Française, 2016/02. - 51p.

Disponible en ligne sur le site de la vie publique

**Résumé :** Par lettre du 17 novembre 2014, Jacqueline Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, et Frédéric Martineau, président de la Conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centres hospitaliers, ont été chargés d'une mission d'accompagnement dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Après un rapport d'étape paru en mai 2015 qui déclinait 20 conditions pour réussir un GHT avec des premières orientations quant à leur traduction en loi et en décret, le présent rapport présente 17 orientations définitives, dont 10 consacrées aux décrets d'application, 3 portant sur les enjeux de rémunérations des activités de télémédecine, et enfin 4 dédiées à l'accompagnement du déploiement.

Cap santé ! : Rapport en vue du cahier des charges des expérimentations des projets d'accompagnement à l'autonomie prévues par le projet de loi de modernisation de notre système de santé [Rapport] / Saout, Christian; Voiturier, Jérôme. - Paris [FRA] : La Documentation Française, 2015/07. - 71p. Disponible en ligne sur le site de la vie publique

**Résumé :** Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit, en son article 22, d'expérimenter des dispositifs d'accompagnement, dans le but de renforcer l'autonomie et la capacité de décision des personnes. Il s'agit de leur offrir des services susceptibles d'accroître leur capacité à s'orienter au quotidien dans leur parcours de santé et dans leur parcours de vie. Par lettre en date du 18 décembre 2014, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, a confié à Christian Saout, secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), une mission tendant notamment à élaborer des propositions en vue du cahier des charges national de cette expérimentation. Le rapport remis le 20 juillet 2015 à la ministre revient sur les différentes approches conceptuelles mises en avant autour de l'accompagnement à l'autonomie (capacités, empowerment, valeurs de l'éducation thérapeutique, réhabilitation, care, engagement, littéracie en santé) et présente des recommandations pour la conduite des expérimentations (acteurs potentiels, évaluation et place de la recherche, sélection des offres...). Il propose en fin de rapport un cahier de charges pour les projets pilotes : champ, modalités de participation et de sélection, calendrier, financement...

Agence nationale de santé publique : Rapport de préfiguration [Rapport] / Bourdillon, François. - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes, 2015/06/02. - 184p. Disponible en ligne sur le site de la vie publique

**Résumé :** Par lettre du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, en date du 25 septembre 2014, une mission de préfiguration a été confiée au docteur François Bourdillon en vue de la création d'une agence de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, reprenant les missions, personnels et obligations de trois agences sanitaires existantes : l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus). Cette création s'inscrit dans le cadre du projet de loi portant modernisation de notre système de santé en préparation courant 2015. Ce rapport est la première formalisation des travaux et réflexions de la mission. Il détaille les grandes phases de la mise en place du futur établissement, ses principes fondateurs ainsi que ses missions et objectifs.

Mission Groupements Hospitaliers de Territoire : Rapport intermédiaire [Rapport] / Hubert, Jacqueline; Martineau, Frédéric. - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes, 2015/05. - 52p. [Disponible en ligne sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : Le groupement hospitalier de territoire (GHT) est une innovation prévue par le projet de loi de santé 2015 qui répond à un double objectif : faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'informations, fonction achat, plans de formation, etc.). Par lettre du 17 novembre 2014, Mme Hubert, directrice générale du CHU de Grenoble, et M. Martineau, président de la CME du centre hospitalier de la Côte Basque, ont été missionnés par le Ministère des affaires sociales et de la santé afin de participer à la conception du dispositif des GHT et à la définition des outils et des modalités de mise en œuvre. Le présent rapport dresse un bilan de la première partie de la mission qui s'est appuyée sur des auditions des représentants des acteurs du système de santé, organisées à Paris, et des concertations en régions, organisées en lien avec les agences régionales de santé. Soulignant que la communauté hospitalière a exprimé dans sa très grande majorité son adhésion de principe à la mise en place de cette coopération renforcée et que le projet médical partagé doit être la pierre angulaire du dispositif, il décline 20 conditions pour réussir un GHT.

Concertation sur le projet de Loi de Santé : Rapport de la mission sur la médecine spécialisée libérale [Rapport] / Decalf, Yves. - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes, 2015/03/18. - 19p. [Disponible en ligne sur le site du Ministère de la santé](#)

**Résumé** : Par lettre en date du 20 janvier 2015, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, a confié à Yves Decalf le soin de mener une concertation, sur la question de la médecine spécialisée libérale dans l'organisation des soins de proximité ainsi que sur la promotion de la médecine spécialisée dans la formation. L'objectif des travaux était d'alimenter la réforme du système de santé dans le cadre du projet de loi de santé 2015 en préparation. Dans ce rapport remis à la ministre en mars 2015, la mission émet plusieurs propositions de modification de la loi de santé afin de réaffirmer la place indispensable et les missions de la médecine spécialisée à différents niveaux : dans le cadre du parcours de soins coordonné, au sein des instances décisionnelles des Agences régionales de santé (ARS), ou bien encore, dans la déclinaison des plans de santé.

La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé : Travaux réalisés à la demande de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes [Rapport] / Druais, Pierre-Louis. - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes, 2015/03. - 91p. [Disponible en ligne sur le site du Ministère de la santé](#)

**Résumé** : En janvier 2015, Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, a missionné le Professeur Pierre-Louis Druais afin d'établir des propositions visant à donner au médecin généraliste et au médecin traitant toute leur place dans le système de soins et à améliorer le parcours des patients en ville. L'objectif des travaux était d'alimenter la réforme du système de santé dans le cadre du projet de loi de santé 2015 en préparation. Dans ce rapport remis à la Ministre en mars 2015, Pierre-Louis Druais appelle à un recentrage du système de santé français sur les soins de santé primaires et à placer la médecine générale comme la première étape du parcours de santé du patient, à travers un renforcement du rôle du médecin traitant. Il demande également l'élaboration de plans de santé publique après consultation du Collège de la Médecine générale ainsi que la création, au sein du Ministère de la Santé, d'une Direction des soins de santé primaires dont les missions pourraient comprendre tous les points liés au changement nécessaire de l'organisation des soins de santé primaires en France. Des propositions de modification de la loi de santé sont énoncées en conclusion du rapport.

Pour une politique régionale de développement des métiers et des compétences en santé : Ressources humaines et Projets régionaux de santé (PRS) [Rapport] / De Singly, Chantal; Ministère des Affaires sociales et de la Santé (Paris, FRA). -Paris [FRA] : Documentation Française, juillet 2014. - 106p. [cote IA10/0119](#) [Disponible papier et en ligne sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : Commandé en octobre 2013 dans le cadre de la stratégie nationale de santé, le rapport de Mme Chantal de Singly, directrice générale de l'Agence régionale de santé (ARS) Océan Indien,

présente 12 propositions organisées autour de 4 axes : développer au sein des projets régionaux de santé une vision stratégique partagée sur les professionnels et les compétences en santé ; rapprocher Région, Université et ARS afin de coordonner les politiques de formations dans les secteurs sanitaire et médico-social ; accompagner les acteurs dans l'animation et la promotion des questions relatives aux emplois, métiers et compétences dans les champs sanitaire et médico-social, en constituant un comité consultatif régional sur ces questions, ainsi que sur l'exercice professionnel et son impact sur la qualité de vie au travail ; promouvoir de nouvelles pratiques professionnelles et de nouveaux modes d'exercice.

Le service public territorial de santé (SPTS), le service public hospitalier (SPH) : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé [Rapport] / Devictor, Bernadette, rapp.. - Paris [FRA] : Documentation Française, mars 2014. - 209p. [Disponible en ligne sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : Dans le prolongement du rapport d'Edouard Couty intitulé «Pacte de confiance à l'hôpital» et dans le cadre d'une future loi de santé publique, Bernadette Victor, Présidente de la Conférence nationale de santé, a été missionnée en juin 2013 par la Ministre des Affaires sociales et de la santé afin de prolonger la réflexion autour des notions de service public territorial de santé (SPTS) et de service public hospitalier (SPH). Dans ce rapport remis le 22 avril 2014, la mission présidée par Bernadette Devictor, souligne que l'instauration d'un service public territorial de santé permettrait de développer à la fois un choc de coopération au sein de notre système de santé et un choc de responsabilisation des acteurs de santé. A partir de la définition du SPTS -offre de service portant les principes du service public, et tout particulièrement la continuité et l'accessibilité, résultant d'une organisation contractuelle entre les «offreurs en santé» (sanitaire, médico-social et social) du territoire sous la régulation de l'ARS- la mission met en avant les apports attendus (réduction des inégalités de santé, gains en efficience...) et recommande un déploiement dans les territoires à partir de la réalisation de diagnostics partagés sur la base d'un contrat territorial de santé en cohérence avec les priorités de santé publique et les Plans Régionaux de Santé. Par ailleurs, elle préconise de rétablir le service public hospitalier, abrogé par la loi HPST, pour l'ensemble des activités de l'établissement et d'introduire une obligation de coopération à plusieurs dimensions pour les acteurs du service public hospitalier.

Pour l'an II de la démocratie sanitaire [Rapport] / Compagnon, Claire; Ghadi, Véronique, collab.. - Paris [FRA] : Documentation Française, février 2014. - 259p. [cote HS10/0131 Disponible papier et en ligne sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : Dans le cadre de la future loi de santé publique et dans le prolongement des travaux d'Edouard Couty sur le pacte de confiance pour l'hôpital, Claire Compagnon a remis le 14 février 2014 son rapport sur la représentation des usagers en établissement de santé à Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé. Dans ce rapport, elle dresse le bilan de la représentation des usagers depuis la loi du 4 mars 2002, apporte des éclairages sur les modalités de participation des usagers dans différents pays étrangers et formule des propositions. La première recommandation vise un principe général de concertation obligatoire avec les usagers dans les établissements de santé et médico-sociaux mais à terme dans l'ensemble des instances en charge de l'élaboration des politiques de santé. Au niveau des établissements, ce principe de concertation doit s'exprimer par une place plus importante conférée aux usagers dans les lieux de décision, un renforcement de la CRUQPC, et enfin le développement de collaboration entre les usagers, que ce soit les patients, leur proches ou les bénévoles associatifs. Cette concertation obligatoire doit également s'appliquer à tous les niveaux du système : au niveau du territoire, notamment dans la perspective attendue de développement de conseil locaux de santé, au niveau national, notamment au sein des agences sanitaires. Cette concertation ne pourra réellement se déployer que si le système est en capacité de penser la participation des plus vulnérables. Enfin il y a un pré-requis à toutes ces recommandations, qui concerne les moyens juridiques, techniques et financiers qui seront donnés à la représentation des usagers, ce qui induit de penser à la fois un statut des représentants des usagers et le soutien à la création d'un Mouvement des usagers et associations en santé.

Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des «sages». [Rapport] / Cordier, Alain, prés.; Chêne, Geneviève; Duhamel, Gilles; et al.. - Paris [FRA] : Documentation Française, juin 2013. - 147p. [Disponible sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : L'élaboration et la mise en oeuvre d'une stratégie nationale de santé ont été annoncées en 2012 par le gouvernement avec pour finalité première de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et d'organiser le système de santé autour du parcours de la personne -patient, personne âgée, personne handicapée. Dans ce cadre, un comité des sages, présidé par Alain Cordier, a été missionné le 8 février 2013 par la Ministre des Affaires sociales et de la santé afin de proposer les axes de déploiement de cette stratégie nationale de santé avec un calendrier indicatif et les principales étapes de mise en oeuvre. Dans ce rapport, le Comité des "sages" présente les priorités d'action et de programmation ainsi que 19 recommandations visant à définir un cadre de l'action publique pour les années qui viennent. Parmi ses propositions : la création d'un service public de l'information pour la santé et d'une instance représentative des associations des usagers du système de santé, l'optimisation de la place de l'hôpital dans le territoire de santé, le renforcement du parcours de soins pour les malades chroniques...

Le pacte de confiance pour l'hôpital. Synthèse des travaux. [Rapport] / Couty, Edouard, prés.; Scotton, Claire, rapp.. - Paris [FRA] : Documentation Française, 2013/03. - 75p. [Disponible en ligne sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : En septembre 2012, Marisol Touraine, la Ministre en charge de la santé, confiait à Edouard Couty une mission visant à créer un "pacte de confiance" pour l'hôpital public. A cette fin, trois groupes de travail avaient été mis en place, portant respectivement sur les thèmes suivants : le service public hospitalier et son financement, le dialogue social, la gouvernance et l'organisation des établissements. Ce rapport présente la synthèse des travaux des groupes de travail et formule 46 propositions autour de quatre axes principaux : -Réaffirmer et reconstruire le service public hospitalier centré autour du parcours de santé et inscrit dans un cadre territorial -Ajuster les modes de financement pour inciter au décloisonnement et à la coopération -Rénover la gouvernance hospitalière et refondre à tous les niveaux le cadre du dialogue social -Etablir avec les autorités de régulation, Etat (administrations centrales et ARS) et assurance maladie, des relations basées sur une plus grande confiance.

### *Les avis sur le projet de loi*

Avis du 25 juin 2015 relatif à l'information sur la qualité nutritionnelle des produits alimentaires [Rapport] / Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Haut Conseil de la Santé Publique, 2015/06/25. - 69p. [Disponible en ligne sur le site du HCSP](#)

**Résumé** : Dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé, le législateur a prévu de faciliter l'information du consommateur sur la qualité nutritionnelle des denrées alimentaires. Pour cela, la déclaration nutritionnelle obligatoire sera accompagnée d'une présentation ou d'une expression complémentaire sous forme de graphiques ou symboles, sur la face avant des emballages afin de la rendre synthétique, simple et compréhensible par tous. Dans ce cadre, la direction générale de la santé a saisi le Haut Conseil de la Santé Publique afin d'évaluer la pertinence des différents systèmes de différenciation nutritionnelle utilisés dans le monde et d'effectuer un travail d'optimisation des seuils du score de qualité nutritionnelle de la Food Standard Agency (FSA).

Rapport d'information au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les dispositions du projet de loi n° 406 (2014-2015) de modernisation de notre système de santé [Rapport] / Sénat (Paris, FRA); Billon, Annick; Laborde, Françoise. - Paris [FRA] : Sénat, 2015/07/02. - 184p. - (Rapport d'information du Sénat; 592) [Disponible en ligne sur le site du Sénat](#)

**Résumé** : La délégation aux droits des femmes a été saisie le 10 décembre 2014 par la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé dont le texte initial déposé à l'Assemblée nationale comprenait peu de dispositions concernant les femmes, essentiellement des dispositions sur l'IVG médicamenteuse et sur les compétences des sages-femmes. La délégation a souhaité travailler en étendant le sujet à des problématiques plus vastes et a procédé à

diverses auditions, qui ont concerné, parmi tous les sujets touchant à la santé des femmes, les thèmes du cancer, du tabagisme et des risques qui lui sont associés, des maladies cardiovasculaires et métaboliques, du VIH et des IST, de la contraception, du suivi gynécologique des femmes en situation de précarité et des conséquences des risques environnementaux sur la santé maternelle et infantile. Ces auditions ont mis au jour un certain nombre d'idées reçues sur la santé des femmes, qui traduisent parfois une insuffisante prise en compte de certaines causes de fragilité spécifiques aux femmes dans ce domaine. Ce rapport revient sur les idées reçues et sur les risques spécifiques aux femmes insuffisamment reconnus et plaide, à travers 28 recommandations, pour une meilleure prise en compte des spécificités féminines dans le domaine de la santé et pour une consolidation des acquis en matière de santé sexuelle et reproductive.

Rapport d'information fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur le projet de loi (n°2302) relatif à la santé [Rapport] / Assemblée Nationale (Paris, FRA); Coutelle, Catherine; Quéré, Catherine. - Paris [FRA] : Assemblée Nationale, 2015/02/18. - 228p. - (Rapport d'information de l'Assemblée nationale; 2592) [Disponible en ligne sur le site de l'Assemblée nationale](#)

**Résumé :** A l'occasion de l'adoption en Conseil des ministres le 15 octobre 2014 du projet de loi relatif à la santé, la Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes a souhaité examiner certaines problématiques spécifiques à la santé des femmes et dresser le bilan de l'accès à la contraception et à l'IVG. Après une vingtaine d'auditions et une enquête sur les dispositifs de «Pass contraception», la délégation présente dans ce rapport une série de recommandations concernant la prévention, l'accès aux soins et la prise en charge des femmes (première partie) ainsi que la santé sexuelle et reproductive (seconde partie). Elle salue plusieurs mesures du projet de loi susceptibles d'avoir un impact positif sur les femmes et présente des mesures complémentaires qui pourraient être envisagées pour mieux intégrer la dimension du genre dans les politiques de santé et pour mieux conforter le droit à l'avortement et l'accès à la contraception : développement de données sexuées en matière de santé au travail, publication d'un «Baromètre Santé des femmes», amélioration de l'accès des femmes aux postes de direction dans les différentes instances sanitaires, renforcement de l'offre d'IVG sur le plan qualitatif et quantitatif, harmonisation de la couverture géographique des centres de planification et d'éducation familiale, etc.

Avis du CNLE sur le projet de loi de santé [Rapport] / Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) (Paris, FRA).- Paris [FRA] : CNLE, 19 février 2015. – 12p.

[Disponible en ligne sur le site du CNLE](#)

**Résumé :** Dans cet avis, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale souligne que le projet de loi comporte des avancées évidentes, répondant en partie à certains besoins des personnes les plus vulnérables en termes d'accès effectif aux soins. Le CNLE salue en particulier la généralisation du tiers-payant et le changement de stratégie dans la lutte contre les risques liés à l'usage des drogues, avec l'adoption d'une approche éducative plutôt que policière. Toutefois, le CNLE constate certaines lacunes du texte et propose des amendements qui permettraient de renforcer l'accès des plus démunis à une prise en charge sanitaire de qualité. Il appelle ainsi le gouvernement à aller plus loin dans la loi en matière : -d'accès aux soins (en intégrant l'AME à la CMU, en luttant contre les refus de soins...) -de réduction au renoncement aux soins en s'attaquant aux causes profondes de celui-ci (revoir les modalités de fixation du prix des médicaments, mettre en place un observatoire national des refus de soins, former le corps médical à la prise en charge des patients en situation de précarité...) -de pérennisation et de valorisation de structures et dispositifs de soins de premiers recours particulièrement utiles pour l'accueil des publics les plus précaires, tels que les centres de PMI (protection maternelle et infantile), les PASS (permanences d'accès aux soins)...

Avis sur le projet de loi de santé adopté lors de l'assemblée plénière du 9 septembre 2014 : Embrasser une approche globale de la santé [Rapport] / Conférence Nationale de Santé (CNS) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes, septembre 2014. - 33p. [Disponible en ligne sur le site du Ministère de la santé](#)

**Résumé :** Par lettre de saisine du 29 juillet 2014, la Direction générale de la santé a soumis à l'avis de la Conférence nationale de santé (CNS) le projet de loi relatif à la santé. Cet avis a été présenté, discuté

et adopté en séance plénière, le 9 septembre 2014. Dans la première partie du rapport, plusieurs points sont mis en avant par la CNS. Si le projet de loi vient proposer des mesures attendues dans de nombreux domaines (prise en compte de la précarité, rôle de la prévention, ouverture des données médico-administratives et de santé, territorialisation de la politique de santé...), il manque à ce texte certaines réformes structurelles nécessaires : le projet de loi comporte peu de mesures relatives à l'éducation et la promotion en santé et traite très partiellement du décroisement nécessaire entre la prévention, les soins, l'accompagnement médicosocial et l'accompagnement social, décroisement pourtant indispensable à une véritable approche en santé. Par ailleurs, le CNS regrette que certaines de ses recommandations soient absentes du projet de loi et notamment le renforcement du rôle de la personne de confiance, l'harmonisation et le développement de la médiation en santé, l'évolution des centres de santé, la prévention des conflits d'intérêt.

Avis portant sur le projet de loi relatif à la santé [Rapport] / Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) (Paris, FRA). - Paris [FRA] : HCSP, septembre 2014. - 2p. [Disponible en ligne sur le site du HCSP](#)

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

→ Voir également tous les avis des Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) relatifs au projet de loi de santé et la stratégie nationale de santé publiée [sur le site de la Conférence nationale de santé](#)

### [Analyse de la loi](#)

La promulgation de la loi de santé en 2016 [Chapitre] in Aide-mémoire "Santé publique" en 13 notions [Ouvrage] / Lajarge, Eric; Debiève, Hélène; Nicolle, Zhour; et al. - 2e édition. - Paris [FRA] : Dunod, 2017. - pp. 237-257 [cote BL20/0559](#) [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Ce chapitre propose de revenir sur la genèse et les étapes préalables à la promulgation de la loi, en insistant ensuite sur les principaux points d'évolution à retenir, puis en revenant sur les débats et critiques qu'elle a suscités.

La loi santé : Regards sur la modernisation de notre système de santé [Ouvrage] / Laude, Anne, dir.; Tabuteau, Didier, dir.; Barféty, Jean-Baptiste; Bras, Pierre-Louis; Brissy, Stéphane; et al.. - Rennes [FRA] : Presses de l'EHESP, 2016/06. - 479p. [cote BL20/0550 et HE10/0020](#)

**Résumé** : Cet ouvrage propose une analyse juridique des principales dispositions de la loi, avant même l'intervention des textes d'application. Il est le fruit du travail d'experts, d'universitaires et de chercheurs qui analysent les principales mesures et livrent leurs réflexions personnelles sur leur portée et leurs éventuelles difficultés. Ces analyses sont regroupées autour de neuf chapitres :

-Faciliter au quotidien les parcours de santé -Renforcer la prévention et la promotion de la santé -Les droits des malades -Les données médico-administratives de santé -Sécurité sanitaire -Professions de santé -Un service public rénové ouvert sur son territoire -Les mesures de simplification.

Loi santé : une palette de dispositifs censés améliorer la prise en charge des plus fragiles [Article] / Chassat-Philippe, Sybilline; Cristol, Danièle; De La Touanne, Véronique; Paricard, Sophie in Action sociale : Dictionnaire permanent Elnet des éditions législatives, n° 333-1, avril 2016, 35p.

**Résumé** : Tenant compte des premiers textes d'application parus fin mars, ce numéro spécial fait le point sur les dispositions de la loi en mettant l'accent sur celles qui touchent les plus vulnérables. L'analyse est structurée autour de 6 thématiques : le nouveau cadre pour la politique de santé, le



renforcement de l'animation territoriale conduite par les ARS, l'amélioration de l'accès aux soins, la redéfinition de la politique de réduction des risques et des dommages, l'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées, le soutien à la santé des enfants et des jeunes majeurs.

La loi de modernisation du système de santé : dossier en deux parties [Article] / Laga, Lydia in ASH, n° 2951, 17 mars 2016, pp.47-59 (1<sup>ère</sup> partie) et ASH, n° 2960, 13 mai 2016, pp.49-58 (2<sup>ème</sup> partie)

**Résumé** : Ce dossier juridique propose une analyse détaillée des différentes mesures du texte qui comporte pas moins de 227 articles. La première partie analyse les dispositions relatives à la prévention et la promotion de la santé, l'accès aux soins, les droits des patients, les soins psychiatriques sans consentement, la démocratie sanitaire, l'organisation territoriale du système de santé et les outils de coordination des soins. La deuxième partie traite des dispositions spécifiques au secteur médico-social : mise en place d'un dispositif d'orientation permanent par les maisons départementales des personnes handicapées, reconnaissance légale du «dispositif ITEP», expérimentation des salles de consommation à moindre risque.

### Etudes générales sur la loi et questionnements face à la réforme

Mission sur l'organisation territoriale de la santé [Rapport] / Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) (Paris, FRA); Daudigny, Yves, rapp.; Deroche, Catherine, rapp.; Guillotin, Véronique, rapp. . - Paris [FRA] : Sénat, 2019/05/15. - 8p. [En ligne sur le site du Sénat](#)

**Résumé** : Les sénatrices Catherine Deroche et Véronique Guillotin ainsi que le sénateur Yves Daudigny ont présenté à la commission des affaires sociales les conclusions de leur mission engagée en début d'année sur l'organisation territoriale de la santé à la demande de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss). Cette présentation a pour but de nourrir la discussion en amont de l'examen du projet de loi de santé et analyse les dispositifs destinés à organiser la coordination entre les acteurs au niveau des territoires, remaniés ou créés par la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016. Ce sont, dans le domaine des soins de ville, les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que les plateformes territoriales d'appui, et dans le domaine des soins hospitaliers, les groupements hospitaliers de territoires. Les rapporteurs ont observé que l'appropriation des outils proposés aux professionnels se fait de manière différenciée. Il apparaît que les équipes de soins primaires (ESP) n'ont pas encore trouvé leur modèle tandis qu'on relève en revanche un dynamisme dans la constitution de CPTS, qui peuvent d'ores et déjà bénéficier de financements par les agences régionales de santé (ARS). Mais les rapporteurs soulignent qu'il est indispensable de clarifier l'articulation entre les CPTS et d'autres dispositifs de coordination telles que les plateformes territoriales d'appui (PTA), dont la mission apparaît difficilement lisible. Concernant le groupement hospitalier de territoire, les partenariats noués avec les autres établissements du territoire sont demeurés en pratique limités l'hétérogénéité des situations se traduit par une grande diversité des expériences vécues par les établissements publics parties aux GHT.

L'ordonnancement de la loi de santé 2016 [Article] / Romanens, Jean-Louis in Revue Droit et santé, n° 82, mars 2018, pp.197-210

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

La modernisation du système de santé : Un an d'application de la loi du 26 janvier 2016 [Ouvrage] / Nicolas, Guylène, dir.; Vioujas, Vincent, dir.; Berland, Yvon, préf.; Moquet-Anger, Marie-Laure, introd.. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2017. - 266p. - (Les Cahiers de droit de la santé; 24) [cote BL20/0556](#) Certains articles de ce numéro sont signalés de façon thématique dans les autres rubriques de ce dossier.

**Résumé** : Un an après la promulgation de la loi, ce numéro des Cahiers de droit de la santé entend évaluer l'impact de la réforme et des nouveaux dispositifs mis en œuvre. À la lueur des textes réglementaires publiés dans l'intervalle, universitaires et praticiens étudient son apport modernisateur s'agissant à la fois des acteurs et des usagers du système de santé, tout en identifiant les faiblesses et

les perspectives d'évolution. De ces différentes analyses se dégage en définitive la conviction que la modernisation du système de santé est loin d'être achevée... La première partie de l'ouvrage est consacrée aux acteurs du système de santé et examine la modernisation engagée par la recherche d'une performance accrue (réorganisation des vigilances sanitaires, nouveau cadre de politique de santé mentale...) et par la collaboration renforcée entre établissements et professionnels de santé (promotion des auxiliaires médicaux, création des groupements hospitaliers de territoire...). La seconde partie se penche sur la modernisation à travers les usagers du système de santé et analyse l'approfondissement des droits des patients (représentation des usagers, tiers payant généralisé...) et l'encadrement de nouvelles pratiques (accompagnement à l'autonomie en santé, données de santé, soins de conservation...).

La laborieuse gestation d'une loi paradoxale [Article] / Favereau, Éric *in* Sève les tribunes de la santé, n° 53, hiver 2016, pp.59-64 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

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

La loi de modernisation de notre système de santé. Dossier [Article] / Tabuteau, Didier; Clément, Jean-Marie; Apollis, Benoît; et al. *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.22-44

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

Loi de modernisation de notre système de santé : Apports, enjeux et perspectives [Numéro spécial] / Apollis, Benoît; Battesti, Michael; Boiron, Frédéric; et al. *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, 147p. *Certains articles de ce numéro sont signalés de façon thématique dans les autres rubriques de ce dossier. Par ailleurs, un exemplaire de ce hors-série a été classé sous la cote BL20/0551 tandis que deux autres exemplaires sont classés avec la revue droit et santé*

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

La loi santé. Dossier [Article] / Cabanis, Jean-Noël; Bréchat, Pierre-Henri; Lopez, Alain; et al. *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 4, juillet-août 2016, pp.595-708

**Résumé** : Après plus de trois ans de travaux et de débats, la loi du 26 janvier 2016 dite de "modernisation de notre système de santé" a été adoptée dans le but de répondre à trois défis majeurs : l'allongement de la durée de vie, le développement des maladies chroniques, et la persistance des inégalités de santé. Compte tenu de l'ampleur de la loi, pas moins de 227 articles, et de la diversité de son contenu, les études qui composent ce dossier n'analysent pas de manière exhaustive l'ensemble des mesures portées par cette dernière ; elles se proposent de mettre l'accent



sur quelques-unes d'entre elles, qui sont apparues plus particulièrement emblématiques et/ou lourdes de conséquences pour l'avenir du système de santé français : service public hospitalier, droits des usagers, accès aux soins, données de santé, planification sanitaire, coopération hospitalière, gouvernance de l'hôpital, santé mentale...

Le système de santé français, espoirs et réalités [Article] / Monconduit, Mathieu *in* Etudes - Revue de culture contemporaine, n° 4229, juillet 2016, pp.43-56 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Malgré un système de santé réputé performant, des inégalités dans l'accès aux soins demeurent. La nouvelle Loi santé contient-elle des réponses adaptées aux besoins spécifiques des personnes plus démunies ? La généralisation du tiers payant, mesure phare censée effacer les obstacles de l'accès aux soins, peut-elle corriger les facteurs ici en cause ? C'est comme médecin, membre de la commission bioéthique des Semaines sociales de France, que l'auteur prend position.

De la définition d'une politique de santé à l'élaboration d'une stratégie nationale de santé [Article] / Marin, Philippe *in* Cahiers de la fonction publique, n° 366, mai 2016, pp.78-83

**Résumé** : La politique de santé a précédé, sur le plan de sa conception et dans sa définition législative, la Stratégie nationale de santé (SNS) dont il est aujourd'hui beaucoup question. On trouve dès la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière les fondements relatifs à la définition d'une politique de santé, mais limités à une approche fonctionnelle et institutionnelle établissant le rôle des acteurs : celle-ci était par ailleurs marquée par une approche exclusivement sanitaire et reposait sur un modèle essentiellement curatif de la politique de santé. La SNS qui a été définie sur le plan législatif par la loi du 26 janvier 2016 pourrait apparaître dans une analyse rapide comme une forme de redondance ou de concurrence à la politique de santé, alors même que ces deux types d'instruments se sont structurés à des périodes tout à fait différentes. L'objet de la présente publication est de faire le point sur les relations entre politique de santé, politique de santé publique et Stratégie nationale de santé.

Loi de modernisation de notre système de santé : le premier pas [Article] / Romanens, Jean-Louis *in* Revue Droit et santé, n° 70, mars 2016, pp.281-286

**Résumé** : Par sa décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur la loi de modernisation de notre système de santé dont il avait été saisi par plus de soixante députés et plus de soixante sénateurs. L'auteur revient sur les dispositions contestées et les réponses apportées par le Conseil constitutionnel.

L'esprit de la loi Santé 2016 [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier, n° 185, février 2016, encart de 4p. *et aussi* dans la Revue générale de droit médical, n° 28, mars 2016, pp.291-300

**Résumé** : Y a-t-il un ou des esprits de la loi Santé 2016? L'auteur souligne que la volonté du texte de bâtir une grande égalité se fait au détriment de la liberté des acteurs de soins qu'ils soient professionnels ou qu'ils soient malades. Deux points sont mis en avant : C'est une loi d'étatisation renforçant la tutelle de l'Etat sur l'ensemble des acteurs du champ sanitaire, c'est une loi au service de l'égalité qui veut façonner les comportements.

La loi santé 2016 : Analyse, commentaires, critiques [Ouvrage] / Clément, Jean-Marie. - Bordeaux [FRA] : Les Etudes Hospitalières (LEH), 2016. - 158p. [cote BL20/0549 et HE10/0019](#)

**Résumé** : L'auteur, spécialiste du droit hospitalier, propose une analyse critique de la loi. Il éclaire tout d'abord le lecteur sur le dessein ambitieux des pouvoirs publics puis se penche sur les grands thèmes de la loi de santé : la relance de la prévention et de la promotion de la santé, l'organisation du parcours de santé, l'adaptation des métiers de santé à l'évolution médicale, la restauration du service public hospitalier et la rénovation de l'hôpital, la rationalisation de l'action des agences de santé et la démocratie sanitaire, la "simplification" du droit de la santé. Puis, il conclut par une réflexion autour de l'esprit de la loi mettant en exergue deux logiques. La loi Santé 2016 est étatique dans le prolongement de la loi HPST du 21 juillet 2009 puisqu'elle ajoute du centralisme en donnant encore plus de pouvoirs aux agences régionales de santé. La loi Santé 2016 est idéologique dans le sens où, selon ses concepteurs, elle doit modeler les comportements des usagers et des professionnels de la santé.

Dans les interstices de la loi santé [Article] / Delhon, Laetitia *in* Lien social, n° 1179, 18 février 2016, pp.16-17

**Résumé** : Réduction des risques, santé mentale, accompagnement du handicap : focus sur les nombreuses mesures de la loi de qui devraient impacter patients et professionnels.

Loi de santé : la décision du juge constitutionnel [Article] / Beau, Pascal *in* Espace social européen, n° 1083, février 2016, pp.11-12

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

Loi de modernisation de notre système de santé : chronique d'une naissance dénoncée [Article] / Romanens, Jean-Louis *in* Revue Droit et santé, n°69, Janvier 2016, pp.22-33

**Résumé** : En dépit des nombreuses innovations de santé contenues dans la LMNSS, force est de constater que l'attention du public a été centrée sur l'agitation des médecins libéraux, voire des établissements de statut commercial, sur deux points qui leur étaient essentiels : le tiers payant généralisé pour les uns et le service public hospitalier pour les autres. Aujourd'hui, que pronostiquer de la LMNSS ? Des compromis post-parlementaires dans un contexte de nécessité de réformes structurelles à tous niveaux ? Des améliorations du système de soins ?

Loi santé : un ambitieux fourre-tout. Dossier [Article] / Sidel, Juliette; Tabuteau, Didier, interv.; Bizard, Frédéric, interv. *in* Gazette santé social, n° 125, janvier 2016, pp.15-21

**Résumé** : Après avoir présenté les différentes réactions des acteurs associatifs face aux dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé adopté le 17 décembre, ce dossier donne la parole à Didier Tabuteau, responsable de la Chaire santé de Sciences Po, et Frédéric Bizard, économiste et enseignant à Sciences Po Paris. Si le premier a une analyse plutôt bienveillante alors que le second affiche une position plus critique, tous les deux s'accordent sur le fait que la loi Touraine ne règle pas certains enjeux majeurs de notre système de santé, comme celui de son pilotage ou de l'organisation des parcours de soins des patients chroniques.

Loi santé : un déni de démocratie, un recul du service public, une régression sociale ! / Gibelin, Jean-Luc *in* Cahiers de santé publique et de protection sociale, n° 19, décembre 2015, pp.30-34

**Résumé** : Pour l'auteur, le texte voté n'est qu'un texte de type «diverses mesures d'ordre social», loin de la loi-cadre de santé publique dont le pays a besoin. Certes, il y a des mesures de santé publiques positives mais notoirement insuffisantes et surtout sans moyens humains ni financiers pour les mettre en œuvre. Par ailleurs, le texte poursuit la logique des lois précédentes : diminution des dépenses publiques, concentration des établissements, importance du rôle des DG d'ARS...

La loi de santé est votée : loi de santé ? [Article] / Lombrail, Pierre *in* Santé Publique, vol.27, n° 6, Novembre-Décembre 2015, pp.781-783 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Le Président de la Société Française de Santé Publique (SFSP) met en avant les mesures positives contenues dans la loi de modernisation de notre système de santé mais il souligne également ses ambivalences et ses manques, regrettant qu'elle ne soit pas la grande loi de santé publique attendue.

Les grands thèmes de la loi Santé 2015 : la relance de la prévention et de la promotion de la santé [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier, n° 183, décembre 2015, encart 4p.

**Résumé** : Les dispositions du titre I de la loi de santé 2015 «renforcer la prévention et la promotion de la santé» ressemblent à un catalogue à la «Prévert». Elles peuvent cependant se résumer en deux grands points : -l'action sur les comportements -l'action sur l'environnement. Le premier point est un exemple probant de l'immixtion de l'Etat dans la sphère privée des citoyens, le second est dans la ligne de la vraie mission régalienne de l'Etat.

Le dessein fort ambitieux de la loi "santé 2015" : le coût du projet [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Gazette de l'hôpital, n° 118, octobre 2015, encart de 4p.

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

Le contenu de la politique de santé selon le projet de loi "santé 2015" [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier, n° 180, septembre 2015, encart de 4p.

**Résumé** : Le projet de loi «santé 2015» interpelle par son gigantisme législatif –de 57 articles on est passé à plus de 100 à la fin de la première discussion à l'Assemblée nationale- mais aussi par des concepts idéologiques omniprésents : leitmotiv de l'égalité, conception utilitariste du corps humain...

Eléments de stratégie en faveur du projet de loi de santé et de l'évolution du système de santé et d'assurance maladie [Article] / Bréchat, Pierre-Henri; Grosset, Marie; Tabuteau, Didier *in* Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, n° 1, 2015, pp.48-50

**Résumé** : Réduction des inégalités d'accès aux soins de santé par la généralisation du tiers payant, développement de la prévention et de la démocratie sanitaire sont les 3 piliers essentiels du projet de loi de santé français. Ils doivent favoriser le «virage» du secteur hospitalier vers le secteur ambulatoire pour la construction d'un véritable système de santé et d'assurance maladie producteur de santé et non uniquement consommateur de soins. Ces 3 piliers -s'ils sont indispensables- ne sont pas suffisants pour atteindre les objectifs du Triple Aim, concept créé par l'Institute for healthcare Improvement (IHI) et adopté aux Etats-Unis comme le fondement de la transformation du système de soins de santé par l'efficacité organisationnelle et l'efficacité clinique.

La stratégie partagée en santé [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier, n° 178, mai 2015, encart de 8p.

**Résumé** : Le projet de loi porté par la ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol Touraine, avait été annoncé dès mai 2012, suite à l'élection à la présidence de la République de François Hollande. Pourquoi cette frénésie législative puisque la dernière loi dite loi HPST ne date que du 21 juillet 2009 et que son application n'est pas encore entièrement effective ? Jean-Marie Clément revient sur les rapports préparatoires à la réforme de 2015 puis s'interroge sur la mise en œuvre d'une stratégie partagée de santé», et notamment sur la question de la cogestion des soins entre professionnels de santé et patients.

"Non à la loi de santé ! Mais non à quoi en fait ?" [Article] / Olivier-Koehret, Martial *in* Espace social européen, n° 1066, avril 2015, pp.10-11

**Résumé** : L'ancien président de MG-France livre ici son analyse sur l'orientation du projet de loi de santé et des revendications des médecins, en équilibrant la balance entre une intervention légitime et nécessaire du législateur et les craintes justifiées des professionnels quant à l'avenir de leur profession.

Projet de loi relative à la santé : chronique d'une vie annoncée [Article] / Romanens, Jean-Louis *in* Revue Droit et santé, n° 64, mars 2015, pp.201-212

**Résumé** : Trois mesures du projet de loi de santé nourrissent les critiques les plus vives du monde libéral : la création d'un service territorial de santé, la généralisation du tiers payant, la redéfinition du service public hospitalier et le parcours de santé. Après avoir rappelé la genèse et analysé le contenu et les objectifs du projet de loi, l'auteur examine plus particulièrement ses trois mesures en croisant le

regard des différents acteurs : syndicats de médecins généralistes libéraux, établissements de santé, patients.

Loi de santé : Quels enjeux pour le secteur privé non lucratif ? [Article] / Dubout, Antoine; Dupuis, Yves-Jean; Boudin-Lestienne, Jean-Baptiste; et al. *in Perspectives sanitaires et sociales*, n°238, janvier-février 2015, pp.30-62

**Résumé :** Suppression du statut des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), instauration d'un service territorial de santé, rétablissement d'un service public hospitalier, association des établissements privés aux groupements hospitaliers de territoire... Dans ce dossier, la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) se penche sur les différentes orientations du projet de loi de santé, mettant en avant les avancées et les interrogations qu'il soulève pour le secteur privé non lucratif. Ces analyses sont complétées par plusieurs interviews d'acteurs clés du projet de loi (Ministre des Affaires sociales de la santé et des droits des femmes, rapporteurs du projet de loi, auteurs des rapports préparatoires) et des points de vue de syndicats professionnels (syndicat des médecins généralistes, confédération des syndicats médicaux français...). Le dossier se conclut sur deux zooms : l'un sur l'impact du projet de loi sur les systèmes d'information de santé, l'autre sur l'expérimentation des salles de shoot.

Loi de santé. Concertation sous pression, la CSMF déterminée [Article] / Ortiz, Benjamin *in Médecin de France*, n° 1239, 31 janvier 2015, pp.4-9

**Résumé :** Alors que le ministre de la santé engage la concertation en créant des groupes de travail, les médecins libéraux sont plus que jamais déterminés à maintenir la pression. Ils défilent avec les internes le 15 mars prochain à Paris. Interviews de Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français) et Patrick Gasser, président de l'UMESPE (Union nationale des médecins spécialistes confédérés) : ils jugent que cette nouvelle négociation est un jeu de dupes et souhaitent maintenir le rapport de force.

Mouvement de protestation. Le succès de la grève, la poursuite des actions [Article] *in Médecin de France*, n° 1238, 15 janvier 2015, pp.4-7

**Résumé :** Après l'appel à la grève entre le 24 et 31 décembre 2014, les médecins libéraux prolongent la pression sur le gouvernement. Ils réclament une vraie concertation autour du projet de loi, jugée liberticide et préparant l'étatisation du système de santé.

Projet de loi santé, sa pertinence en débat ! [Article] / Perrier, Pierre *in Espace social européen*, n° 1061, janvier 2015, pp.10-11

**Résumé :** Le séminaire organisé par ESE et NILE, le 16 janvier 2015, a permis de faire le point et de confronter les points de vue sur les sujets sensibles du projet de loi santé : le service public hospitalier, la généralisation du tiers payant, le service territorial de santé au public.... En filigrane, la question de la pertinence du projet reste posée.

Projet de loi santé : inacceptable en l'état [Article] / Bouet, Patrick *in Médecins*, le bulletin de l'Ordre national des médecins, n° 38, janvier-février-mars 2015, pp.4-5 [Disponible papier et en ligne sur le site du CNOM](#)

**Résumé :** Au cours d'un entretien le 9 décembre 2014 avec Marisol Touraine, le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins, a réaffirmé le caractère inacceptable du texte en l'état et lui a fait part des principaux points de désaccord : le service territorial de santé au public piloté par les ARS, l'extension des compétences de certains professionnels de santé, la refondation du service public hospitalier, la généralisation du tiers payant d'ici à 2017.

Les jeunes médecins craignent la fin de leur liberté avec la loi de santé [Article] *in Médecin de France*, n° 1237, décembre 2014, p.18

**Résumé :** Le CSMF jeunes médecins estime que l'ensemble des mesures de la loi de santé, qui réguleront l'installation, dégraderont la qualité de l'exercice au quotidien, sans améliorer en parallèle la profession de médecin libéral et en donnant les pleins pouvoirs aux ARS.

Orientations du projet de loi de santé : aller plus loin pour «répondre aux défis structurels du système de santé» [Article] / Lombrail, Pierre *in* Santé publique vol. 26, n° 4, juillet-août 2014, pp.475-480 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : Cet article a pour objectif de commenter le projet de loi de loi, actuellement soumis à la concertation dans le cadre de la Stratégie nationale de santé en France. Cette loi porte des mesures novatrices pour la France qui concernent la prévention comme le soin. Elle vise en particulier à développer, renforcer et structurer le secteur de la prévention, notamment en direction des enfants et des jeunes. Il s'agit par ailleurs d'organiser des parcours de soins et de santé et de se doter des outils nécessaires afin de favoriser leur développement. Toutefois l'auteur regrette une ambition parfois limitée dans ses objectifs comme dans ses moyens.

Loi de santé : Un nouveau pas vers l'étatisation [Article] *in* Médecin de France, n° 1229, juin 2014, pp.4-6 + pp.8-9

**Résumé** : Les grandes orientations de la loi de santé ont été présentées le 19 juin 2014 par la Ministre de la santé et suscitent de nombreuses inquiétudes auprès des médecins libéraux qui dénoncent un remake de la loi Bachelot et une étatisation du système de santé. Jean-Paul Ortiz, président de la CSMF (Confédération des Syndicats Médicaux Français), et Luc Duquesnel, président de l'UNOF-CSMF (Union Nationale des Omnipraticiens Français), s'insurgent contre le renforcement de l'hospitalo-centrisme, dénoncent la mise sous tutelle des généralistes par les agences régionales de santé (ARS) et mettent en garde contre les effets négatifs d'une généralisation du tiers payant.

### [Zoom sur les dispositions de la loi](#)

#### *Agence sanitaire*

Santé publique France, l'expertise au service de la prévention [Article] / Arwidson, Pierre; Quelet, Sylvie; Bourdillon, François *in* Cahiers de la fonction publique, n° 376, mai 2017, pp.22-25

**Résumé** : Santé publique France, la nouvelle agence nationale de santé publique a été officiellement créée par l'ordonnance n° 2016-462 du 1er avril 2016 et le décret 2016-523, le 1er mai 2016. Elle a pour ambition d'être l'agence de référence en santé publique, avec 3 axes majeurs : anticiper, comprendre, agir. La prévention et la promotion de la santé font partie de ses missions fondamentales.

La création de l'Agence nationale de santé publique : les réformes cachées d'une fusion administrative [Article] / Kastler, Florian *in* Revue de droit sanitaire et social, n° 1, janvier-février 2017, pp.119-131

**Résumé** : Reprenant les missions, les compétences et les pouvoirs d'agences préexistantes (l'InVS, l'Inpes, l'EPRUS et le GIP ADALIS), l'Agence nationale de santé publique apparaît a priori comme une création purement formelle. Toutefois, une analyse approfondie et détaillée de cette fusion administrative permet de constater que des réformes ont été menées. D'une part, la création de l'ANSP témoigne d'une volonté de rationalisation organisationnelle qui permet une plus grande cohérence du droit de la sécurité sanitaire. D'autre part, cette création démontre une volonté de transformation de l'Agence visant à améliorer le droit de la sécurité sanitaire en vigueur.

Retour sur une expérience de réforme : la création de Santé publique France, l'agence nationale de santé publique [Article] / Spahic, Mili; Mettendorff, Martial; Bourdillon, François *in* Sève les tribunes de la santé, n° 53, hiver 2016, pp.35-47 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

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

Prélèvement d'organes : de nouvelles modalités pour l'expression du consentement ou du refus [Article] *in* Responsable santé, n° 265, septembre 2016, pp.3-4

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé a modifié les conditions du prélèvement d'organes en France. L'article L.1232-1 du code de la santé publique, dans sa nouvelle version, ne prévoit plus qu'une information des proches sur le prélèvement envisagé, sa nature et sa finalité. Désormais, c'est principalement l'expression de la personne avant son décès qui prévaut, en particulier par l'inscription au registre des refus de don. Retour sur les modalités et la portée du refus du prélèvement.

La volonté de supprimer l'influence des proches lors des prélèvements post mortem : Regards croisés. Dossier [Article] / Legros, Bérengère; Lallemand, Florence; Cremer, Robin *in* Revue générale de droit médical, n° 56, septembre 2015, pp.99-114

**Résumé** : Alors que les parlementaires sont en passe de réduire le rôle des proches lors des prélèvements post mortem suite à un amendement introduit dans le projet de loi relatif à la santé, actuellement en discussion au parlement, trois contributeurs réagissent sur les changements envisagés, la première d'un point de vue juridique, la seconde d'un point de vue clinique, en tant que coordinatrice hospitalière des prélèvements d'organes post mortem et, le troisième, d'un point de vue éthique. Que cette réforme soit ou non entérinée à l'issue du débat parlementaire, elle ne peut qu'interpeller sur le fondement juridique et éthique que l'on souhaite réellement donner à l'acte de «don» : altruiste ou civique?

Les états généraux : un «leurre» législatif non dépourvu de conséquences sur le droit de la bioéthique [Article] / Legros, Bérengère *in* Revue générale de droit médical, n° 56, septembre 2015, pp.145-161

**Résumé** : Certaines dispositions du projet de loi de modernisation de notre système de santé touchent au droit de la bioéthique : l'article 46ter a pour objet de supprimer l'influence des proches lors de la procédure à suivre s'agissant des prélèvements «post mortem» tandis que l'article 37-I bis, contournant la prohibition posée par l'art. L. 2151-5 du code de la santé publique, va dans le sens d'une libéralisation de la recherche sur les embryons. Ces réformes sont menées sans recours au débat public, au mépris de l'article 46 de la loi du 7 juillet 2011 qui a institutionnalisé les états généraux, obligeant à créer un débat public dès lors qu'un projet de réforme est envisagé «sur les problèmes éthiques et les questions de société soulevés par les progrès de la connaissance dans les domaines de la biologie, de la médecine et de la santé».

### *Centre de santé*

Centres de santé. Rôle et garanties offertes aux patients. Dossier [Article] / Honoré, Justine *in* ASH - actualités sociales hebdomadaires, n° 3073, du 31 août 2018, pp.39-43

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

Le nouveau régime des centres de santé [Article] / Levray, Nathalie *in* Gazette santé social (La), n° 152-153, juin-juillet 2018, p. 28

**Résumé** : Depuis le 2 mars 2018, les cliniques peuvent créer des centres de santé dont les missions sont par ailleurs élargies et le fonctionnement modifié. Cette fiche fait le point sur les centres de santé (définition, gestion, fonctionnement, contrôle et lutte contre les déserts médicaux).



Les centres de santé au centre de l'attention [Article] / Berrier, Sarah *in* Médecins - Le bulletin de l'ordre national des médecins, n° 54, mars-avril 2018, pp. 4-5 [Document papier et en ligne sur le CNOM](#)

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 s'était, entre autres, fixé comme objectif de simplifier et de renforcer l'accès aux soins de premier recours (article 204-III-3). Pour cela, elle prévoyait notamment de clarifier et adapter les conditions de création, de gestion, d'organisation et de fonctionnement des centres de santé. L'ordonnance prise en application de cet article est parue le 12 janvier 2018.

"Les centres de santé, entre recherche de souplesse et affirmation de la logique de parcours de soins", commentaires sur l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé [Article] / Gallet, Bruno *in* Finances hospitalières, n° 122, mars 2018, pp.13-16

**Résumé** : Quelles différences entre centre de santé et maison de santé? Quels sont les apports de l'ordonnance du 12 janvier 2018 relative aux centres de santé? L'auteur répond à ces questionnements et met en évidence un assouplissement du régime juridique des centres de santé et leur ancrage dans la logique de parcours de soins.

### *Données de santé*

Le Health Data Hub, un an après [Article] / Combes, Stéphanie; Lerpinière, Achille *in* Revue hospitalière de France, n° 589, juillet-août 2019, pp.14-17

**Résumé** : A la suite du rapport Villani, présenté le 29 mars 2018 au Collège de France, la création d'un Health Data Hub fut annoncée par le président de la République, Emmanuel Macron. Cette plateforme vise à enrichir et à valoriser le Système national de données de santé (SNDS) en incluant l'ensemble de celles dont la collecte est soutenue par la solidarité nationale. Créé par la loi de modernisation de notre système de santé, le SNDS est actuellement composé des données de l'assurance maladie, des données de facturation hospitalière, des causes médicales de décès, des données médico-sociales des personnes handicapées et d'un échantillon de données de remboursement des organismes complémentaires. Dans un cadre qui garantit le respect des droits fondamentaux de chacun, cette structure contribuera à lever les freins à l'usage des données de santé. La dynamique engagée renforce nos capacités à innover et contribuera à faire de la France un leader dans l'intelligence artificielle en santé.

Le système national des données de santé et le nouveau régime d'accès aux données [Article] / Morlet-Haïdara, Lydia *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 1, janvier-février 2018, pp.91-105

**Résumé** : Notre système de santé produit de nombreuses données qui sont autant de ressources pour les chercheurs et dont l'exploitation permettrait notamment de veiller à la sécurité sanitaire et d'améliorer l'efficacité de notre système de soins. Ayant fait le constat d'une sous utilisation de cette manne informative, la loi de modernisation de notre système de santé a formulé le principe d'une mise à disposition des données produites tout en organisant les modalités de leur accès qui varie selon la nature des données concernées. Cette étude présente le nouveau Système National des Données de santé et expose la réforme des modalités d'accès aux données.

Chapitre 6. Les dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé relatives aux données de santé [Article] / Devillier, Nathalie *in* Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences, vol. 28, no. 3, 2017, pp. 57-61 [Document papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : La loi sur la modernisation de notre système de santé adoptée en 2016 étend le champ du secret médical en créant le dossier médical partagé (DMP) du patient. Tous les professionnels de santé intervenant dans le parcours de soin ont accès aux informations qui y sont renseignées. Le patient y accède par un site Internet dédié. Les décrets d'application de ce dispositif fixent les modalités de ce partage et encadrent la création de ce traitement automatisé de données à caractère personnel. Enfin, la loi crée un accès ouvert et sécurisé aux données de santé dans l'intérêt de la collectivité. Cet open data en santé est placé sous la gouvernance de l'Institut national des données de santé.



L'accès aux données massives de santé [Article] / Grimaud, Olivier; Le Meur, Nolwenn; Oger, Emmanuel; Rey, Grégoire *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.73-75

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

L'ouverture et la réutilisation des données de santé : Panorama et enjeux [Article] / Debiès, Elise *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 4, juillet-août 2016, pp.697-708

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

La mise à disposition des données de santé [Article] / Cattan, Jean *in* Droit administratif, n° 5, mai 2016, pp.15-22

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

Hôpital public et données personnelles des patients [Article] / Eon, Florence *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, hors-série décembre 2015, pp.85-97

**Résumé** : Afin de remplir ses missions, l'hôpital public génère, analyse, conserve et transmet de nombreuses données. Certaines de ces données sont protégées par les règles relatives au respect de la vie privée et à la confidentialité des données à caractère personnel. Cet article fait un point sur le cadre juridique actuel et revient sur les adaptations nécessaires pour faire face au développement de la dématérialisation des données de santé, à travers notamment les modifications inscrites dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé 2015 et l'utilisation de nouveaux outils juridiques dans le cadre de la e-santé.

### *Etablissement social et médico-social*

→ *Note : Voir aussi la thématique «Profession sanitaire et sociale» en fin de dossier et notamment les dispositions relatives au partage de l'information*

Articulation sanitaire-social : la loi "santé" au milieu du gué [Article] / Bauduret, Jean-François *in* ASH, n° 2958, 22 avril 2016, pp.32-33

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

Quelle organisation médico-sociale au regard des GHT ? Dossier [Article] / Tassery, Magali; De Bonnay, Patricia; Rouault, Bernard; et al. *in* Revue hospitalière de France, n° 569, mars-avril 2016, pp.36-43

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

### Femmes

Les enjeux spécifiques aux femmes dans la LFSS pour 2016 et la loi santé [Article] / Mesnil, Marie *in* Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, n° 1, 2016, pp.52-60

**Résumé** : De nombreuses dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé et de la loi de financement pour la sécurité sociale (LFSS) 2016 concernent explicitement ou indirectement les femmes. Certaines mesures renforcent l'effectivité de la protection sociale et la politique de santé à l'égard de tous, et des femmes en particulier : prise en charge des frais de santé renouvée avec notamment l'instauration de la protection universelle maladie (PUMA), meilleure connaissance du nombre de femmes concernées par les accidents du travail et maladies professionnelles, lutte contre l'anorexie... D'autres dispositions visent à renforcer la prise en compte des enjeux liés à la santé sexuelle et reproductive : renforcement du droit à la contraception et à l'IVG, lutte contre les infections et maladies sexuellement transmissibles...

Femmes & santé : Feuille de route 2016 [Rapport] / Ministère des Affaires sociales et de la Santé (Paris, FRA). - Paris [FRA] : Ministère des Affaires sociales et de la santé, 2016/03/08. - 16p. [Disponible en ligne sur le site du Ministère](#)

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé fait de la réduction des inégalités de santé entre les femmes et les hommes une de ses priorités. Développement de l'offre d'IVG de proximité, suppression du délai minimal de réflexion, amélioration de l'accès à la contraception, nouveaux outils de lutte contre l'anorexie, renforcement de la prévention à destination de l'entourage des femmes enceintes... toutes ces mesures doivent permettre de relever les enjeux de santé particuliers à la santé des femmes. A l'occasion de la Journée internationale des droits des femmes, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, présente dans cette feuille de route ses priorités 2016 pour la santé des femmes et récapitule les différentes mesures de la loi.

### Handicap

Loi santé : Quels impacts pour les personnes handicapées? [Article] / Sa, Sorithi *in* TSA - Travail social actualités, n° 75, septembre 2016, pp.34-39

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

L'ancrage de l'hôpital dans les territoires [Article] / Duprat, Jean-Pierre *in* Gazette de l'hôpital (La), n°124, octobre 2016, Encart 7p.

**Résumé** : Destinée à l'origine, à corriger les insuffisances de la loi HPST du 21 juillet 2009, la loi du 26 janvier 2016 déborde largement de ce cadre, ce que traduit le gonflement progressif du projet. La complexité du texte en est une conséquence partielle, aggravée par la décision du Conseil constitutionnel et les nombreux textes d'application attendus. Pourtant une intention est nettement affichée : renforcer la place occupée par l'hôpital public, après avoir constaté les limites de la mise en concurrence avec le secteur privé. La loi de 2016 cherche à établir une meilleure articulation avec la médecine de ville, afin de conforter l'approche dite "populationnelle" destinée à renforcer l'égalité dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, la territorialisation induit une logique de hiérarchie fonctionnelle au sein du service public hospitalier, mais suppose une amélioration des coopérations, avec la médecine de ville, ainsi qu'avec les établissements privés.

L'ancrage de l'hôpital dans les territoires : un enjeu démographique et d'organisation des soins [Article] / Aubert, François-Jérôme *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier (Le) BJPH, n° 190, septembre 2016, Encart 4p.

**Résumé** : La mise en réseau rapide des hôpitaux définie par la loi de santé, et destinée à rendre possible notamment un meilleur accès aux soins, présente certaines ambiguïtés concernant ses modalités. D'une part, l'association des élus locaux n'est pas assez mise en avant. D'autre part, bien que le modèle mis en place, le groupement hospitalier de territoire, soit cohérent, il instaure un équilibre instable entre coopération et délégation. Par ailleurs, les délais très contraints d'établissement du projet médical partagé semblent inadéquats, la mise en oeuvre d'une stratégie commune nécessitant des délais bien supérieurs à ceux actuellement envisagés par les pouvoirs publics.

Les grands thèmes de la loi Santé 2015. Service public hospitalier et rénovation de l'hôpital : le rôle de chef de réseau de l'ARS [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier, n° 184, janvier 2016, encart de 4p.

**Résumé** : Réflexions sur trois dispositions de la loi de santé relatives à l'hôpital public : la restauration du service public hospitalier, l'affirmation de l'ancrage territorial avec la création des groupements hospitaliers de territoire, le renforcement du rôle de chef de réseau hospitalier des agences régionales de santé (ARS).

*Coopération : groupement de coopération sanitaire, groupement hospitalier de territoire...*

→ **Note** : Voir aussi les [rapports préparatoires sur les GHT](#) en début de dossier ainsi que le dossier documentaire consacré aux GHT sur le [site du service documentation](#)

Rapport d'information sur les groupements hospitaliers de territoire [Rapport] / Assemblée Nationale (Paris, FRA); Delatte, Marc, rapp.; Dharréville, Pierre, rapp. . - Paris [FRA] : Assemblée Nationale, 2021/12/15. - 119p. - (Rapport d'information de l'Assemblée Nationale; 4814) [En ligne sur le site de l'Assemblée Nationale](#)

**Résumé** : Les groupements hospitaliers de territoire sont, d'après l'exposé des motifs du projet de loi de modernisation de notre système de santé qui leur a donné le jour en 2016, «responsables de l'élaboration d'un projet médical unique entre les établissements publics de santé d'un même territoire, dans le cadre d'une approche orientée vers la réponse aux besoins de santé de la population et pas seulement de coordination de l'offre de soins». Cette approche populationnelle implique de structurer l'offre de soins sur le territoire en partant d'une analyse des besoins de santé de nos concitoyens, afin d'y répondre au mieux, et de garantir un égal accès de tous à des soins de qualité et de proximité. Telle était l'une des ambitions attribuées au projet de la réforme des groupements

hospitaliers de territoire, lorsqu'il a été présenté en 2015. Mais d'entrée de jeu, cette volonté s'est trouvée entravée par plusieurs facteurs. Premièrement, la réforme des GHT poursuivait également un objectif d'efficience, qui allait avec la volonté de résorber le déficit de la sécurité sociale. De l'objectif d'efficience ou de celui d'accès aux soins, lequel devait prioritairement guider la structuration des GHT? La réforme devait laisser une liberté d'organisation aux acteurs de terrain, pour déterminer les modalités les plus adaptées aux territoires, dans toute leur diversité. Dans les faits, cette liberté n'a été que partielle, sous l'effet de la supervision plus ou moins resserrée des ARS, des contraintes de temps et des contraintes budgétaires. Cinq ans plus tard, il en a résulté une très grande hétérogénéité de situations, dont il est difficile de dresser un bilan univoque. Les rapporteurs rendent hommage au monde hospitalier pour les efforts considérables accomplis dans le cadre de cette réforme. Des effets bénéfiques en sont ressortis, en particulier concernant l'aptitude des acteurs à penser le territoire, à se connaître et à échanger entre eux. Avec l'effet cumulé de la crise sanitaire, qui a été un puissant incitatif à la coopération, des barrières sont tombées. Mais les rapporteurs montrent cependant que ces efforts apparaissent parfois disproportionnés au regard des résultats obtenus. Les défauts qui ont entaché la mise en œuvre des GHT sont souvent associés à un excès de « verticalité », de centralisation des décisions, à un manque de démocratie sanitaire, là où il faudrait faire confiance aux acteurs de terrain, les soutenir et les accompagner, afin qu'ils déterminent eux-mêmes les modalités d'une coopération bénéfique pour les territoires. Aussi, les rapporteurs avancent des propositions pour recentrer résolument les GHT sur la réponse aux besoins de proximité. Ils estiment que cela implique l'adoption d'un principe général de subsidiarité dans le positionnement de ces GHT.

GHT... Bilan et perspectives [Article] / Amri, Karim *in* Finances hospitalières, n° 144, mars 2020, pp.11-16

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

Bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT) [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Dagorn, Claude; Giorgi, Dominique; Meunier, Alain . - Paris [FRA] : IGAS, 2019/12. - 129p. [cote HD00/0059](#) Disponible papier et en ligne sur le site de l'IGAS

**Résumé :** Dans le cadre de son programme d'activité 2019, l'IGAS a réalisé un bilan d'étape des groupements hospitaliers de territoire (GHT), trois ans après leur mise en place. La mission a procédé par enquêtes, à la fois auprès des GHT et des agences régionales de santé, s'est rendue dans 12 régions et a échangé avec plus de 400 interlocuteurs. A partir de ce travail de terrain et de l'analyse fine des différentes situations, la mission fournit un bilan selon quatre dimensions (gouvernance, projets médicaux, organisation et gradation des soins, mutualisation de moyens). Cet «instantané» fait apparaître des états d'avancement différenciés, certains GHT étant très avancés dans une dynamique d'intégration, cependant que d'autres sont freinés par des contextes médicaux ou économiques défavorables ; la majorité est cependant engagée dans une dynamique qui doit être soutenue. Malgré les disparités de contexte et les difficultés rencontrées, il ressort en effet que les GHT ont fait significativement progresser les coopérations hospitalières, plus rapidement que n'ont pu le faire les précédentes tentatives. Un double enseignement important est également retiré : les GHT qui fonctionnent le mieux sont ceux dont l'établissement-support est solide et dispose de ressources adéquates ; ce sont aussi ceux dont le fonctionnement est le plus intégré. A cet égard, les agences régionales de santé ont un rôle essentiel à jouer en mobilisant les outils à leur disposition (contractualisation, appels à projets, autorisations d'activité ou d'équipements), ainsi que le souligne le rapport dans un ensemble de recommandations visant à conforter le déploiement des GHT. Au-delà, la mission propose deux orientations générales : l'une, de court terme, centrée sur les enjeux de

proximité ; l'autre dessinant un objectif de long terme (à expertiser) d'unification et de simplification du GHT sous forme d'un «établissement de santé territorial».

Le territoire des GHT : bilan, réflexions et propositions [Chapitre] / Vigneron, Emmanuel *in* Les groupements hospitaliers de territoire : Un moyen d'organisation de l'offre de santé [Ouvrage] / Bergoignan-Esper, Claudine; Bringer, Jacques; Budet, Jean-Michel; Vigneron, Emmanuel . - Paris [FRA] : Berger-Levrault, 2019. – pp. 11-57 [cote HD00/0056](#)

**Résumé** : Le premier chapitre de cet ouvrage rappelle les différentes dispositions territoriales de la loi de 2016, leurs objectifs et fait un constat de leur état à la mi-2018. Il s'intéresse plus particulièrement au GHT en cherchant à apprécier son contenu exact, ses promesses et ses limites intrinsèques., trois ans après sa création.

De la recomposition à la différenciation, une nouvelle perspective pour les hôpitaux? [Article] / Gallet, Bruno *in* Finances hospitalières, n° 126, juillet-août 2018, pp.6-9

**Résumé** : A quelques jours d'intervalle, deux publications, "le rapport au parlement sur les recompositions hospitalières 2017", de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la "contribution à la transformation du système de santé" du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) dressent un bilan de la réorganisation du tissu hospitalier et tracent des perspectives pour son avenir. Le bilan des recompositions de la DGOS montre la primauté du processus de concentration, avec les groupements hospitaliers de territoire sur les logiques de coopération dans la dynamique de restructuration actuelle de l'hôpital public. La stratégie de différenciation, imaginée elle par le HCAAM, peut constituer un vecteur de changement intéressant mais cette nouvelle transformation peut aussi aboutir à une dilution du modèle hospitalier.

Un an après, les facteurs de réussite des GHT [Article] / Durand, Vanessa; Minvielle, Etienne; Ollivier, Roland *in* Gestions hospitalières, n° 571, décembre 2017, pp.638-645

**Résumé** : Alors que les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont soufflé leur première bougie et, pour la plupart, porté à leur convention constitutive un projet médical partagé (PMP) et un projet de soins partagé (PSP), la chaire Management des établissements de santé de l'EHESP livre ici une synthèse des échanges entre professionnels et chercheurs qui se sont tenus lors de séminaires dédiés à la constitution et à la mise en œuvre des GHT. Les questionnements ont porté sur les facteurs de réussite des GHT et notamment sur le modèle de management et la conduite du changement.

La mise en œuvre des GHT : une nébuleuse juridique à démêler [Chapitre] / Mokrani, Sabrina *in* La modernisation du système de santé : Un an d'application de la loi du 26 janvier 2016 [Ouvrage] / Nicolas, Guylène, dir.; Vioujas, Vincent, dir.; Berland, Yvon, préf.; Moquet-Anger, Marie-Laure, introd.. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2017. – pp. 131-148 [cote BL20/0556](#)

**Résumé** : Les modalités de mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire ont été précisées à travers les décrets n° 2016-524 et n° 2017-701. Si le deuxième décret d'application est venu dissiper quelques doutes découlant de maladresses rédactionnelles du premier décret, il serait faux d'affirmer que les questionnements gravitant autour des GHT sont tous solutionnés. Quels sont donc les obstacles juridiques soulevés dans la mise en œuvre des GHT? L'étude des textes fait ressortir deux axes : le premier concerne l'introduction d'une coopération imposée ayant pour conséquence de porter atteinte à l'autonomie des établissements publics de santé (I), et le second se rapporte aux formulations hasardeuses entourant le transfert d'activités, ce qui entraîne une grande confusion dans la détermination de la nature juridique de ce transfert (II).

Décret relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire : pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué? [Article] / Brunel, Marine *in* Revue Droit et santé, n° 78, juillet 2017, pp.576-577

**Résumé** : L'article 108 de la loi de modernisation de notre système de santé avait pour dessein de définir un nouvel objet aux GCS : la possibilité d'exploiter sur un site unique des autorisations détenues par un ou plusieurs de leurs membres. Globalement bien perçue par les professionnels, cette disposition a nécessité la publication de textes explicatifs, voire correctifs. L'apparente simplification n'a pas réellement tenu ses promesses.

Les catégories juridiques à l'épreuve de la réforme administrative : Le cas des groupements hospitaliers de territoire [Article] / Hardy, Jacques *in* AJDA - Actualité juridique, droit administratif, n° 16, du 1er mai au 7 mai 2017, pp.919-927

**Résumé** : Par beaucoup de ses aspects, le nouvel outil GHT sollicite de façon substantielle quelques catégories juridiques au nombre desquelles figurent la personnalité morale, le contrat, ou encore l'autorité hiérarchique et l'établissement public. Cet article examine les incertitudes juridiques qui entourent la mise en œuvre de la réforme et se penche sur deux thèmes : les conséquences sociales du dispositif GHT et la délégation de la fonction achats.

Les GHT : nouvel avatar de la restructuration hospitalière [Article] / Delande, Guy *in* Revue Droit et santé, n° 76, mars 2017, pp.255-257

**Résumé** : L'article 107 de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, prévoyant la mise en place obligatoire de groupements hospitaliers de territoire (GHT), constitue incontestablement une disposition marquante au regard de l'hospitalisation publique. On sait, en effet, notamment grâce aux comparaisons internationales, que notre pays souffre d'une hypertrophie hospitalière persistante qui hypothèque les évolutions souhaitables de notre système de santé vers le virage ambulatoire et une réorganisation en parcours de soins. Alors que leur mise en œuvre n'en est qu'à un stade administratif préliminaire (150 GHT créés regroupant 850 établissements), de quels éléments dispose-t-on pour en esquisser une première évaluation, forcément sommaire?

Le GCS n'est pas mort, vive le GCS! [Article] / Gey-Coué, Marine *in* Gestions hospitalières, n° 563, février 2017, pp.125-128

**Résumé** : En application de l'article 201 de la loi du 26 janvier 2016, l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 vient amender le régime des groupements de coopération sanitaire (GCS), imposant des adaptations juridiques et organisationnelles aux groupements existants. Derrière ces modifications techniques se cachent des évolutions de dimension stratégique que l'auteur fait découvrir dans cet article. Le GCS, relégué au second plan par la loi du 26 janvier, retrouve ses lettres de noblesse avec cette ordonnance et peut venir sécuriser juridiquement les groupements hospitaliers de territoire nouvellement créés.

Le regroupement des établissements publics de santé [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier (Le) BJPH, n° 194, janvier 2017, Encart 7p.

**Résumé** : Avec la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, va-t-on assister à l'achèvement d'une ambition formée depuis plusieurs décennies visant au regroupement des hôpitaux? Pour répondre à cette interrogation, l'auteur revient sur l'histoire du regroupement des structures hospitalières des années 1970 à nos jours. Il souligne l'évolution de la politique hospitalière avec le passage d'un regroupement suggéré à un regroupement imposé. Puis, il étudie la mise en œuvre du regroupement lié à la nouvelle loi et aux groupements hospitaliers de territoire (GHT). Enfin, il pose la question des conséquences du regroupement (conséquences attendues et effets collatéraux).

La modernisation de la coopération hospitalière : le groupement hospitalier de territoire (GHT) [Article] / Keller, Catherine *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.39-41

**Résumé** : La mise en place d'un nouveau dispositif de coopération à l'occasion d'une réforme hospitalière, ne constitue pas un fait nouveau. Toutefois, comme souligné par la ministre de la Santé au cours des travaux parlementaires, la création du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) s'annonce comme la mesure la plus restructurante de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS). Trois modalités "princeps" fondent et irriguent ce nouvel outil juridique de coopération, non doté de la personnalité morale : territorialisation, graduation et intégration.

La réforme des GCS : Entre nouveautés et retour en arrière [Article] / Vandendris, Margaux; Smallwood, Olivier *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.99-102

**Résumé** : Créés par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privé, les groupements de coopération sanitaire (GCS) sont devenus, en vingt ans, les



outils incontournables des acteurs de santé qui souhaitent s'engager dans un processus de mutualisation. Mais force est de constater que les réformes successives ont fait du GCS un outil doté d'un statut juridique relativement complexe. Les acteurs du secteur s'attendaient donc à bénéficier d'éclairages et de simplification à travers l'adoption de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Or, à la lecture du texte de loi, point de véritables simplifications mais des dispositions relativement imprécises qui devront nécessairement être complétées et précisées.

Vers une coopération contrainte : les GHT [Article] / Houdart, Laurent *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.103-109

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 porte en son article 107 création des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Qu'elle est la nature juridique de ces GHT qui vont impacter significativement et durablement l'ensemble du paysage sanitaire? S'agit-il d'un nouveau mode de coopération? Ou doit-on parler de préfusion? Pour mieux appréhender le mécanisme de ce nouveau dispositif, l'auteur analyse : -la nature de la convention -le régime des délégations -les conséquences de cette nature hybride entre coopération et fusion au vu notamment de trois aspects juridiques majeurs : la fiscalité, les marchés publics et la gouvernance.

Loi de santé 2016 et GHT : les murs de verre [Article] / Romanens, Jean-Louis *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.72-83

**Résumé** : Le projet de loi de santé avait lancé l'espérance d'un service public territorial de santé au public qui ne s'est pas concrétisée dans le texte final. L'idée de SPTS, qui aurait pu constituer un nouveau système unifié de santé, a été retournée vers le renforcement de deux systèmes de santé : celui de la médecine libérale avec la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé et celui d'une reformulation du service public hospitalier. Ce dernier est nouvellement prolongé voire transformé par la création du groupement hospitalier de territoire qui sera un considérable outil de préfusion des établissements d'un territoire autour d'un établissement faîtière mais qui comporte un risque d'inadaptation humaine que ce soit envers les personnels ou les patients.

La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé [Article] / Varnier, Frédéric; Trépeau, Maurice *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 4, juillet-août 2016, pp.620-632

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

Les groupements hospitaliers de territoire : Au service d'une stratégie de groupe [Article] / Evin, Claude *in* Revue hospitalière de France, n° 568, janvier-février 2016, pp.36-40

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



Le GHT : un outil de "ruptures" aux modalités de fonctionnement ambiguës [Article] / Gallet, Bruno *in* Finances hospitalières, n° 99, février 2016, pp.12-14

**Résumé** : Au regard des différentes réformes qui l'ont précédé, on pourrait considérer en première intention que le Groupement Hospitalier de Territoire ne constitue pas un axe de réforme important. Adapté d'un outil déjà existant (la communauté hospitalière de territoire), le GHT se caractérise par l'absence de personnalité morale et par des instances de gouvernance qui laissent craindre de nombreuses situations de blocages et d'impasses. Pourtant, la loi de modernisation du système de santé, au travers du GHT, opère en réalité une rupture fondamentale à la fois dans la politique de coopération et dans le management des établissements.

GHT : évolution ou révolution ? [Article] / Nordmann, Jean-Pierre *in* Finances hospitalières n° 99, février 2016, pp.7-11

**Résumé** : Avec la constitution des groupements hospitaliers de territoire (GHT), le management hospitalier est confronté à une nouvelle (r)évolution seulement 10 ans après celui de la T2A. L'hôpital "séjour" deviendrait un hôpital "parcours", ancré sur son territoire et fonctionnant en réseau. Qu'en est-il réellement au regard des outils dont va disposer le management hospitalier ? Comment définir le projet médical partagé, socle des futurs GHT ? Quels leviers actionner pour inciter les acteurs, notamment médicaux, à trouver les bons équilibres ?

Hôpital public et coopération sanitaire [Article] / Dupont, Marc *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, hors-série décembre 2015, pp.23-40

**Résumé** : Cet article traite principalement, sous forme de réflexions, des coopérations menées par les établissements publics de santé entre eux. Il fait le point sur les outils de coopération mis en place avant et après la loi HPST du 21 juillet 2009 puis s'attarde sur la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), création prévue par le texte du projet de loi de modernisation de notre système de santé de 2015.

Tout ce que vous rêvez de savoir sur les GHT en 7 questions...et presque autant de réponses ! [Article] / De Lard-Huchet, Brigitte; Segui-Saulnier, Stéphanie *in* Gestions hospitalières, n° 551, décembre 2015, pp.634-639

**Résumé** : La notion de groupement hospitalier de territoire a été insérée dans la loi de modernisation de notre système de santé. Certaines interrogations demeurent, concernant notamment la définition de leur périmètre (le GHT est-il contraint par le territoire de santé?), la qualité de leurs membres et partenaires, le positionnement des établissements spécialisés en santé mentale, la question de la gouvernance...

Quels enjeux territoriaux pour l'hôpital ? [Article] / Zacharie, Clémence; Tachon, Raoul; Dépinoy, Dominique; et al. *in* Finances hospitalières, suppl. n° 91, mai 2015, 50p.

**Résumé** : A la veille d'une nouvelle réforme du système de santé avec le projet de loi pour la modernisation de notre système de santé 2015, ce numéro spécial se propose de faire un point sur la place de l'hôpital dans l'offre de soins territoriale. Plusieurs articles examinent les impacts du remplacement des Communautés Hospitalières de Territoire par les nouveaux Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), nouveaux outils créés par l'article 27 du projet de loi de santé qui touchent la plupart des fonctions hospitalières, qu'il s'agisse des ressources humaines, des systèmes d'information, des achats ou des finances.

Et si la commission Larcher avait eu raison bien avant l'heure ? [Article] / Attané, Cécile; Segui-Saulnier, Stéphanie; Tanguy, Hervé *in* Gestions hospitalières, n° 541, décembre 2014, pp.584-589

**Résumé** : La loi de santé doit venir au Parlement au premier semestre 2015. Texte volumineux et protéiforme, il comporte pour les acteurs hospitaliers publics une disposition phare, la création du groupement hospitalier de territoire (GHT). Cette disposition, depuis la toute première version du projet de loi, a suscité de multiples commentaires qui expriment pour le moins des interrogations sinon des craintes. Cet article procède à une analyse comparative, d'une part, des dispositions relatives au GHT telles que prévues dans le projet de loi adopté en conseil des ministres, le 15 octobre,

d'autre part de celles existantes concernant la Communauté hospitalière de territoire (CHT) telle qu'elle a été mise en œuvre par la loi HPST.

### *Personnel hospitalier*

L'activité libérale des praticiens hospitaliers : une mise en perspective historique et juridique [Article] / Apollis, Benoît *in* Les Tribunes de la santé, vol. 69, n° 3, 2021, pp. 101-109 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Issu de la réforme Debré de 1958, le secteur privé a été supprimé dans les années 1980 et remplacé par l'activité libérale des praticiens hospitaliers, qui a été pérennisée depuis lors. À telle enseigne qu'aujourd'hui, malgré les réticences que le secteur d'activité libérale a toujours suscitées, l'évolution du droit qui s'y applique a tendance non seulement à confirmer son existence mais encore à élargir son régime à d'autres occurrences que celles initialement prévues par les textes.

Le Conseil supérieur des personnels médicaux : Une réelle avancée dans le dialogue social [Article] / Cappe, Martine *in* Gestions hospitalières, n° 585, avril 2019, pp.254-256

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

L'exercice médical à l'hôpital : Les apports de la loi dite «Touraine» [Article] / Clément, Cyril *in* Revue générale de droit médical, n° 66, mars 2018, pp. 57-66

**Résumé** : Confrontée au délicat problème de la main d'oeuvre médicale, les Directions des établissements publics de santé n'ont pas beaucoup de marge de manoeuvre pour y faire face. C'est pourquoi, de manière régulière, le législateur essaie de leur donner des moyens juridiques leur permettant de recruter en leur sein des médecins. La loi HPST en 2009 avait créé le contrat de clinicien hospitalier qui n'a d'ailleurs guère trouvé de succès probant. La dernière réforme hospitalière, en l'occurrence la loi du 26 janvier 2016 a contribué, pour sa part également, au recrutement de médecins pour les hôpitaux par le biais de nouveaux outils juridiques. C'est ainsi que l'intérim médical a été légalisé dans un souci de mettre fin aux abus constatés à plusieurs reprises et qu'a été créé la position de praticien remplaçant. Par ailleurs, la loi du 26 janvier 2016 a souhaité renforcer le contrôle sur l'activité libérale du praticien hospitalier temps plein.

Encadrement de l'intérim médical à l'hôpital : les textes enfin parus [Article] / Cappe, Martine *in* Revue hospitalière de France, n° 580, janvier-février 2018, pp.10-11

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

Le renforcement des conditions d'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers [Article] / Clouzot, Ludivine *in* Revue Droit et santé, n° 78, juillet 2017, pp.543-546

**Résumé** : Pris pour l'application de l'article 138 de la loi du 26 janvier 2016, le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017 entend renforcer l'encadrement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. L'approfondissement des modalités de contrôle porte à la fois sur l'aspect matériel et institutionnel.

DS/CGS et GHT : La fonction dans une dimension élargie [Article] / Zimmermann, Jean-François *in* Gestions hospitalières, n° 566, mai 2017, pp.292-297

**Résumé** : L'auteur propose une analyse des évolutions du métier de directeur des soins/coordonnateur des soins et s'attarde plus particulièrement sur les impacts des dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016 : mise en oeuvre des groupements hospitaliers de territoire, création d'un nouveau statut d'infirmier/ère de pratique avancée (IPA), déclinaison du projet médical partagé (PMP) et du projet de santé partagé (PSP).

L'exercice médical à l'hôpital [Article] / Clément, Cyril *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier (Le) BJPH, n° 196, mars 2017, Encart 4 p.

**Résumé** : Cet article présente les apports de la loi Touraine sur l'exercice médical à l'hôpital. Elle est considérée, d'un côté, comme un texte libéral (I) en ce qu'elle crée de nouveaux dispositifs favorables au recrutement de médecins et à l'allongement de la durée de leur exercice au sein des hôpitaux ; d'un autre côté, comme un texte restrictif (II) en ce qu'elle encadre davantage en ce qu'elle encadre davantage l'activité libérale du praticien hospitalier temps plein.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers : un champ de contrôle à développer [Article] / Bonnafox, Florence *in* Finances hospitalières, n° 108, décembre 2016, pp.24-27

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et ses décrets d'application confortent l'encadrement réglementaire de l'activité libérale au sein des établissements de santé. Il appartiendra notamment au commissaire aux comptes d'en mesurer les enjeux et de vérifier la qualité du contrôle interne exercé sur cette activité afin d'alerter les instances de gouvernance en cas de risque de sanction financière.

Les praticiens hospitaliers dans la loi : une réforme en demi-teinte [Article] / Clouzot, Ludivine *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.123-132

**Résumé** : Intervenant dans un contexte profondément marqué par le déficit d'attractivité des carrières dans le secteur public, la loi du 26 janvier 2016 entend résoudre certaines des difficultés en intégrant des dispositions relatives à la situation des praticiens hospitaliers (formation continue, encadrement de l'activité libérale, prolongation d'activité, droit syndical...). Mais si la loi aborde de larges pans concernant la carrière des PH, elle n'épuise pas cependant les problématiques afférentes à ces catégories de personnels et prend le risque de passer à côté d'une réflexion d'ensemble. C'est en conséquence une réforme mitigée que donne à commenter le législateur. Procédant à une redéfinition parcellaire des règles relatives à la carrière des praticiens hospitaliers (I), la loi santé opère toutefois un rééquilibrage assumé de leurs droits dans le cadre du dialogue social (II).

#### *Service public hospitalier*

Le renouveau du service public hospitalier ? [Article] / Borgetto, Michel; Cluzel-Métayer, Lucie; Gritton, Anne-Claude; Boussard, Sabine; et al. *in* Revue de droit sanitaire et social, n° 4, juillet-août 2017, pp. 593-669

**Résumé** : Avec la loi santé 2016, le service public hospitalier a été réaffirmé avec force et réintroduit dans le Code de la santé publique : les pouvoirs publics ayant entendu le définir comme un « bloc d'obligations » auquel doivent désormais satisfaire les établissements assumant le service public pour l'ensemble de leurs activités. L'objectif de ce dossier est d'interroger non seulement le contenu de cette réaffirmation mais aussi et surtout sa portée, c'est-à-dire ses conséquences à la fois juridiques et institutionnelles, économiques et financières. L'analyse porte aussi bien sur le contexte général dans lequel s'inscrit ce « renouveau » (volonté, notamment, de traquer les dépassements d'honoraires, nécessité de lutter contre les déserts médicaux...) que sur les principales évolutions ayant affecté

depuis un demi-siècle ce service public pour le moins original (avènement, crise, renaissance) ; aussi bien sur les soubassements idéologiques de la notion de service public hospitalier (ceux-ci n'ayant cessé de marquer de leur empreinte débats et solutions) que sur l'influence exercée sur son régime par le droit de l'Union européenne (à travers, notamment, les règles régissant les aides publiques et les dispositions gouvernant la mobilité des patients) ; aussi bien sur les liens existant entre service public hospitalier et service public de santé (le premier se trouvant dilué au sein d'un système de santé en quête d'unité) ou encore la nature des obligations pesant sur lui (accès effectif aux prestations, coopération avec les autres acteurs du système de santé, principe de transparence...) que sur la question stratégique de son financement (celui-ci pouvant se saisir à la fois comme un critère d'identification et un facteur d'évolution de son régime juridique).

Le service public hospitalier, outil de performance? [Chapitre] / Ricci, Jean-Claude *in* La modernisation du système de santé : Un an d'application de la loi du 26 janvier 2016 [Ouvrage] / Nicolas, Guylène, dir.; Vioujas, Vincent, dir.; Berland, Yvon, préf.; Moquet-Anger, Marie-Laure, introd.. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2017. – pp. 81-96 [cote BL20/0556](#)

**Résumé** : Par les innombrables chapitres qu'elle comporte, la loi du 26 janvier 2016 se distingue par le sort nouveau qu'elle fait à la référence au service public et, compte tenu du contexte économique et financier général dans lequel et sous la pression duquel elle intervient, par sa tentative de contribuer à la recherche de la performance de notre système hospitalier.

La nouvelle définition du service public hospitalier [Article] / Apollis, Benoît *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.29-31

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

Service public hospitalier : Un retour aux sources ou une notion juridique inapplicable [Article] / Caumes, Grégory *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.83-91

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé introduit dans son article 99 la notion de service public hospitalier (SPH), une notion qui a pour origine la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 et qui a connu de nombreuses modifications. Se pose donc la question de savoir si ce nouveau SPH est une modernisation ou une rémanence du passé sans aucun impact pour l'usager. Pour y répondre, l'auteur analyse l'origine du SPH, la mise en pratique du nouveau dispositif et les zones d'ombre qui l'entoure.

Les habits neufs du service public hospitalier [Article] / Cristol, Danièle *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 4, juillet-août 2016, pp.643-657

**Résumé** : Au-delà de l'indéniable dimension symbolique, il convient de s'interroger sur l'apport de la réactivation du Service Public Hospitalier (SPH) par la loi Touraine : derrière l'apparente rupture avec la loi HPST, n'y aurait-il pas une continuité entre les deux textes? Le nouveau SPH ne s'appréhende ni sous l'angle organique (statut juridique des acteurs), ni sous l'angle matériel (ensemble de missions). Il se caractérise essentiellement par la définition d'obligations s'imposant aux établissements de santé : il se démarque en cela du SPH issu de la loi Boulin du 31 décembre 1970 et apparaît imprégné des exigences du droit de l'Union européenne.

La résurrection du service public hospitalier [Article] / Vioujas, Vincent *in* AJDA - Actualité juridique droit administratif, n° 23, 27 juin au 3 juillet 2016, pp.1272-1278

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 réintroduit dans le code de la santé publique le service public hospitalier que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires avait supprimé. Mais le contenu de celui-ci tient désormais moins à des missions spécifiques qu'à un ensemble d'obligations qui s'imposent aux établissements, publics comme privés, qui l'assurent. Cette nouvelle identité apparaît révélatrice de la conception actuelle du service public, qui s'apparente, de moins en moins, à des missions ou à des acteurs, et davantage à un ensemble d'obligations et de droits associés constituant un véritable statut.

Les vicissitudes du service public hospitalier [Article] / Boussard, Sabine *in* Revue Française de Droit Administratif, n° 3, 15 juin 2016, pp. 565-576

**Résumé** : Aux termes de l'article 99 de la loi de modernisation de notre système de santé, le service public hospitalier est rétabli et défini selon une conception à la fois organique et fonctionnelle. Toutefois, on ne retrouve pas le service public hospitalier des années 1970. Celui-ci a définitivement perdu son identité car la nouvelle loi n'envisage pas le service public hospitalier par activité ou de façon globale mais uniquement par référence à des obligations. En définitive, la modernisation de notre système de santé tient compte des avancées récentes de la jurisprudence administrative qui place désormais l'obligation au coeur de la définition du service public, ceci sous l'influence du droit européen. L'auteur revient tout d'abord sur la perte d'identité du service public hospitalier puis analyse la nouvelle définition du service public hospitalier par référence aux obligations de service public.

La notion de service public réaffirmée comme un tout [Article] / Jaffre, Didier *in* Objectif soins et management, n° 244, mars 2016, pp.31-33

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 refonde la notion de service public hospitalier, qui avait été «éclaté» en missions de service public hospitalier par la loi HPST de juillet 2009. Après un SPH à la carte, retour donc à une approche globale du SPH formant un tout.

Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé [Article] / Marty, Jean; Pellet, Rémi *in* Droit social, n° 10, octobre 2014, pp.839-846

**Résumé** : Le projet de loi sur la santé prétend «lutter contre les barrières financières de l'accès aux soins». En réalité, il crée une rupture caractérisée de l'égalité entre les établissements publics et privés de santé car il prévoit que les cliniques privées ne pourront participer au service public hospitalier qu'à condition que leurs praticiens ne recourent jamais à des dépassements d'honoraires, pour toute leur activité libérale, alors que les praticiens hospitaliers pourront continuer eux à demander de tels dépassements dans l'activité privée qu'ils exercent au sein des hôpitaux. La réforme envisagée est d'autant plus injuste que l'activité chirurgicale des établissements privés de santé s'avère aujourd'hui moins chère, dépassements d'honoraires compris, que celle des établissements publics. Et ces hôpitaux sont directement intéressés à l'augmentation des revenus privés de leurs médecins.

#### *Usager santé*

Les nouvelles obligations hospitalières relatives à la facturation des patients [Article] / Apollis, Benoît *in* Finances hospitalières, n° 127, septembre 2018, pp.24-26

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

L'information du patient sur les coûts des prestations des établissements de santé, une construction progressive mais certaine [Article] / Rousset, Guillaume *in* Revue Droit et santé, n°75, janvier 2017, pp.85-87

**Résumé** : Pris en application de l'article 94 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, le décret n° 2016-1471 du 28 octobre 2016 a mis en avant une question spécifique : l'information de l'utilisateur, non pas sur l'acte médical comme on le voit souvent, mais sur le coût des prestations délivrées par un établissement de santé, élément plus technique, mais non sans importance. Posons rapidement le contexte général de ce régime juridique (I) avant d'analyser les modalités prévues par ce décret (II).

La commission des usagers des établissements de santé (CRU) [Article] / Filippi, Isabelle *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier (Le) BJPH, n° 193, décembre 2016, Encart 7p.

**Résumé** : La commission des usagers des établissements de santé (CRU) remplace la Commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé. Son but est d'associer les usagers à la politique de santé tout en renforçant leurs droits, d'améliorer l'accueil, de faciliter les démarches et de transmettre les réclamations. Elle participe à l'élaboration de la politique menée dans les établissements et elle associée à l'organisation des parcours de soins. La composition, les missions, les fonctions, et enfin le fonctionnement des CRU sont détaillés dans cet article.

Loi santé. La lettre de liaison : Qu'en est-il du compte-rendu d'hospitalisation? [Article] / Baylocq, Gabrielle; Dupont, Marc *in* Gestions hospitalières, n° 560, novembre 2016, pp.522-523

**Résumé** : Au 1er janvier 2017, les établissements de santé auront l'obligation d'organiser la remise au patient d'une information sur son hospitalisation au moment de sa sortie et de s'assurer que les informations utiles à la continuité des soins auront été comprises. Cette «lettre de liaison», qui remplacera le compte-rendu d'hospitalisation (CRH), sera jointe aux documents devant «a minima» être classés dans le dossier médical. L'analyse des textes et des travaux parlementaires relatifs à la loi de modernisation de notre système de santé révèle que la lettre de liaison et le CRH vont, semble-t-il, coexister. Aux établissements de santé de penser et de mettre en œuvre ce dispositif et, pourquoi pas, de concevoir un nouveau CRH, entendu comme un document de sortie unique.

De facultatif, le dispositif d'information de l'utilisateur sur le coût de ses soins en établissement devient obligatoire [Article] / Wery, Olivier *in* Finances hospitalières, n° 108, décembre 2016, pp.5-6

**Résumé** : La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 94 que "pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter". Retour sur cette disposition qui a été introduite dans le code de la Santé Publique à l'article L1111-3-1.

Place de l'utilisateur à l'hôpital : Vers un véritable partenariat? [Article] / Génot-Pok, Isabelle; Abenzoard, Noémie; Morchid, Sabrina *in* Revue hospitalière de France, n° 572, septembre-octobre 2016, pp.10-12

**Résumé** : La «place de l'utilisateur à l'hôpital» fait référence à deux dimensions. L'une, individuelle, vise la relation de soin. L'autre, collective, concerne la place de ses représentants au sein des établissements de santé. Cette dernière a toujours eu plus de mal à s'imposer. Pour autant, leurs attributions n'ont cessé de se renforcer, comme en témoignent la loi du 26 janvier 2016 et son décret d'application du 1er juin 2016. Ainsi, le représentant des usagers voit son rôle renforcé au sein de la nouvelle commission des usagers (CDU) qui devient une véritable partenaire des instances hospitalières dans l'élaboration de la politique qualité et sécurité des établissements de santé.

La nouvelle commission des usagers : Une représentation institutionnelle renouvelée [Article] *in* Responsable santé, n° 262, 07 juillet 2016, p.6

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a substitué la commission des usagers (CDU) à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Le décret d'application de ces nouvelles dispositions apporte des précisions sur le fonctionnement de cette instance. Trois points sont à souligner concernant ces nouvelles missions : 1-Une contribution renforcée à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches 2-Une nouvelle mission d'assistance des usagers auprès du médiateur 3-La fin de la présidence systématique de la commission par un représentant de la direction.



Plateaux mutualisés d'imagerie médicale : Nouvelle route à tracer ou risque de naufrage ? [Article] / Lard-Huchet, Brigitte de *in* Revue hospitalière de France, n° 598, janvier-février 2021, pp.44-46

**Résumé** : Les plateaux mutualisés d'imagerie médicale (PMIM) sont nés en 2016 de la loi de modernisation de notre système de santé. Ils n'étaient pas nouveaux. La loi HPST, en 2009, les avait déjà introduits, mais à titre expérimental. Le renvoi à un décret d'application jamais paru les avait enterrés, ou noyés. Lorsque la loi de 2016 est adoptée, deux changements notables sont opérés. D'abord, les PMIM ne seront pas expérimentaux, ils intégreront directement le droit commun. Ensuite, l'absence de renvoi à un décret d'application rend le dispositif légal directement applicable.

L'encadrement du recours à l'emprunt et au crédit-bail par les hôpitaux, ou comment tourner la page du plan «Hôpital 2007» [Article] / Vioujas, Vincent *in* Revue générale de droit médical, n° 66, mars 2018, pp. 67-80

**Résumé** : Les dispositions des articles 103 et 105 de la loi du 26 janvier 2016 apportent de nouvelles précisions sur les conditions de recours à l'emprunt et aux partenariats public-privé par les hôpitaux. Beaucoup plus rigoureuses, celles-ci encadrent désormais étroitement leur usage. De ce point de vue, le texte semble renoncer aux outils promus antérieurement dans le cadre du plan «Hôpital 2007».

Gouvernance interne des établissements publics de santé : Vers de nouveaux équilibres en termes de règlement intérieur et de gestion des pôles d'activité [Article] / Villeneuve, Pierre *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.42-44

**Résumé** : S'inscrivant comme une rupture de la loi HPST sur la forme comme sur le fond, la loi Santé procède à une réécriture discrète de la gouvernance hospitalière. L'article 195 de la loi de santé ainsi que le décret d'application du 11 mars 2016 redéfinissent les contours de l'intervention managériale du directeur d'hôpital, président du directoire, tout en affermissant les prérogatives du président de la commission médicale d'établissement (CME).

Le renforcement du contrôle sur les établissements de santé [Article] / Vioujas, Vincent *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.67-69

**Résumé** : Les dernières réformes hospitalières ont singulièrement accentué le contrôle de l'Etat sur les établissements de santé. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé s'inscrit parfaitement dans cette tendance, avec néanmoins une originalité. Si comme par le passé, elle comporte plusieurs dispositions propres aux hôpitaux, elle prévoit également des modalités de contrôle portant sur les établissements privés de santé, en particulier dans le domaine financier. Retour dans cet article sur les évolutions spécifiques aux établissements publics de santé et sur les nouvelles possibilités de contrôle concernant les établissements privés.

Les dispositions à caractère financier de la loi de modernisation de notre système de santé [Article] / Delnatte, Jean-Claude *in* Finances hospitalières, n° 99, février 2016, pp.2-6

**Résumé** : Au-delà des mesures phares qui ont accaparé l'attention des médias, la loi comporte quelques dispositions à caractère financier intéressant les établissements de santé. Cet article met en exergue ces dispositions qui ont été déclarées conformes à la constitution, à l'exception du paragraphe IX de l'article 107 qui concerne le régime financier du groupement hospitalier de territoire. Les dispositions analysées portent notamment sur : le renforcement de l'information et de l'accessibilité financières des usagers, le contrôle et l'organisation financière des établissements de santé privés, l'encadrement du crédit (crédit-bail immobilier, emprunt toxique), le recours à l'intérim médical...

La loi de santé décongestionnera-t-elle les urgences hospitalières ? [Article] / Wery, Olivier *in* Finances hospitalières, suppl. n° 91, mai 2015, pp.17-19

**Résumé** : Une des mesures emblématiques de la future "loi santé" consiste à étendre aux médecins libéraux la pratique du tiers payant. La mesure vise à faciliter, d'un point de vue financier, l'accès de soins de premier recours, c'est-à-dire au médecin généraliste de ville, mais elle a aussi pour objectif, de réduire le recours aux services d'urgence des hôpitaux. Par ailleurs, des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) seraient créées pour faciliter l'accès aux soins de santé



de proximité aux populations vulnérables, en situation précaire, handicapées, âgées ou atteintes de maladies chroniques. Face à ces nouvelles mesures, l'auteur dresse une synthèse du système de permanence de soins et s'interroge sur l'impact prévisible de la loi de santé pour ce qui concerne l'activité des urgences hospitalières.

### *Prévention et promotion de la santé*

#### *Généralités*

Loi "santé" : Les mesures sur la prévention et la promotion de la santé (en deux parties) [Article] / Laga, Lydia *in* ASH, n° 2981, du 28 octobre au 3 novembre 2016, pp.49-57 et n° 2982, du 4 novembre au 10 novembre 2016, pp.45-53

**Résumé** : Ce dossier juridique analyse le volet "Prévention et promotion de la santé" de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. La première partie, parue dans le n° 2981, décrypte les mesures relatives à la santé des jeunes (la promotion de la santé en milieu scolaire, l'information des jeunes sur la prévention, la reconnaissance du rôle des missions locales, la lutte contre l'alcool et le tabac) ainsi que les actions qui tendent à moderniser les stratégies de prévention à destination des publics ayant des problématiques de santé spécifiques (personnes atteintes d'une affection de longue durée, malades chroniques, personnes handicapées, détenus, usagers de drogue). La deuxième partie présente les dispositions relatives au dépistage des maladies infectieuses transmissibles (VIH, hépatites) et à la création d'une Agence nationale de santé publique. L'objectif poursuivi par la loi est de faciliter le dépistage via des dispositifs innovants, les autotests et les tests rapides d'orientation diagnostique, ces derniers pouvant être mis en oeuvre par un personnel exerçant dans une structure associative ou dans un établissement ou service médico-social.

L'environnement dans la loi de modernisation de notre système de santé [Article] / Zmirou-Navier, Denis *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.70-72

**Résumé** : Plusieurs articles de la loi du 26 janvier 2016 portent sur des risques pour la santé liés aux milieux de vie : ils sont regroupés en son chapitre V intitulé "Informer et protéger les populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement". Les pollutions et nuisances dont se préoccupe la loi sont variées : exposition aux fibres d'amiante, prévention des risques liés au bruit, lutte contre la pollution atmosphérique... Cet article est consacré à ce dernier point et notamment à l'article 46 qui a pour objectif d'aboutir à une baisse des concentrations des particules dans l'air en s'appuyant sur un objectif pluriannuel.

Prévention et promotion de la santé : Pierre angulaire de la loi [Article] / Bréchat, Pierre-Henri *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.23-31

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

Loi de santé [Article] / Bourdillon, François; Broussouloux, Sandrine; Gasté, Véronique; et al. *in* Santé en action, n° 435, mars 2016, pp.34-55 [Disponible papier et en ligne sur le site de l'Inpes](#)

**Résumé** : Ce dossier fait un point sur les différentes mesures contenues dans le titre I de la loi de modernisation de notre système de santé consacré à la prévention et à la promotion de la santé : instauration d'un « parcours éducatif de santé » en milieu scolaire, nouvelles mesures de lutte contre le tabagisme et mise en oeuvre du paquet neutre de cigarettes, adoption de l'expérimentation de salles de consommations de drogue à moindre risque, mise en place de logos nutritionnels sur les aliments industriels, développement des tests rapides d'orientation diagnostique pour le dépistage des maladies infectieuses transmissibles, possibilité de faire de la publicité pour les vins et autres alcools en utilisant la notion de terroirs, création de la nouvelle Agence nationale de santé publique... Les objectifs et les portées de ces mesures sont soulignés mettant en avant les points positifs (nouvelle

approche de la santé scolaire, adoption de mesures anti-tabac dont l'efficacité a été démontrée, ...) mais également négatifs (affaiblissement de la loi Evin, nécessité d'objectifs plus ambitieux en termes d'amélioration de la qualité nutritionnelle...).

### *Activité physique*

Prescrire une activité physique à un malade chronique [Article] / Barrault, Denys; Abramovici, Francis *in* Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques, vol. 16, n° 1, janvier 2020, pp.13-19

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 sur la modernisation de notre système de santé apporte par son article 144 (article L. 1172-1 du Code de la santé) une innovation importante, en reconnaissant le rôle thérapeutique des activités physiques. Le texte de cet article mérite d'être cité pour éviter les interprétations erronées : « Dans le cadre du parcours de soins de patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient ». Le libellé de cet article est d'une grande précision car chaque terme est défini par des textes. Il décrit le cadre de l'action, l'acteur, le bénéficiaire, le type d'action et les précautions à considérer.

Prescription sport-santé : Le rôle d'un centre d'évaluation/maison sport-santé au sein d'un centre hospitalier [Article] / Nedelec Jaffuel, Anne; Vilcoq, Louis; Veques, Maxime; Frey, Alain *in* Gestions hospitalières, n° 593, février 2020, pp.111-113

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

### *Étiquetage nutritionnel*

Améliorer la nutrition : une éternelle bataille [Chapitre] *in* Agir en santé publique : De la connaissance à l'action [Ouvrage] / Bourdillon, François. - Rennes [FRA] : Presses de l'EHESP, 2020, pp. 73-100 [cote BL20/0573](#)

**Résumé** : Retour sur les freins et difficultés autour du développement du nutri-score et la définition de nouvelles recommandations nutritionnelles.

Le modèle d'étiquetage nutritionnel Nutriscore [Article] / Hercberg, Serge *in* ADSP Actualité et dossier en santé publique, n° 98, mars 2017, pp.7-10

**Résumé** : Proposé par le HCSP et retenu par le ministre de la santé sur la base de nouveaux travaux scientifiques, le système d'information nutritionnelle Nutriscore pourra figurer sur l'emballage des produits alimentaires. Au total, l'ensemble des multiples données scientifiques conforte l'intérêt de santé publique du Nutriscore, apportant un faisceau de preuves convaincant sur son impact potentiel dans le cadre d'une politique de santé publique coordonnée.

Étiquetage des aliments. Est-ce une bonne idée ? Opinions [Article] / Bomboy, A. *in* Science et santé, n° 23, Janvier-Février 2015, pp.40-41 [Disponible en ligne sur le site de l'Inserm](#)

**Résumé** : Pour aider les consommateurs à choisir des aliments plus sains, la nouvelle loi de santé prévoit l'apposition, sur la face avant des emballages, d'un logo d'information, reflet de la qualité nutritionnelle. Une mesure plébiscitée par les acteurs de la santé, décriée par les industriels. Cet article présente les opinions de trois spécialistes : Serge Hercberg, Mike Rayner, Olivier Andrault.

### *Lutte anti-tabac*

Perception du paquet de cigarettes par les fumeurs avant et après la mise en place du paquet neutre [Rapport] / Santé publique France (Saint Maurice, FRA); Pasquereau, Anne; Andler, Raphaël; Guignard, Romain; et al. - Paris [FRA] : Santé Publique France, 2019/01. - 10p. [En Ligne sur Santé Publique France](#)

**Résumé** : Recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2008, le conditionnement neutre des produits du tabac a été rendu obligatoire en France pour les paquets mis en vente à partir du 1er janvier 2017. Cette mesure a été accompagnée d'un agrandissement des avertissements sanitaires. En France, quel est l'impact de ce nouveau conditionnement sur la perception qu'ont les fumeurs de leur paquet de tabac ? Le Baromètre de Santé publique France (éditions 2016 et 2017) apporte des éléments de réponse à cette question, en comparant les perceptions des fumeurs avant l'introduction du nouveau paquet (2016) et après (2017). Pour cela, deux indicateurs ont été utilisés : le fait que l'aspect du paquet que les fumeurs achètent habituellement leur plaît, et la gêne qu'ils ont à sortir leur paquet à cause de son aspect.

### *Profession sanitaire et sociale*

#### *Conflit d'intérêt*

Liens d'intérêt dans le secteur de la santé : De nouvelles dispositions pour renforcer la transparence [Article] *in* Responsable santé, n° 273, 19 janvier 2017, p.6

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

La prévention des conflits d'intérêts dans le domaine de la santé [Article] / Trépreau, Maurice *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 6, novembre-décembre 2016, pp.1116-1128

**Résumé** : Les pouvoirs publics ont développé des instruments destinés à sécuriser la décision publique en matière sanitaire. La loi Touraine a renforcé ces dispositifs. Saisi à cette occasion, le Conseil constitutionnel a jugé que ces mesures étaient justifiées par les exigences particulières du secteur de la santé. Si les dispositifs de prévention des conflits d'intérêts sont maintenant bien identifiés, leur complexité en réduit sans doute la portée pédagogique pour nos concitoyens.

#### *Formation continue*

Décret DPC : rien ne se perd, rien ne se crée... [Article] / Hardi, Jennifer *in* Revue Droit et santé, n°75, janvier 2017, pp.56-59

**Résumé** : L'article 114 de la loi de modernisation de notre système de santé est venu modifier l'obligation de développement professionnel continu des professionnels de santé. Par un décret du 8 juillet 2016, le Conseil d'Etat en a défini les modalités d'organisation. Cette réforme de 2016 n'apporte pas de modification majeure dans l'organisation du DPC. Elle opère surtout des réglages au niveau du contenu de l'obligation (I) et de son contrôle (II).

#### *Partage de l'information*

2018 : l'année du DMP pour tous ? [Article] / Bourdaire-Mignot, Camille *in* Revue générale de droit médical, n° 66, mars 2018, pp. 19-36

**Résumé** : Le dossier médical partagé (DMP), issu de la loi du 26 janvier 2016 et expérimenté dans 9 départements depuis un an, devrait être généralisé cette année. Pour cette nouvelle mouture, le législateur a réussi à proposer un outil efficace pour la coordination des soins, sans compromettre les

droits du titulaire sur ses données personnelles. Pour autant, le nouveau DMP n'est pas révolutionnaire et ne se révèle utile que pour certains patients atteints de pathologies exigeant un suivi important et dont la prise en charge n'est pas centralisée au sein d'un établissement unique. Dès lors, on peut s'interroger sur la nécessité d'un DMP pour tous.

Le partage d'informations entre professionnels [Article] / Vincent, Lola *in* TSA - Travail social actualités, n° 87, novembre 2017, pp.34-39

**Résumé** : Afin d'éviter les ruptures de parcours et de faciliter la coordination des soins, la loi santé du 26 janvier 2016 a ouvert la possibilité aux professionnels de santé et à ceux du secteur social et médico-social d'échanger des informations relatives à une même personne prise en charge. Cette dérogation au secret professionnel est strictement encadrée. Ce dossier juridique revient sur ce nouveau cadre juridique et fait le point sur les professionnels concernés, les modalités de partage, les informations préalables à délivrer à la personne prise en charge et l'hébergement des données.

Dossier médical partagé (DMP) et secret professionnel : les nouveaux enjeux [Article] / Capodano, Jeanne *in* Revue Droit et santé, n°76, mars 2017, pp. 233-235

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

Consentement préalable au partage d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins : une nouvelle usine à gaz [Article] / Macron, Alain *in* Revue Droit et santé, n°75, janvier 2017, pp.78-81

**Résumé** : Certaines dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé bouleversent certains concepts «ancestraux» en matière de prise en charge des patients. Il en est ainsi de la notion d'équipe de soins et de l'échange d'informations de santé à caractère personnel entre professionnels. Différents textes réglementaires ont été depuis publiés afin de permettre l'application de ces dispositions (décrets n° 2016-994, 2016-995, 2016-996 du 20 juillet 2016). Le décret du 10 octobre 2016, objet de ce commentaire, a pour finalité de préciser les conditions de recueil du consentement de la personne prise en charge préalablement aux partages d'informations entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins (I), ainsi que les modalités du consentement de la personne prise en charge préalablement au partage d'informations (II).

Le nouveau cadre légal de l'équipe de soins et du partage des données du patient [Article] / Morlet-Haïdara, Lydia *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 6, novembre-décembre 2016, pp.1103-1115

**Résumé** : La nouvelle loi santé fait évoluer le concept d'équipe de soins, et par là même, les modalités de partage des informations du patient. Désormais, ce n'est plus l'enceinte de l'entité prise en charge qui constitue les frontières médicales ; c'est bien plutôt le nouveau périmètre de l'équipe de soins qui permet l'intégration de professionnels du secteur médico-social et social. Le décret d'application précisant la liste des acteurs concernés n'est pas sans poser certaines difficultés. La présente étude expose les mutations de l'équipe de soins, les enjeux en termes de respect du secret médical et propose une confrontation de la notion avec les autres concepts de prise en charge collective du patient.

Le secret partagé entre professionnels depuis la loi santé du 26 janvier 2016 [Article] / Manaouil, Cécile *in* Revue générale de droit médical, n° 61, 2016, p.53-63

**Résumé** : La possibilité de partage d'informations entre professionnels de santé est issue de la loi Kouchner du 4 mars 2002. La loi de santé 2016 est venue modifier cette possibilité en apportant

notamment des éclaircissements sur la notion d'équipe de soins. L'auteur revient sur les évolutions du secret partagé depuis la loi Kouchner, examine la jurisprudence antérieure à la loi santé et se penche sur les modalités du secret partagé depuis la loi santé de 2016.

Loi de modernisation de notre système de santé et partage d'informations de données de santé : consécration du secret partagé tous azimuts [Article] / Macron, Alain *in* Revue Droit et santé, n°74, novembre 2016, pp.919-922

**Résumé** : L'article 96 de la loi a modifié les conditions d'échange des informations de santé à caractère personnel entre professionnels assurant la prise en charge des patients. Si le droit au respect de la vie privée et du secret des informations médicales du patient est rappelé avec force comme principe irréfutable, le partage de ces dernières précédemment réservé aux professionnels de santé, est étendu à ceux des secteurs sociaux et médico-sociaux.

Le secret partagé [Article] / Vialla, François *in* Revue Droit et santé, Hors-série 2016, septembre 2016, pp.52-64

**Résumé** : La loi de santé du 26 janvier 2016 marque une évolution importante concernant le partage de l'information entre professionnels. L'article L.1110-4 du Code de la santé publique réalise en effet un réel décloisonnement de l'approche de la question du secret et du secret partagé entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Une responsabilisation renforcée des professionnels de santé? [Article] / Houdart, Laurent; Mazzucotelli, Manon *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.43-47

**Résumé** : La volonté de responsabilisation des acteurs de santé apparaît aux détours de plusieurs dispositions de la loi de santé du 26 janvier 2016 sans être clairement affichée. On en trouve trace à travers l'instauration ou la refonte de dispositifs tels que le dossier médical partagé (DMP) ou encore les lettres de liaison.

Secret professionnel et partage d'informations : Les textes d'application précisent l'encadrement des échanges dans le système de santé et le secteur social et médico-social [Article] *in* Responsable santé, n° 264, septembre 2016, pp.2-5

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a maintenu le principe de la soumission au secret professionnel des professionnels de santé et des professionnels du secteur social et médico-social. Elle a cependant aménagé un cadre permettant de faciliter les échanges et de sécuriser juridiquement les transferts d'informations entre ces professionnels. Ces dispositions, principalement codifiées aux articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du code de la santé, ont fait l'objet de mesures réglementaires récentes qui précisent les modalités du partage et de l'échange d'informations. Retour sur ces nouvelles mesures : notion d'équipe de soins, systématisation de la lettre de liaison, liste des non professionnels de santé autorisés à participer au partage...

Dossier médical partagé, un outil pour la coordination des prises en charge : article en deux parties [Article] *in* Responsable santé, n° 263, 21 juillet 2016, p.6 et n° 264, 1<sup>er</sup> septembre 2016, p.6

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

→ *Note : Voir aussi le dossier documentaire consacré à Infirmier(ière) en pratique avancée (IPA) sur le [site du service documentation](#)*

Accompagner les infirmiers en pratique avancée [Article] / Martin, Loïc; Louis-Burlat, Isabelle *in* Soins Cadres, n° 110, mars 2019, pp. 7-30

**Résumé** : en 2016, la loi de modernisation de notre système de santé reconnaît la pratique avancée infirmière et définit les principes généraux de sa mise en œuvre. L'installation de la pratique avancée sera ensuite concrétisée par les arrêtés et décrets du 18 juillet. Ce dossier revient sur la genèse du dispositif et se penche sur les implications en terme de formation et de positionnement au sein du secteur hospitalier pour ce nouveau professionnel. Au sommaire de ce dossier : Une réelle évolution ; Les IPA et l'intégration à l'université de la formation infirmière ; Mise en place de la fonction d'infirmier en pratique avancée diplômé d'État ; Quel positionnement pour l'IPA dans le secteur hospitalier français ? ; Organisations hospitalières et nouveaux métiers paramédicaux ; Positionnement et rôle de l'IPA au sein d'une institution ; La formation préparant au diplôme d'infirmier en pratique avancée ; Infirmier en pratique avancée et psychiatrie

Les auxiliaires médicaux dans la loi de modernisation de notre système de santé : entre stabilisation et évolution [Article] / Raja-Roque, Caroline *in* Revue générale de droit médical, n° 66, mars 2018, pp. 37-56

**Résumé** : Bien que consacré par la loi de modernisation de notre système de santé, et alors que se tenait le 1er décembre dernier la première Journée nationale des infirmiers en «pratique avancée», ce nouveau mode d'exercice reconnu au profit de certaines professions paramédicales tarde à être mis en oeuvre faute d'entrée en vigueur des décrets d'application. C'est l'occasion de revenir sur la volonté affichée par le législateur de 2016 de développer les professions intermédiaires et, ce faisant, sur la place qu'occupent désormais les auxiliaires médicaux au sein du système d'organisation des soins. Il apparaît que la loi est venue esquisser une évolution des métiers socles et, dans le même temps, a procédé à leur stabilisation de manière équivoque, laissant peut-être augurer une médicalisation de ces professions à long terme.

Pratiques avancées : une montée en compétences au service des patients [Article] / Pain, Alexandre *in* Santé RH, n° 91, février 2017, pp.22-23

**Résumé** : Après la possibilité offerte par l'article 51 de la loi HPST de conclure des protocoles de coopération entre professionnels de santé, la loi de modernisation de notre système de santé pose les fondements de l'exercice en pratiques avancées et ouvre la voie à de nouveaux métiers, à mi-chemin entre les paramédicaux actuels et le médecin. Si cette évolution offre une réponse à la désertification médicale, elle pose aussi de nombreuses questions concernant notamment le financement des nouvelles formations ou la revalorisation salariale de la montée en compétences des professionnels.

Vers une modernisation des métiers de demain des professionnels de santé [Article] / Descours-Alfandari, Nathalie *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.115-123

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 met en oeuvre de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé au travers de compétences élargies et de qualification revisitées. Il s'agit d'une nécessaire refondation des contours des métiers médicaux et paramédicaux (I), basée sur une modernisation des métiers de la santé et un renforcement des compétences des professionnels de santé (II). L'objectif est l'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en tension mais aussi la rationalisation du système de santé et la recherche de gains de productivité.

Glissements de compétences chez les professionnels de santé [Article] / Vialla, François; Mazzucotelli, Manon *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.110-114

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 renferme des dispositions venant faire évoluer la répartition des compétences chez les professionnels de santé, mouvement déjà entrepris avec la loi HPST du 21 juillet 2009. Certains actes incombant jusqu'alors aux médecins sont transférés notamment à des



professions paramédicales. Mais jusqu'où ce glissement de compétences peut-il conduire et quelles en seront les conséquences?

Pratiques avancées en soins infirmiers. Dossier [Article] / Berland, Yvon; Mossé, Philippe; Ambrosino, Florence; Tagand, Nicole *in* Revue hospitalière de France, n° 569, mars-avril 2016, pp.20-35

**Résumé** : Après un premier pas avec l'article 51 de la loi HPST sur les transferts de tâches entre professionnels de santé, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 officialise "l'exercice en pratique avancée" et ouvre la voie aux pratiques infirmières avancées (PIA). Au regard des expériences étrangères, ce dossier se penche sur les enjeux que recèlent ces pratiques et sur les défis à relever pour le système de santé français : Quelle formation mettre en place pour la qualification des PIA? Comment rémunérer l'exercice en pratique avancée? Quelles conditions sont nécessaires pour que cette avancée ne s'enferme pas dans une énième spécialisation et qu'elle contribue à accroître l'efficacité du système de santé? Dans quels domaines un IPA apportera une plus-value?

Les principales mesures de la loi de santé du 26 janvier 2016 [Article] / Devers, Gilles *in* Objectif soins et management, n° 244, mars 2016, pp.13-16 et n° 245, avril 2016, pp.13-16

**Résumé** : Coup d'œil sur les principales dispositions de la loi autour de deux points : la pratique des soins et les professionnels de santé.

Pratiques avancées : Premières bases. Dossier [Article] / Vayssette, Pascale *in* RS & T Réseaux, santé & territoire, n° 65, décembre 2015, pp.12-17

**Résumé** : Alors que la loi HPST de 2009 a apporté les protocoles de coopération, la loi de modernisation de notre système de santé prévoit de développer l'exercice en pratique avancée des auxiliaires médicaux (art. 119). Ce dossier propose de revenir sur les différents jalons qui ont conduit à mettre en oeuvre cette démarche en France ainsi que sur le cadre législatif porté par la loi. Elle présente également la réflexion lancée en 2014 par l'agence régionale de santé d'Ile-de-France qui a abouti à un projet d'intégration d'infirmiers cliniciens spécialisés dans plusieurs établissements et centres de santé de la région sur deux ans.

### Psychiatrie

Chronique interminable de l'isolement et de la contention / David, Michel *in* L'information psychiatrique, vol. 98, n°1, 2022, pp. 35-40 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : L'isolement et la contention en psychiatrie font l'objet d'une attention particulière depuis la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. Les décisions d'isolement et de contention prises par un psychiatre doivent répondre à de critères très précis. Étant des mesures privatives de liberté, elles doivent être de durées limitées et faire l'objet d'un contrôle par un magistrat. Depuis 2016, le Conseil constitutionnel a imposé des modifications en considérant certaines dispositions inconstitutionnelles. La chronique interminable de ces modifications est exposée dans cet article ainsi que des propositions pour une réflexion d'ampleur afin d'en finir avec l'instabilité juridique et professionnelle et de pouvoir améliorer les modalités de soins.

Le parcours du patient en psychiatrie et santé mentale : quelles singularités ? [Article] / Théron, Sophie *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 3, mai-juin 2021, pp.405-414

**Résumé** : L'organisation des parcours en santé mentale et psychiatrie relève d'une planification qui lui est propre mais il existe un lien avec celle des parcours de « droit commun ». Il semble exister deux niveaux dans la structuration des parcours : le secteur d'une part, et, depuis 2016, le projet territorial de santé mentale (PTSM) d'autre part.

Communautés psychiatriques de territoire : Quatre ans après la loi de 2016, quel bilan ? [Article] / Bideran, Charles de; Bétrémieux, Marc; Haoui, Radoine; Madelpuech, Bruno *in* Revue hospitalière de France, n° 595, juillet-août 2020, pp.33-37

**Résumé** : La loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit l'obligation de publier des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et la possibilité de créer des



communautés psychiatriques de territoire (CPT). Les CPT représentent une forme de coopération originale qui doit trouver sa place au sein des groupements hospitaliers de territoire, sans y être tout à fait soluble. En effet, elles ont pour mission de projeter une organisation globale des soins, des accompagnements, de la vie sociale et citoyenne. En cela, leur articulation avec les PTSM, qu'il convient aussi de replacer dans le contexte d'émergence des CPT, est un aspect essentiel de leur compréhension.

Santé mentale : Le projet territorial de Vendée [Article] / Williams-Sossler, Corinne *in* Gestions hospitalières, n° 587, juin-juillet 2019, pp.353-357

**Résumé** : De 2016 à 2019, le projet territorial de santé mentale (PTSM) de Vendée a mobilisé toutes les parties prenantes du département. L'auteur aborde ici la dynamique de synergie qui a prélué et permis la conception d'un tel projet, ainsi que la méthode retenue.

Directeur des soins et projet territorial de santé mentale [Article] / Mangeonjean, Francis *in* Soins cadres, n° 109, février-mars-avril 2019, pp.48-50

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

Vers un autre modèle de psychiatrie : soigner mieux en enfermant moins [Article] / Hazan, Adeline *in* Empan, n° 114, 2019/2, pp. 11-15 [En ligne sur la base Cairn](#)

**Résumé** : En matière d'isolement et de contention, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a longtemps demandé que des mesures soient prises afin de réguler ces pratiques et de réduire leur fréquence. Il y a deux ans, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 a ajouté au Code de la santé publique un article L 3222-5-1 qui dispose qu'il s'agit de pratiques de dernier recours réservées à la prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Il réserve cette décision à un psychiatre, qui ne peut la prendre que pour une durée limitée en l'accompagnant d'une surveillance stricte par des professionnels de santé désignés à cette fin. Les visites effectuées par le (CGLPL) ne permettent toujours pas, plus de deux ans après les dispositions nouvelles, de considérer qu'elles sont effectivement appliquées dans les établissements de santé.

Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? [Article] / Dupont, Marc; Volpe, Audrey *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 5, septembre-octobre 2017, pp.890-906

**Résumé** : Au cours des cinquante dernières années, notre pays s'est doté d'une organisation sectorisée des soins psychiatriques, dont l'objectif a été d'offrir à la population, dans un espace géographique déterminé, un panel de services de soins et d'accueil complet, apte à prendre en charge de façon appropriée les patients atteints de troubles mentaux aux différents stades de leur maladie. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, tout en maintenant la prise en charge médicale dans le cadre de secteurs psychiatriques rattachés à des établissements de santé, introduit, dans une territorialisation plus étendue, une nouvelle organisation graduée. Son objectif est de mieux prendre en compte les différentes dimensions de la santé mentale, en articulant davantage les prises en charge sanitaires, médico-sociales et sociales.

Le nouveau cadre de la politique de santé mentale et l'organisation des soins psychiatriques [Chapitre] / Moullec, Gilles *in* La modernisation du système de santé : Un an d'application de la loi du 26 janvier 2016 [Ouvrage] / Nicolas, Guylène, dir.; Vioujas, Vincent, dir.; Berland, Yvon, préf.; Moquet-Anger, Marie-Laure, introd.. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2017. - pp. 61-77 [cote BL20/0556](#)

**Résumé** : Cinq ans après la loi du 5 juillet 2011 réformant les soins sans consentement, la loi du 26 janvier 2016 est venue, notamment à travers son article 69, ranimer l'espoir qu'une véritable politique de psychiatrie et santé mentale soit mise en place. Après avoir porté un regard sur la crise culturelle de la psychiatrie, l'auteur examine dans quelle mesure le nouveau texte législatif et ses décrets

d'application sont susceptibles de répondre aux attentes des professionnels. Il souligne également les contraintes et les limites de la réforme.

Santé mentale : "Une bonne coordination limite les risques de rupture" [Article] / Léotoing, Marion; Marescaux, Jacques, interv. in TSA - Travail social actualités, n° 78, décembre 2016/janvier 2017, pp.6-7

**Résumé** : Axé sur le renforcement de la coordination territoriale, la loi Santé entend améliorer la cohérence d'une politique de santé mentale marquée par la diversité de ses acteurs et cadres d'intervention. Un texte porteur de progrès, pour Jacques Marescaux, président de Santé mentale France, qui déplore toutefois une prise de conscience gouvernementale tardive.

La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : Une évolution des cadres sans révolution des pratiques [Article] / Couturier, Mathias in Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 4, juillet-août 2016, pp.683-696

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

GHT, psychiatrie et santé mentale : Les inquiétudes sont-elles fondées? [Article] / Massé, Gérard; Vigneron, Emmanuel in Gestions hospitalières, n° 556, mai 2016, pp.265-269

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

Loi de modernisation de notre système de santé. Volet santé mentale [Ouvrage] / Dujardin, Valériane; Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) (Lille, FRA) . - Paris [FRA] : Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (INSERM), 2016. - 47p. [En Ligne sur le site du CCOMS](#)

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

Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? [Article] / Pourrat, Alain *in* Information psychiatrique, vol. 92, n° 3, mars 2016, pp. 183-186 [Disponible papier et en ligne sur Cairn](#)

**Résumé** : Si à l'évidence, la loi de modernisation de notre système de santé est une grande loi de santé publique, elle ne tient pas compte, une fois de plus, des spécificités de l'exercice en psychiatrie. L'auteur propose ici quelques pistes et réflexions pour les acteurs de la psychiatrie afin d'affirmer leurs spécificités dans le cadre de cette loi générale de santé et s'attarde plus particulièrement sur les implications de deux articles : l'article 69 relatif à l'organisation territoriale de la psychiatrie et l'article 195 relatif à la gouvernance des hôpitaux.

### *Système santé*

Santé : un nouveau jeu d'acteurs sur le territoire [Article] / Froment-Maire, Anne *in* Horizons publics, hors-série automne 2018, pp.30-35

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

Politique de santé et territoires de santé, l'irrésistible consécration du primat étatique [Article] / Villeneuve, Pierre *in* Cahiers de la fonction publique, n° 380, octobre 2017, pp.62-68

**Résumé** : Agences régionales de santé (ARS), territoires de démocratie sanitaire, schémas régionaux de santé, conseils territoriaux de santé, les termes utilisés pourraient faire penser à une régionalisation continue de l'organisation du système de santé. En apparence toutefois, tant le corpus législatif des lois dites de santé comme les lois de décentralisation y apporte un démenti formel. La loi HPST du 21 juillet 2009 confortait déjà un ancrage territorial au profit des ARS, agissant en qualité de maître d'ouvrage de l'État. Plus, encore, la loi de modernisation de notre système de santé (dite "loi santé") du 26 janvier 2016 confirme le primat étatique en matière de pilotage et de régulation de la santé, réduisant les autres acteurs publics à un simple rôle de contributeur.

Le renversement du système de santé en France [Article] / Marin, Philippe *in* Cahiers de la fonction publique, n° 374, février 2017, pp.58-63

**Résumé** : Le repositionnement de l'État dans la définition, la conduite et l'évaluation des politiques de santé publique et l'adoption d'une stratégie nationale de santé (SNS) mise en œuvre par la loi du 26 janvier 2016 constituent deux marqueurs du renversement de notre système de santé. L'article s'articule autour de la question du passage d'une logique de l'organisation du système de santé par l'offre à la construction d'une réponse aux besoins de santé, et autour de la nouvelle logique de l'individualisation des prises en charge et des parcours.

### *Parcours santé*

Les politiques de santé et les parcours de soins [Chapitre] *in* Structurer les parcours de soins et de santé : Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé [Ouvrage] / Aissou, Mourad; Danos, Jean-Pierre; Jolivet, Alexia . - 2e édition. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2020. - 325p. [cote BA40/0342](#)

**Résumé** : Le premier chapitre de cet ouvrage revient sur la montée en puissance de la notion de parcours de soins et de santé qui conduit aujourd'hui à repenser le système de santé français autour du patient et de ses besoins, dans un périmètre territorialisé. Il retrace les enjeux et les jalons de ce changement, de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 qui acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé à la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 qui poursuit cette évolution en replaçant la coordination des soins entre les professionnels et les structures de santé comme élément central du système et en créant des outils tels que les communautés professionnelles territoriales de santé et les équipes de soins primaires. En conclusion, il évoque la stratégie «Ma santé 2022» et la loi relative à l'organisation et à la transformation du

système de santé du 24 juillet 2019 qui poursuit la mise en œuvre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et favorise l'organisation des parcours au niveau des territoires.

Autonomie : le parcours de santé, bientôt une réalité ? [Article] / Pragout, Marie in TSA - Travail social actualités, n° 72, mai 2016, pp.10-12

**Résumé** : La loi de santé de janvier 2016 entérine officiellement la notion de parcours de santé, expérimentée depuis plusieurs années sous différentes formes pour faciliter l'accès à l'aide et aux soins de la personne en situation complexe (grand âge, handicap, maladie chronique...). Quels sont les nouveaux outils déployés par la loi ? Comment prendront-ils en compte les initiatives et expérimentations existantes ? Quid des Paerpa ?

*Territorialisation : projet régional de santé, communauté professionnelle territoriale de santé...*

Les CPTS : de l'ambition politique à la réalité territoriale [Article] / Rist, Stéphanie; Roguez, Raphaël in Sève les tribunes de la santé, n° 63, mars 2020, pp.51-55 [Disponible papier et en ligne sur la base Cairn](#)

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

CPTS : Quatre lettres à retenir [Article] / Charbonnel, Aude in Gestions hospitalières, n° 583, février 2019, pp.126-128

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

Les communautés professionnelles territoriales de santé : l'organisation des soins de premiers recours de demain ? [Article] / Cormier, Maxence in Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 1, janvier-février 2019, pp. 64-73

**Résumé** : Actuellement, le statut juridique des CPTS est peu contraignant et laisse une liberté d'initiative et de constitution aux professionnels de santé. Mais pour répondre à la volonté des pouvoirs publics d'en faire un mode de coopération à privilégier en matière de premier recours, leurs statuts et missions devraient être rapidement précisés dans le cadre de la future loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et du futur accord conventionnel interprofessionnel sur l'exercice coordonné. L'intégration annoncée des CPTS au dispositif d'organisation et de régulation des soins dans les territoires devra passer par un contrôle approfondi de l'ARS sur les projets de santé des CPTS et par une meilleure articulation de ces projets avec le projet territorial de santé et le schéma régional de santé.

Déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé. Appui à la DGOS [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Fauchier-Magnan, Emilie; Wallon, Véronique. - Paris [FRA] : IGAS, 2018/08. - 88p. [cote IA10/0145 Disponible papier et en texte intégral sur le site de la vie publique](#)

**Résumé** : Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées par la loi du 26 janvier 2016, sont l'association de professionnels de santé du premier et du second recours, et

d'acteurs sociaux et médico-sociaux, sur la base d'un projet de santé, pour une meilleure organisation des parcours des patients. Elles doivent aussi permettre d'améliorer l'exercice des professionnels de santé de ville: médecins, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes, pédicures-podologues, sages-femmes ou encore orthoptistes, qu'ils exercent en libéral, sous statut salarié en dehors de l'hôpital, ou sous un statut mixte (libéral et hospitalier). Par lettre du 21 mars 2018, la Ministre des Solidarités et de la Santé a missionné l'IGAS afin d'établir un premier bilan de la dynamique de création des CPTS et d'avancer des propositions pour leur déploiement, en s'inscrivant dans les grands axes de la Stratégie nationale de santé. Ce rapport présente tout d'abord les éléments de contexte de la création des CPTS puis dresse le bilan de deux ans d'émergence de projets de CPTS. Il met en avant un soutien public très modeste à l'émergence des CPTS, que ce soit au niveau national ou régional, et appelle à un accompagnement plus incitatif sous la responsabilité des ARS. Il appelle également à une clarification de l'articulation entre CPTS, ESP (équipe de soins primaires) et PTA (plateforme territoriale d'appui) et identifie trois leviers nécessaires au déploiement rapide des CPTS : la formation interprofessionnelle, le soutien financier, la mise à disposition d'outils (profil-type, outil numérique...).

Loi «santé» : L'organisation territoriale du système de santé [Article] / Roubinowitz, Diane *in* ASH, n° 3036, du 1er décembre au 7 décembre 2017, pp.43-54

**Résumé** : Rétablissement de la notion de service public hospitalier, promotion de la coopération et de la coordination au sein des territoires, mise en place d'un service territorial de santé mentale... Focus sur la nouvelle organisation territoriale du système de santé mise en place par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Les plateformes territoriales d'appui veulent rendre simples les parcours complexes [Article] / Martin, Laure *in* Gazette santé social (La), n° 146, décembre 2017, pp.32-34

**Résumé** : Pour mettre un terme au maquis de structures pour la prise en charge de patients complexes, la loi de modernisation de notre système de santé a créé les plateformes territoriales d'appui. Leur mise en place répond à une logique de territoire en fonction des attentes des professionnels mais la création d'un numéro unique et le partage des informations via des systèmes d'échange de données sont incontournables.

Les nouveaux outils d'une politique territoriale de santé : un mille-feuille qui a besoin d'une mise en cohérence [Article] / Evin, Claude *in* Revue de droit sanitaire et social, n° 1, janvier-février 2017, pp.107-118

**Résumé** : Le territoire devient de plus en plus le niveau autour duquel s'organise la réponse aux enjeux de santé de la population et de l'offre de soins. La loi de modernisation de notre système de santé a introduit différents outils pour mettre en oeuvre cette politique territoriale au point de donner l'impression d'avoir parfois multiplié des structures : deux notions de périmètre territorial, différents contrats territoriaux, plusieurs types d'organisation territoriale selon les offreurs de soins. Ce qui pourrait apparaître comme un patchwork méritera d'être remis en cohérence dans le cadre de l'élaboration des prochains projets régionaux de santé.

La réforme de la planification sanitaire et médico-sociale [Article] / Cormier, Maxence *in* Cahiers de la fonction publique, n° 369, septembre 2016, pp.32-36

**Résumé** : La Cour des comptes, dans un rapport sur la sécurité sociale de 2014, avait prononcé un réquisitoire contre le dispositif de planification issu de la loi HPST, soulignant notamment des procédures d'élaboration et d'adoption trop complexes des projets régionaux de santé (PRS) et appelant à une réforme. Les recommandations de la Cour des comptes ont été pour partie reprises dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Celle-ci remanie le projet régional de santé qui ne comporte désormais plus de projet stratégique de santé mais un "cadre d'orientation stratégique" ainsi qu'un seul schéma, le schéma régional de santé, au lieu de trois précédemment. En outre, la loi réforme profondément le cadre géographique de la planification. Cet article analyse cette réforme en s'attardant sur 3 points : le cadre géographique renouvelé de la planification, les instruments rénovés de la planification, l'opposabilité renforcée du schéma régional de santé.

PRS de nouvelle génération et politique territoriale de santé [Article] / Nieto, Adrien *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.92-98

**Résumé** : La loi de modernisation de notre système de santé introduit une nouvelle génération de projet régional de santé (PRS), créé préalablement par la loi HPST du 21 juillet 2009. Elle redéfinit également l'animation territoriale à travers notamment la création des conseils territoriaux de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé. Cet article analyse les nouveaux dispositifs mis en place.

Territorialisation des politiques de santé et structuration des parcours de santé [Article] / Apollis, Benoît *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.65-72

**Résumé** : La loi de santé du 26 janvier 2016 procède à une réforme de la territorialisation des politiques de santé en prônant la structuration de parcours censés réduire la parcellisation excessive de l'offre de soins et faciliter ainsi la continuité des prises en charge. L'objectif est clair mais reste à savoir si les moyens de l'atteindre seront suffisamment opérants. En effet, si la réforme des territoires de santé, issus des dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (loi HPST), peut se réclamer de sérieux arguments (I), celle tendant à l'instauration de parcours de santé apparaît encore inaboutie au regard du volontarisme affiché du Gouvernement à ce propos (II).

Dossier. La territorialisation en santé [Article] / Clément, Jean-Marie *in* Bulletin juridique du praticien hospitalier, n° 179, juin 2015, encart 5p.

**Résumé** : La notion de territoire est, semble-t-il, l'axe cardinal de toutes réflexions politiques, de toutes tendances depuis une cinquantaine d'années. Que recouvre la proposition du rapport Devictor de développement de «l'approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé»? Quels coûts pour ce projet de création d'un grand service public territorial de santé ? Et que devient l'hôpital ?

Les communautés professionnelles territoriales de santé [Article] / Jaffre, Didier *in* Objectif soins et management, n° 245, avril 2016, pp.29-31

**Résumé** : La loi du 26 janvier 2016 introduit une nouvelle notion : la communauté professionnelle territoriale de santé. Les professionnels de santé peuvent décider de se regrouper pour élaborer un projet de santé sur leur territoire, projet transmis à l'ARS qui peut le contractualiser dans le cadre d'un contrat territorial de santé. Néanmoins, à défaut de constitution, l'ARS prend les initiatives nécessaires pour constituer ces communautés. Alors, les communautés professionnelles territoriales de santé, contrat, contrainte ou convention ?

Service territorial de santé au public : une approche à l'anglaise ? [Article] / Jaffre, Didier *in* Objectif soins et management, n° 228, septembre 2014, pp.29-31

**Résumé** : Le titre 2 du projet de loi de santé consacre l'organisation sur chaque territoire d'un service territorial de santé au public (STPS) qui a pour objectif de réduire les inégalités territoriales et sociales de santé en mettant en place une offre de santé coordonnée. Cet article compare cette réforme avec celle qui a été mise en place il y a plus d'un an au Royaume-Uni, dans le même contexte de maîtrise obligatoire des dépenses, de garantie de la qualité des soins et de ressources de plus en plus serrées.

#### *Tiers payant*

Contribution au rapport au Parlement sur la mise en œuvre du tiers-payant généralisable [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Debeaupuis, Jean; Marty-Chastan, Clémence. - Paris [FRA] : IGAS, 2018/03. - 50p. [cote IA10/0144 Disponible en ligne sur le site de l'IGAS](#)

**Résumé** : En application de l'article 83 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 modifié par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'IGAS a été chargée, en décembre 2017, d'une mission d'appui à la direction de la Sécurité sociale pour mener une concertation «aux fins de rendre le tiers payant généralisable ». Ce rapport retrace les modalités et résultats de cette concertation menée avec les caisses nationales d'assurance maladie, les organismes d'assurance maladie complémentaire, les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux conventionnés, l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé et des



représentants des éditeurs de logiciels de professionnels de santé. Dans le cadre de cette concertation, la mission s'est attachée à définir un calendrier prévisionnel de mise à disposition des outils permettant un tiers-payant rapide, fiable et sécurisé pour l'ensemble des patients. Elle a recueilli la position des professionnels de santé quant à l'usage possible de ces outils de manière volontaire pour certains publics prioritaires (18-25 ans, personnes en situation de handicap, patients pris en charge à 100 % par le régime obligatoire, situations de soins ambulatoires et télémedecine...), ainsi que les conditions nécessaires pour lever les réticences ou inquiétudes des professionnels.

Evaluation de la généralisation du tiers payant [Rapport] / Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) (Paris, FRA); Fauchier-Magnan, Emilie; Roger, Juliette; Mejane, Julien; Viossat, Louis-Charles. - Paris [FRA] : La Documentation Française, 2017/10. - 86p. [cote IA10/0139](#) Disponible en ligne sur le site de la vie publique

**Résumé :** La ministre des solidarités et de la santé a confié, début juillet 2017, à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) le soin d'évaluer les conditions de la généralisation du tiers payant, afin d'assurer la simplicité, la rapidité et la fiabilité, pour les professionnels de santé, de ce mode de paiement qui dispense le patient de l'avance des frais correspondants. Dans un délai court, entre mi-juillet et début octobre 2017, la mission a rencontré les organismes d'assurance maladie comme les professionnels de santé et les opérateurs techniques du tiers payant, pour établir un état des lieux des pratiques et du niveau de maturité des outils de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires. Elle a mis en lumière la progression effective du tiers payant pour les populations visées par l'obligation déjà en vigueur, mais aussi l'hétérogénéité des pratiques selon les professions de santé, et les difficultés qui persistent, particulièrement pour les paiements des organismes complémentaires. Les inspecteurs se sont attachés à identifier les conditions permettant de surmonter ces difficultés et ont étudié deux scénarii de généralisation du tiers payant : 1-la suppression de l'obligation 2-le report de l'obligation à 2019 (valable en part AMO uniquement et sans sanctions assorties).

Tiers payant généralisé : heurs et malheurs d'une réforme polémique [Chapitre] / Rousset, Guillaume *in* La modernisation du système de santé : Un an d'application de la loi du 26 janvier 2016 [Ouvrage] / Nicolas, Guylène, dir.; Vioujas, Vincent, dir.; Berland, Yvon, préf.; Moquet-Anger, Marie-Laure, introd.. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2017. – pp. 181-196 [cote BL20/0556](#)

**Résumé :** L'auteur analyse de manière critique la réforme du tiers payant en discutant les motifs qui l'ont justifiée (I) mais aussi les impacts qu'elle peut avoir tant de manière pratique que symbolique (II). Si les conditions d'application du tiers payant généralisé sont assez simples, ses modalités le sont nettement moins et impacteront l'organisation des cabinets médicaux.

La généralisation du tiers payant : Une ambition discutée [Article] / Siau, Bruno; Riot, Cédric *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.47-51

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

Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé : document de travail / Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Paris. FRA, Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF). Paris. FRA; Association Française de l'Assurance. Paris, FRA; et al.,- Février 2016, 25p. Disponible en ligne sur le site de la Mutualité Française et aussi Tiers payant généralisé : ce qui dit le rapport officiel *in* Espace social européen, n° 1084, 19 février 2016, pp. 6-7

**Résumé :** Les caisses nationales d'assurance maladie, l'association des complémentaires santé (réunissant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances) présentent dans ce rapport les solutions techniques pour la mise en œuvre du tiers payant, conformément à l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé. Il a vocation à présenter l'ensemble des

modalités techniques permettant la mise en place du tiers payant pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

Tiers payant : où en est-on? [Article] / Guédé, Emilie; Beau, Pascal *in* Espace social européen, n° 1080, décembre 2015, pp.4-6

**Résumé** : Au moment du passage du projet au loi au Parlement, cet article propose un éclairage sur la délicate réforme du tiers-payant : rappel des dispositions de la loi, scénarios de mise en place technique, calendrier prévu...

La généralisation du tiers payant. Enjeux économiques et conséquences pour les acteurs du système de santé [Article] / Barnay, Thomas *in* Cahiers français, n° 388, septembre-octobre 2015, pp.80-84

**Résumé** : Thomas Barnay souligne d'abord la plus grande équité dont est porteuse la généralisation du tiers payant qu'il convient de ne pas confondre avec la gratuité des soins. Il explique qu'elle ne devrait pas avoir d'effet inflationniste en matière de demande médicale. La généralisation du tiers payant peut cependant à terme fragiliser la médecine générale en renforçant la dépendance du médecin à l'égard de l'assurance maladie obligatoire. Celle-ci se doit d'être plus efficiente dans la coordination des différents acteurs du système de santé et de ne pas porter atteinte aux conditions d'exercice des médecins libéraux.

Comprendre le tiers payant généralisé [Article] / Guédé, Emilie *in* Espace social européen, n°1066, 3-16 avril 2015, pp.12-13

**Résumé** : Retour sur la mesure la plus emblématique et la plus controversée du projet de loi de santé : le tiers payant généralisé. Où en est aujourd'hui le tiers payant ? Quel processus sera mis en œuvre pour sa généralisation ? Quelle sera la place des organismes complémentaires d'assurance maladie ? Y aura-t-il une solution alternative au système prévu par le projet de loi ?

Tiers-payant, techniquement jouable, politiquement compliqué [Article] / Beau, Pascal *in* Espace social européen, n° 1062, 6-19 février 2015, pp.4-7

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

La généralisation du tiers payant : entre amélioration de l'accès aux soins et défiance des médecins [Article] / Marié, Romain *in* Droit social, n° 10, octobre 2014, pp.847-853

**Résumé** : Le paiement direct des honoraires au médecin libéral et plus largement à l'ensemble des professionnels de santé reste la règle de facturation. Malgré la multiplication des exceptions légales et conventionnelles qui couvrent aujourd'hui 33 % des consultations de ville et l'amélioration constante des délais de remboursement, la généralisation du tiers payant est devenue un chantier prioritaire et un axe de la stratégie nationale de santé. Si le projet semble séduisant, sa mise en œuvre se heurte à de nombreux problèmes techniques et soulève en filigrane la délicate question de l'indépendance des médecins libéraux.

### *Usager de santé : droits et autonomie du patient*

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique, enjeux et perspectives [Article] / Roque, Léo *in* Revue Droit et santé, n° 78, juillet 2017, pp.568-569

**Résumé** : Le décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 paru en application de la loi du 26 janvier 2016 cherche à donner corps aux professions de médiateur sanitaire et d'interprète en santé. Le régime s'articule autour de trois textes. La loi qui définit la médiation et l'interprétariat, le décret qui précise les missions des acteurs de ces fonctions, et enfin, les référentiels rendus par la Haute Autorité de Santé.

L'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé. Entretien avec Claire Compagnon [Article] / Compagnon, Claire; Berthod-Wurmser, Marianne; Bousquet, Frédéric *in* Revue française des affaires sociales, n° 1, janvier-mars 2017, pp. 143-153

**Résumé** : Claire Compagnon est interrogée sur l'essor du patient expert au service d'une démocratie en santé. Suite aux premiers états généraux des malades atteints du cancer, elle a participé à la publication du livre blanc des 1ers états généraux des malades du cancer. Les malades prennent la parole. En 2014, avec Véronique Ghadi, elle remet un rapport à la ministre des Affaires sociales et de la Santé, intitulé Pour l'An II de la Démocratie sanitaire. Différentes propositions de ce rapport, visant à renforcer les mécanismes de la démocratie sanitaire, l'écoute et la participation des usagers, ont été repris dans la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

L'expérimentation des projets d'accompagnement : Quelles conditions de réussite ? [Article] / Saout, Christian *in* La modernisation du système de santé : Un an d'application de la loi du 26 janvier 2016 [Ouvrage] / Nicolas, Guylène, dir.; Vioujas, Vincent, dir.; Berland, Yvon, préf.; Moquet-Anger, Marie-Laure, introd.. - Bordeaux [FRA] : LEH Edition, 2017. – pp.199-210 [cote BL20/0556](#)

**Résumé** : L'accompagnement à l'autonomie en santé s'insère dans une seconde étape de la démocratie sanitaire consacrée par la loi du 26 janvier. Les conditions opérationnelles du succès tiennent à la pression du contexte (I), aux références doctrinales et pratiques déjà disponibles (II) et aux conditions méthodologiques imposées (III).

La loi "santé". Les mesures relatives à la démocratie sanitaire [Article] / Riubinowitz, Diane *in* ASH, n° 3002, 17 mars au 23 mars 2017, pp.49-58

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

Assurance et «droit à l'oubli» en matière de santé [Article] / De Fallois, Manon *in* Revue de droit sanitaire et social, n° 1, janvier-février 2017, pp.132-145

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

La loi "santé" : Les mesures sur l'accès aux soins et les droits des patients [Article] / Roubinowitz, Diane *in* ASH, n° 2998, 17 au 23 février 2017, pp.41-50

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

L'action de groupe en droit pharmaceutique français : quel devenir entre mythe et réalité [Article] / Terral, Alain *in* Revue générale de droit médical, n° spécial, 2017, pp.135-154

**Résumé** : Depuis le 1er juillet 2016, l'action de groupe en matière de santé, telle que définie par les dispositions de l'article 184 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, fait partie intégrante de l'arsenal juridique mis à la disposition des usagers du système sanitaire français. En modifiant le titre IV du livre I de la première partie du code de la santé publique, le législateur intègre le médicament dans le dispositif, en prenant en compte l'ensemble du circuit pharmaceutique, du producteur au consommateur. Dès lors, envisager les spécificités d'une «class action pharmaceutique à la française»,

conduit à s'intéresser tant aux effets qu'à sa portée juridiques, avec pour objectif final de comprendre quel pourrait être son devenir juridictionnel, entre mythe et réalité?

L'action de groupe en droit de la santé : Une avancée pour les usagers [Article] / Vialla, François; Giquel, Chloé; Vauthier, Jean-Philippe *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.38-43

**Résumé** : Si la "class action" est une pratique bien ancrée aux Etats-Unis, son équivalent français, l'action de groupe, restait peu répandu en France. Avec la loi du 26 janvier 2016, le procédé fait désormais son entrée dans le domaine de la santé. Les nouveaux articles L.1143-1 à L.1143-22 du Code de la santé publique viennent ainsi préciser le mécanisme de l'action de groupe en santé : il apparaît qu'elle bénéficie d'un large domaine d'application (I) pour une procédure divisée en deux temps (II). Reste que le système mis en place doit encore convaincre de sa pertinence et que son efficience reste discutée (III).

Une responsabilisation renforcée des patients [Article] / Vialla, François; Giquel, Chloé *in* Revue Droit et santé, Hors-série, septembre 2016, pp.32-37

**Résumé** : En quoi la responsabilité des patients est-elle renforcée dans la nouvelle loi de santé? Le texte parie sur une progression des droits collectifs et individuels du patient (I). Cela passe notamment par le renforcement de la démocratie sanitaire mais aussi par le développement de nouveaux droits individuels : droit à l'information en santé, droit à l'oubli... Enfin, la responsabilisation du patient se traduit également par une volonté d'améliorer la prise en charge du patient en s'inscrivant dans la révolution du parcours de santé (II).

L'impact de la loi santé sur les usagers du système de santé [Article] / Morlet-Haïdara, Lydia *in* Revue de droit sanitaire et social RDSS, n° 4, juillet-août 2016, pp.658-672

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

L'action de groupe : Une nouvelle procédure de mise en jeu de la responsabilité en santé [Article] / Flavin, Patrick *in* Revue hospitalière de France, n° 569, mars-avril 2016, pp.14-18

**Résumé** : Les dossiers judiciaires médiatisés impliquant des produits de santé (hormone de croissance, prothèses mammaires PIP, Mediator...) ont conduit les pouvoirs publics à un constat : la procédure amiable d'indemnisation devant les commissions de conciliation et d'indemnisation s'est révélée inadaptée face aux dommages sériels survenus et de nombreuses victimes se sont retrouvées seules face à des procédures judiciaires complexes, longues et coûteuses. L'absence de dispositif pérenne a par ailleurs conduit à la mise en place, au coup par coup, de dispositifs ad hoc. L'article 184 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 introduit dans le code de la santé publique un nouveau chapitre qui consacre la procédure d'action de groupe dans le domaine de la santé. Cet article propose une analyse de ce nouveau dispositif qui prévoit deux phases : une première phase collective qui concerne la détermination des responsabilités, une seconde phase individuelle qui permet l'indemnisation de chaque victime.

Cap santé : Loi de santé et autonomie [Article] / Riondet, Jean *in* Gestions hospitalières, n° 549, octobre 2015, pp.482-512

**Résumé** : L'article 22 du projet de loi de modernisation du système de santé prévoit l'expérimentation de projets d'accompagnement à l'autonomie de l'usager de santé. En décembre 2014, la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes a confié au secrétaire général délégué du Collectif interassociatif sur la santé, Christian Saout, une mission tendant notamment à élaborer des propositions en vue de l'élaboration d'un cahier des charges national pour lancer cette expérimentation.

## Autres ressources

---

### Dépêches-Communiqués de presse

→ *Note* : pour les dépêches relatives aux Groupements hospitaliers de territoire (GHT), consulter le dossier documentaire consacré aux GHT sur le [site du service documentation](#)

Plus de 40 sociétés savantes expriment leur soutien au Nutri-Score, attaqué par des industriels : [Dépêche APM du 21 décembre 2021](#)

Trois ans après son lancement, près de 500 entreprises ont adopté le Nutri-Score qui a considérablement gagné en notoriété : [Dépêche APM du 27 avril 2021](#)

Une mission parlementaire met en lumière le bilan "décevant" de l'action de groupe en France : [Dépêche APM du 11 juin 2020](#)

L'action de groupe est une procédure inadaptée au secteur de la santé, estime le Leem : [Dépêche APM du 12 février 2020](#)

Les modalités de création et de fonctionnement des centres de santé sont précisées par décret : [Dépêche Hospimédia du 1<sup>er</sup> mars 2018](#)

Plus d'une trentaine d'entreprises se sont engagées à mettre en place le logo Nutri-score (Jérôme Salomon) : [Dépêche APM du 15 février 2018](#)

Les modalités de contrôle des structures médico-sociales sont désormais harmonisées par ordonnance : [Dépêche Hospimédia du 18 janvier 2018](#)

Des modifications sont apportées à la loi de Santé dans une ordonnance : [Dépêche Hospimédia du 18 janvier 2018](#)

L'ordonnance des centres de santé confirme l'ouverture à une gestion par le privé lucratif : [Dépêche Hospimédia du 13 janvier 2018](#)

Principes et conditions de la médiation et de l'interprétariat linguistique en santé sont identifiés : [Dépêche Hospimédia du 26 octobre 2017](#)

Logos nutritionnels: Marisol Touraine choisit Nutri-score : [Dépêche APM du 15 mars 2017](#)

### Sites internet et blogs

Retrouvez tous les documents liés à la loi de santé [sur l'espace dédié](#) ouvert sur le site du Ministère de la santé et notamment une [cinquantaine de fiches thématiques explicatives](#)

Le club des médecins blogueurs : <http://www.clubdesmedecinsblogueurs.com/>

- [Tiers payant généralisé : la mesure est finalement vidée aux trois-quarts de sa substance](#)
- [«De 20 000 à 40 000 manifestants». Grand embarras du gouvernement. Et maintenant ?](#)
- [Manifestation contre la loi Santé : les douloureuses prophéties de Jean de Kervasdoué](#)

L'agence Nile propose une [note sur la loi](#) datée du 27 janvier 2016 qui synthétise les différents articles et met en exergue les décrets et arrêtés précisant les mesures de la Loi ainsi que les dispositions censurées par le Conseil constitutionnel.

### [Dossiers et bibliographies complémentaires](#)

L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) propose une [synthèse sur la loi de modernisation de notre système de santé](#) (mise à jour mai 2021). Cette synthèse balaie la chronologie, le contenu et l'aspect réglementaire de la loi. Elle est complétée par une bibliographie et des liens utiles.

Le Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida de la région Provence – Alpes –Côte d’azur (CRIPS PACA) a publié en mars 2016 un dossier de synthèse documentaire et bibliographique intitulé : [Loi de modernisation de notre système de santé : ce qui change en matière de santé sexuelle](#).



Service documentation EHESP - Dossier Documentaire :

**La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016**



*Vous pouvez consulter les différents dossiers documentaires sur [le site internet du service documentation](#)*

