




## **Loi HPST : le titre Ier sur la modernisation des établissements de santé après délibération par l'Assemblée nationale**

### ***Bureau national du Synprefh***

Note : le signe  vous indique des commentaires ou amendements proposés par le Synprefh

La discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires s'est achevée à l'Assemblée Nationale. Le texte a été adopté par 292 voix contre 199, après suppression des amendements rétablissant l'implication de la CME dans l'organisation des établissements en pôle. L'examen au Sénat débutera le 12 mai et la version définitive sera examinée en commission mixte paritaire des deux assemblées.

L'adoption par l'Assemblée des 13 premiers articles confirme nos craintes. La ministre a systématiquement fait rejeter les amendements, qui auraient pu infléchir le texte en tenant compte de l'expérience des professionnels, et aboutir à une gouvernance médico-administrative équilibrée. Aucun bilan sérieux de la mise en place de la nouvelle gouvernance, encore inachevée, n'a été évoqué lors des débats.

Ce texte reprend le détail des principales mesures adoptées en première lecture. Pour chaque article des informations sur les principaux amendements et la position du SYNPREFH ont été intégrées en italique.

### **Article 1 : Participation des établissements de santé aux missions de service public**

**Les établissements de santé publics et privés** assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, blessés et femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement sous forme ambulatoire ou à domicile.

Les établissements de santé participent à la coordination des soins avec les médecins en ville et les établissements médicosociaux Ils peuvent être appelés à mener ou à participer à une ou plusieurs des treize missions de service public :

- La permanence des soins ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers ;
- La formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- La recherche en santé ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion ;
- Les actions de santé publique ;



- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire, dans des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médoco-judiciaires de sûreté.

Ces missions peuvent être assurées **en tout ou partie** en fonction des besoins appréciés dans le SROS. Si dans un territoire une mission de service public n'est pas assurée, **l'ARS désigne les personnes morales susceptibles de la remplir.**

L'établissement, public ou privé, se voit préciser ses missions dans les CPOM ainsi que les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations. L'établissement de santé ou la personne chargée de l'une des missions de service public assure à chaque patient qu'il accueille ou qu'il est susceptible d'accueillir dans le cadre de ces missions des garanties (**égal accès à de soins de qualité, accueil 24h/24H, tarifs sécurité sociale**). Obligation est faite pour un praticien qui contracte avec un établissement privé de participer aux missions de service public prévues (rupture de contrat si refus de réviser son contrat dans les 6 mois).

Si l'ARS constate une difficulté d'accès aux soins, un établissement peut être assujéti par CPOM à garantir pour certaines disciplines ou spécialités un minimum d'actes sans dépassements d'honoraires.

Les établissements PSPH, dont les centres de lutte contre le cancer deviennent les **ESPIC** (établissements de santé privés d'intérêt collectif). Ils exercent les mêmes missions que les publics et appliquent les tarifs de la sécurité sociale.

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) avec centre de réception et régulation des appels sont une mission des établissements de santé. Les médecins d'exercice libéral peuvent concourir à leur fonctionnement.

### Article 1 bis (nouveau)

Les pharmacies à usage intérieur peuvent approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de PUI (alinéa ajouté à l'art L5126-2 CSP).






*Cette disposition paraît logique, les officines de ville n'ayant pas accès à la commande des médicaments réservés à l'hôpital. En revanche nous demandons le retrait de la disposition suivante qui va à l'encontre du rôle et des missions des pharmacies à usage intérieur, ces pharmacies étant chargées d'approvisionner en produits de santé l'ensemble des patients de l'établissement :*

« Les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui ont une PUI peuvent confier à une pharmacie d'officine une partie de la gestion, approvisionnement, préparation, contrôle, détention des médicaments et DMS. »



**L'article 1 ter (nouveau)** introduit une protection de l'appellation HAD : seuls les établissements exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions de l'article L6122-1 peuvent faire l'usage de l'appellation d'établissements de soins à domicile.

-  *Le terme « hôpital » n'apparaît plus que dans le titre de la loi. Reste le terme « établissements de santé », qui peuvent participer à des missions de service public. Ceci contribue à brouiller l'image de l'hôpital public et à diluer son activité en diverses missions. En revanche, il est normal que l'ARS puisse imposer par le biais des CPOM, des garanties pour assurer l'accès aux soins des patients.*
-  *L'INPH avait demandé que les missions de service public soient autorisées pour un établissement en totalité et non partiellement, considérant qu'il n'est pas normal de pouvoir choisir entre les différentes missions de service public. Amendement rejeté.*
-  *Les établissements privés auront par cette disposition accès aux budgets MIGAC dont ils ne disposaient pas jusqu'à présent.*

## Article 2 : Politique de la qualité

Les établissements élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leur activité.

Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables et les infections associés aux soins, **définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.**


Dans les établissements **publics** de santé, la **commission médicale d'établissement** contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ; elle **propose au président du directoire** un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans les conditions définies par arrêté du ministre de la santé.

Pour les **établissements privés**, c'est la conférence médicale, qui remplit les fonctions de la CME. Elle est consultée pour tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public.

Lorsque le directeur de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues précédemment, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées dans le code de la sécurité sociale.

**La pratique des actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique, ainsi que la prescription de certains dispositifs médicaux susceptibles de présenter, en l'état des connaissances médicales, des risques sérieux**

**pour les patients peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé.**

 ***Cet article restreint le rôle de la CME qui ne fait que « contribuer » et « proposer » au directoire dans un domaine capital comme l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.***


### **Article 3 : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens**

L'agence régionale de santé conclut avec chaque établissement de santé ou titulaire de l'autorisation un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens d'une **durée maximale de cinq ans**. Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement. Les contrats déterminent les pénalités applicables aux titulaires de l'autorisation en cas de non respect des engagements.

Les contrats déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire sur la base du projet régional de santé. Ils précisent leurs engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours, ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier.

Ils décrivent les transformations que les établissements publics s'engagent à opérer dans leurs activités et dans leurs actions de coopération. avec, d'une part, les établissements de santé exerçant des activités de soins à domicile et les établissements médico-sociaux et, d'autre part, avec les professionnels de santé conventionnés, les centres de santé, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les maisons de santé et les réseaux de santé.

Les contrats définissent aussi des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins, et comportent les engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification. Ils décrivent enfin les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion et comportent un volet social.

 ***La nécessité d'identifier les services de soins palliatifs et de définir le nombre de référents qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs est supprimée par cet article.***

### **Article 4 : Statut et gouvernance des établissements publics de santé**

La loi réforme le statut et la gouvernance des EPS : ils peuvent être **communaux, intercommunaux, départementaux** (création par arrêté), **interdépartementaux, régionaux, interrégionaux, nationaux** (création par décret). L'avis du Comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale n'est plus requis.



Les établissements publics de santé sont les **centres hospitaliers** et les **groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soins** soumises à autorisation en application des articles L. 6122-1 ou L 6122-21.

Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés **centres hospitaliers régionaux** ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche.

Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés **centres hospitaliers universitaires**.

### ***Il n'y a plus d'hôpitaux locaux.***

Les établissements publics de santé sont dotés d'un **conseil de surveillance** et dirigés par un directeur nommé :

- par le ministre, s'agissant des CHU ;
- par le CNG sur proposition du directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance pour un CH ;
- sur proposition du président du directoire de l'établissement siège, après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement membre, s'agissant d'une CHT. Ils bénéficieront d'un suivi de leur carrière au niveau national.

Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente.

Les établissements publics de santé peuvent en sus de la liste de ressources habituelles disposer d' « autres produits ou ressources ».

Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs oeuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière.

## **Article 5 : Conseil de surveillance, directeur et directoire**

Le conseil de surveillance se prononce sur la **stratégie** et exerce le contrôle de l'établissement. Il délibère sur :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires (***Des amendements ont essayé d'extraire les CHU de cette logique***) ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;




- le programme d'investissement (rajouté par amendement puis supprimé en seconde délibération aux dernières heures de l'examen de ce projet de loi par l'assemblée nationale) ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

Il donne son avis sur :

- **la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;**
- **l'adhésion, le retrait à une communauté hospitalière de territoire et à un groupement de coopération sanitaire.**

Le conseil de surveillance est composé comme suit :


1. Au plus **cinq** représentants des collectivités territoriales.


 *L'enjeu est de garantir la participation, donc l'implication des collectivités dans le conseil de surveillance des hôpitaux, en ajustant la représentation entre élus municipaux, conseillers généraux et régionaux.*

2. Au plus **cinq** représentants du personnel médical et non médical dont **un** représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers. Les autres membres étant désignés à parité respectivement par la commission médicale d'établissement (*soit 2*) et par les organisations syndicales les plus représentatives (*soit 2*).
3. Au plus **cinq** personnalités qualifiées nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont au moins **deux** représentants des catégories d'usagers concernés.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés aux 1° et 3°. **Le vice-président du directoire (président de CME) assiste aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative.**

Dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant un établissement d'hébergement pour personnes âgées, un représentant des familles des personnes accueillies **assiste**, avec voix consultative, aux réunions du conseil de surveillance.

 *Cet article a fait l'objet de très nombreux amendements, dont beaucoup ont été rejetés. Les enjeux portent sur la composition et les missions de ce conseil qui remplace le conseil d'administration. Les élus locaux ont défendu leur représentativité et les intérêts de leurs communes. Il s'agit de préserver la présence des professionnels de santé dans des secteurs à démographie déficitaire, de maintenir l'emploi du fait des communautés à venir et de garantir l'accès aux soins à leurs électeurs. La mise en place de communautés hospitalières de territoire va, notamment, entraîner des répartitions de services et de lits qui vont induire des redistributions d'emplois au sein et entre des bassins de vie.*

 *La représentation médicale est réduite à 2 membres. Le président de CME ne siège plus qu'avec voix consultative en tant que vice-président du directoire.*



## **Article 6 : Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé**

Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, **le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé.**

Ses nouvelles attributions comprennent la fixation de l'EPRD (état prévisionnel des recettes et des dépenses).

Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement.

**Le directeur, président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.**

**Le président du directoire exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent** aux professions de santé, Il arrête le projet médical de l'établissement après avis de la commission médicale d'établissement et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il coordonne la politique médicale de l'établissement, sous l'autorité du directeur.

Le directoire prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical. Il conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.


Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de sept membres, ou neuf membres dans les centres hospitaliers universitaires, dont son président et son vice-président ; le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est membre du directoire. Les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire.

**Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. Il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.**


## **Les principaux amendements acceptés :**


- ✓ l'autorité du directeur de l'établissement hospitalier s'exerce dans le respect des règles déontologiques des professions de santé ;
- ✓ l'avis de la commission médicale d'établissement est sollicité sur le projet médical de l'établissement ;
- ✓ les propositions du directeur au directeur général de l'agence régionale de santé en matière de participation à une CHT, un CGS ou un réseau de santé s'effectuent avec l'accord du conseil de surveillance ;
- ✓ le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, prépare, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet médical de l'établissement. Il est le coordonnateur de l'activité médicale au sein de l'établissement, sous l'autorité du directeur ;
- ✓ le nombre maximum des membres du directoire est porté à sept dans les centres hospitaliers et à neuf dans les CHU au lieu de cinq et sept initialement ;
- ✓ le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est membre du directoire. Arguments en faveur : le directoire a vocation à rassembler autour du directeur des cadres du personnel soignant de l'établissement. Le directeur des soins dispose d'une vision transversale de l'établissement, indispensable à l'organisation de l'hôpital, et d'une expertise spécifique sur les questions de qualité des soins infirmiers. Il est donc essentiel qu'il soit membre du directoire ;
- ✓ les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire ;
- ✓ dans les CHU, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical fait partie du directoire ;
- ✓ les procédures de traitement des déséquilibres financiers des établissements publics de santé. Cette procédure permet au directeur de l'ARS de mettre en place un plan de redressement par le directeur et, si cela ne suffit pas, dans un second temps, de mettre l'établissement sous administration provisoire en nommant un administrateur provisoire (parmi des conseillers généraux des établissements de santé, des inspecteurs IGAS ou des personnels de direction des établissements) pour assurer les fonctions du conseil de surveillance ou du président du directoire, voire les deux simultanément.

 ***Cette procédure était présente dans le PLFSS 2009 et a été censurée par le conseil constitutionnel.***

 ***Arguant du fait que « l'hôpital souffre de lenteur dans la prise de décision », cet article a pour finalité de renforcer les pouvoirs du directeur pour qu'il devienne le « patron ».***




 **La CME se voit privée de son avis sur la nomination des praticiens. Il faudra renforcer le rôle de la commission statutaire nationale à l'instar de la commission administrative paritaire des directeurs.**

 **Si certains amendements retenus permettent un rééquilibrage au bénéfice des médecins :**

- ✓ **la majorité pour personnel médical, pharmaceutique et odontologique au sein du directoire.**
- ✓ **l'autorité du directeur s'exerce dans le respect des règles déontologiques des professions de santé.**
- ✓ **la sollicitation de l'avis de la CME sur le projet médical de l'établissement.**

**il n'en demeure pas moins que nous assistons à une augmentation considérable des pouvoirs des directeurs avec :**

- ✓ **la nomination et la révocation des responsables médicaux au sein du directoire après avis du président de CME qui permet d'imaginer que si un directeur n'est pas satisfait des membres du personnel médical, pharmaceutique ou odontologique du directoire, il a toute liberté pour changer le directoire ;**
- ✓ **la proposition de nomination au directeur du CNG des directeurs adjoints et directeurs des soins ;**
- ✓ **la proposition de nomination et de mise en recherche d'affectation au directeur du CNG, sur proposition du chef de pôle et après avis du président de la CME, du personnel médical ;**
- ✓ **le directeur arrête le projet médical de l'établissement après avis de la CME, conclut les contrats de pôle, nomme les médecins dans les pôles, propose au directeur général de l'ARS ainsi qu'aux autres établissements la constitution ou la participation à une des formes de coopération.**

 **Toutes les propositions d'amendements pouvant entraîner un contre-pouvoir ou une possibilité de blocage ont été systématiquement rejetées.**

 **De ce fait dans la perspective de l'examen de la loi par le sénat, le Synprefh propose et défend auprès des sénateurs les amendements suivants :**

- ✓ **Le président de la commission médicale d'établissement est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet médical de l'établissement, qui est arrêté par le directoire après avis de la commission médicale d'établissement qui l'aura préparé sous sa responsabilité.**
- ✓ **Les membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.**

## **Article 7 : Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.**

L'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement permet de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de personnels issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management. **Ces personnes reçoivent une formation à l'École des hautes études en santé publique.**

Par symétrie avec cette ouverture, les directeurs d'établissements peuvent également être détachés sur un contrat de droit public, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressée, pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.


L'évaluation des personnels de direction des établissements et la détermination de la part variable de leur rémunération sont assurées :


- par le directeur général de l'agence régionale de santé pour les directeurs d'établissements, après avis du président du conseil de surveillance ;
- par le directeur d'établissement pour les directeurs adjoints ;
- par le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire pour les directeurs des autres établissements de santé membres.

### **Les principaux amendements acceptés :**

L'évaluation des directeurs d'établissements et la détermination de la part variable de leur rémunération par le directeur général de l'ARS a lieu après avis du président du conseil de surveillance. Le président du conseil de surveillance doit pouvoir donner son avis sur l'évaluation du directeur, son implication dans la mise en oeuvre du projet d'établissement et son souci de répondre aux besoins de la population.

Afin de garantir le caractère national et l'unicité de la gestion des corps de direction de la fonction publique hospitalière, il est nécessaire que les directeurs adjoints des établissements publics sociaux et médico-sociaux continuent d'être nommés par le centre national de gestion, à l'instar des directeurs adjoints des établissements publics de santé. Les directeurs des soins étant désormais gérés au niveau national, il est logique que le centre national de gestion les nomme dans leur emploi.

 *Cet article permet de recruter des directeurs non fonctionnaires issus d'horizons variés (professionnels issus du secteur privé ou médecins ayant développé des capacités de gestion et de management) avec seulement une formation à l'École des hautes études en santé publique.*

 *En contrepartie des nouveaux pouvoirs obtenus, les directeurs devront rendre des comptes aux directeurs d'ARS qui les évalueront et détermineront la part variable de leur rémunération. Le risque est que ces futurs chefs d'entreprise privilégient une logique de rentabilité au détriment de la mission de service public.*



## Article 8 : Organisation interne, pôles d'activité

**Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité** conformément au projet médical de l'établissement, **en accord avec le président de la commission médicale d'établissement** et, dans les centres hospitaliers universitaires, le directeur de l'UFR.

Le directeur général de l'ARS peut autoriser un établissement à ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement le justifie.

**Les chefs de pôle d'activité sont nommés par le directeur**, après avis du président de la commission médicale d'établissement pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret.

Dans les CHU, les chefs de pôle sont nommés après avis du directeur de l'unité de formation médicale et de recherche ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Les fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique pourront être exercés par les cliniciens hospitaliers, contractuels créés par la loi.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle.


Le praticien chef d'un pôle **met en oeuvre la politique de l'établissement** afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il organise, avec les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a **autorité fonctionnelle**, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle.






Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au chef d'établissement.

La liste nationale d'habilitation à diriger un pôle est supprimée, ainsi que la décision conjointe de nomination du chef de pôle. De même pour la liste d'habilitation à diriger un service et l'affectation par décision conjointe.

Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. Les praticiens doivent transmettre les données dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement et lorsqu'ils ne satisferont pas aux obligations de transmission, leur rémunération fera l'objet d'une retenue.

 ***Les chefs de pôle d'activité sont nommés par le directeur, après le seul avis du président de la commission médicale d'établissement. Nous souhaitons que la CME propose les chefs de pôle.***



-  *Curieuse situation que celle du chef de pôle qui signe un contrat avec le directeur qui le nomme et peut le révoquer : nous souhaitons que ce contrat soit également signé par le président de CME.*
-  *Les conseils de pôle sont supprimés dans le nouvel article L. 6146-2, nous demandons leur maintien qui permet l'expression des différents représentants des membres composant le pôle.*
-  *Au cours de la discussion, plusieurs députés ont contesté les pôles intégrant des activités très différentes.*
-  *Les services ont un curieux destin. La ministre a refusé de se prononcer sur leur suppression, mais il ne peut plus s'en créer depuis l'ordonnance du 1<sup>er</sup> septembre 2005 et la liste d'habilitation est supprimée. Quant à l'exposé des motifs de la loi il donne à chaque établissement l'opportunité de mettre en place des « structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services.*
-  *Enfin, l'« avis conforme » du président de CME à propos de l'organisation de l'établissement en pôles, introduit au cours du débat parlementaire, a finalement été supprimé par un amendement proposé par le gouvernement aux toutes dernières heures du débat à l'assemblée, avec pour argument essentiel d'« éviter les situations de blocage » : suppression somme toute logique au regard de la construction de cette loi ! la rédaction de cette partie est revenue à celle présentée dans le projet de loi.*

## **Article 8 bis**

Cet article supprime les dispositions de l'art L 6147-1 propres aux assistances publiques (Lyon, Marseille, Paris) qui vont suivre les mêmes règles que les autres établissements (sous tutelle ARS).


## **Article 8 ter**

Il instaure des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités d'outre-mer.

## **Article 9 : Certification des comptes**

La loi instaure une certification des comptes des EPS, cette mesure prenant effet pour les comptes 2013.

La certification sera coordonnée par la Cour des comptes selon un décret à paraître.

-  *Les établissements privés sont d'ores et déjà soumis au contrôle des commissaires aux comptes.*

## **Article additionnel après l'article 9 : création de l'ANAP**

Cet amendement vise à créer une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé médico-sociaux – l'ANAP. Cette décision a été prise par l'Assemblée lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, mais elle a été censurée par le Conseil constitutionnel qui, considérant qu'elle n'avait qu'un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, a estimé, dès lors, qu'elle n'avait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Or, les projets d'investissements ou de réorganisation des établissements de santé sont souvent complexes et font appel à des compétences variées en matière d'architecture, d'organisation ou de systèmes d'information. Dans ces conditions, une aide extérieure à l'établissement et à l'ARH est parfois nécessaire.

Ces expertises sont aujourd'hui dispersées entre la mission pour l'appui à l'investissement hospitalier, la MAINH, la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, ou MEAH, et enfin le GMSIH – groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers.

L'ANAP devient à présent une structure d'expertise et d'appui nationale unique, qui regroupe et amplifie les actions des trois missions existantes.

« L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un GIP constitué entre l'Etat, l'Uncam, le CNSA, et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. Elle a pour objet d'aider les établissements à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en oeuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et accroître leur performance afin de maîtriser leur dépense. Le président du conseil d'administration et le directeur général du groupement sont nommés par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité. Le président peut être choisi parmi les parlementaires après avis du président de l'assemblée à laquelle il appartient ».

## **Article 10 : Praticiens recrutés par contrat**

Le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation :

- Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire.
- Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire.



- **Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus.**
- Des praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie.

Les praticiens titulaires auront accès à ces contrats par la voie du détachement.

La rémunération contractuelle de ces praticiens dénommés « **cliniciens hospitaliers** » comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par ce type de contrat est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.


Le Centre national de gestion assure une mission de conseil et le suivi de la gestion de ces personnels.


Le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de pharmacien dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.


Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité, et justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves et de vérification du niveau de maîtrise de la langue française.

Les lauréats doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte.

Nul ne peut être candidat plus de trois fois aux épreuves de vérification des connaissances.


 ***Nous souhaitons que tous les praticiens hospitaliers puissent bénéficier au sein de leur statut de valences contractuelles (dispositions complémentaires au statut qui selon leur nature sont rémunérées pour le praticien ou donnent lieu à temps médical supplémentaire pour les équipes médicales) et que celles-ci soient précisées au sein de l'Article 6152-3.***

 ***Ces dispositions particulièrement importantes, propres à faire évoluer l'ordonnance de 1958 sont le gage d'une attractivité augmentée pour les praticiens hospitaliers désireux de s'investir dans des missions complémentaires d'enseignement, recherche ou des missions transversales (hygiène, gestion des risques, évaluation, participation à la gestion de l'établissement...).***

 ***La création de contrats particuliers de cliniciens ne doit pas conduire à la création d'un corps de praticiens privatisés, désresponsabilisés, qui ne seront à notre sens ni***



*impliqués dans la gestion de l'hôpital, ni garants de l'amélioration de la qualité des soins. La création d'équipes mixtes regroupant pour des mêmes activités ces deux types de statut est de nature à créer ou renforcer les conflits au sein des équipes médicales.*

 *Nous proposons la rédaction suivante de l'article L. 6152-3 « Les praticiens mentionnés à l'article L.6152-1 peuvent bénéficier de valences contractuelles pour des missions spécifiques. Les conditions de mise en œuvre des valences sont déterminées par décret du ministre de la santé et du ministre de l'enseignement supérieur pour les parties qui les concernent ».*

## **Article 11 : Régime relatif aux cessions immobilières, baux, et contrats de partenariat.**

Les procédures applicables aux baux emphytéotiques et aux contrats de partenariat conclus par les établissements publics de santé sont simplifiées. Ces délibérations deviennent exécutoires dès réception par le directeur de l'ARS qui peut déférer celles d'entre elles qu'il estime illégales devant le juge administratif et assortir son recours d'une demande de suspension.

## **Article 12 : Communautés Hospitalières de Territoire**

Des établissements **publics** de santé peuvent constituer une communauté hospitalière de territoire. Cette communauté hospitalière a pour objectifs de mettre en œuvre une **stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités**, grâce à des délégations ou transferts de compétence entre établissement membres. **Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire.**

En tant que de besoin, un ou plusieurs établissements **médico-sociaux publics** peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire avec le statut de membre associé. *leur assurant une place, avec voix consultative, au sein du conseil de surveillance.*


L'approbation de la convention constitutive de la CHT par le directeur de l'ARS entraîne sa constitution et la désignation de l'établissement siège. Elle fixe la répartition des droits et obligations des établissements membres.

La CHT constituant un établissement public de santé en suit les mêmes règles. Cette convention précise :

- le projet médical commun et les compétences ou activités déléguées ou transférées entre les membres ;
- la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT ;
- la cohérence des CPOM, des projets médicaux, des projets d'établissement, des plans globaux ;

- les modalités de coopération (gestion) et mise en commun de moyens (**ressources humaines et systèmes d'information hospitaliers**).

La commission médicale d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des commissions médicales d'établissement des établissements membres. Les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire peuvent créer des instances communes de représentation et de consultation du personnel, selon des modalités déterminées par voie réglementaire.

 *Ce regroupement n'est pas envisagé pour la commission médicale d'établissement ou le comité technique d'établissement : nous souhaitons qu'il en soit ainsi en proposant d'ajouter à l'article L. 6132-4 4° : « Le projet médical de territoire est élaboré et approuvé par l'instance représentative des médecins, pharmaciens et odontologistes de la communauté de territoire. Par exception à l'article L. 6144-1, la commission médicale d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire comprend des représentants des commissions médicales d'établissement des établissements membres »*


**Les projets d'établissement** membres ainsi que leurs contrats pluriannuels **sont rendus compatibles** avec le projet d'établissement de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire **dans un délai de six mois** à compter de la publication de l'arrêté créant la communauté hospitalière de territoire.



La convention constitutive d'une communauté hospitalière de territoire **peut** stipuler, que la communauté prend la forme d'une communauté hospitalière de territoire intégrée.

Dans ce cas, l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'agence régionale de santé entraîne **la fusion des établissements concernés**.

La représentation des personnels mise en place au lieu du siège de chaque établissement public de santé ayant signé la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire s'effectue dans des conditions déterminées par voie réglementaire.

La coopération entre établissements de santé constitue une priorité de la politique nationale d'organisation des soins. A cette fin, jusqu'au **31 décembre 2012**, une partie des crédits d'aide à la contractualisation mentionnés à l'article L. 162-22-13 de code de la sécurité sociale et des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont prioritairement affectés à l'appui aux établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment sous forme de communautés hospitalières de territoire ou de groupement de coopération sanitaire. **L'agence régionale de santé vérifie que les projets correspondant aux communautés hospitalières de territoire ont bénéficié d'un financement majoré de 15%.**

 *Mais l'augmentation prévue de 15% du budget des projets des CHT pénalisera de façon conséquente les autres établissements publics non constitués en CHT, la mesure incitative est bien financière.*

-  *La participation à une seule communauté hospitalière ne donne pas de souplesse au dispositif, d'autant que le sort des CHU et des CHS dépend de rapports qui n'ont pu être pris en compte dans le débat. L'intérêt de la communauté intégrée n'est pas évident.*
-  *Enfin la notion même de territoire pose problème : basée le plus souvent sur les anciens secteurs sanitaires, on n'en connaît pas le nombre précis, entre 150 et 300 selon la maille retenue, car il n'en existe pas de définition officielle (proximité, recours, référence. . .). On y trouve plusieurs causes d'hétérogénéité :*
  - *de taille, 40 comptent moins de 50 000 habitants, opposée à Lille, Nantes, Paris ouest, Marseille (1 300 000)*
  - *de superficie : 10 < 100km<sup>2</sup> Paris, Lyon, 23 > 5000 km<sup>2</sup>*
  - *densité de population : 72 comptent moins de 50 hab/km<sup>2</sup>, d'autres atteignent 23 1000 hab/km<sup>2</sup>*
  - *de situation : 24 ne comportent pas de commune de plus de 10 000 habitants, 24 ont plus de 10 communes de plus de 10 000 habitants*
  - *de contexte : 71 ont une croissance démographique négative depuis 2000 alors que 21, dans le sud et outre-mer ont croissance de plus de 10% en 8 ans.*

### **Article 13 : Les groupements de coopération sanitaire**

Le groupement de coopération sanitaire a pour objet, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres.


À cet effet, il peut :

- Organiser, réaliser ou gérer, en son nom ou pour le compte de ses membres :
  - des moyens de toute nature ;
  - des activités notamment administratives, logistiques, techniques, médico techniques, de recherche ou d'enseignement ;
- Exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds au sens de l'article L. 6122-1.

À cet effet, l'autorisation lui est accordée dans les mêmes conditions que pour les établissements de santé autorisés.

**Lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins, le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement de santé.**

- Constituer un réseau de santé. Dans ce cas, il est composé des membres mentionnés à l'article L. 6321-1.

-  *L'article L. 6133-1 du CSP permet au directeur de l'ARS d'autoriser un GCS à exercer les missions de soins d'un établissement de santé ou à exploiter une autorisation détenue par l'un de ces membres. A ce titre, le GCS dispose des droits et obligations d'un établissement de santé, il est donc nécessaire d'en prévoir le financement indépendamment de ses membres. Il convient alors d'adapter les*

***dispositions législatives afin de tenir compte des spécificités des GCS composés d'établissements de santé de statuts différents.***

Le groupement de coopération sanitaire est constitué par convention constitutive passée entre ses membres, approuvée et publiée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il comprend au moins un établissement de santé.

Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, **des établissements médico-sociaux**, des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, ainsi que des centres de santé.

**D'autres professionnels de santé et d'autres organismes peuvent également adhérer au groupement** à condition d'y être autorisés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux.

Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes de droit privé. Dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.

Un groupement de coopération sanitaire de droit public autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins est qualifié d'établissement public de santé.






**Le groupement de coopération sanitaire poursuit un but non lucratif.**

Lorsque le groupement de coopération sanitaire est qualifié d'établissement public de santé, les instances de gouvernance du groupement de coopération sanitaire sont modifiées et les règles de fonctionnement des établissements publics de santé s'appliquent mais :

- Les fonctions de l'administrateur du groupement sont exercées en sus des fonctions du directeur.
- Le conseil de surveillance est composé comme suit :
  - Cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales ou de leurs groupements sur lesquels les établissements membres sont implantés ;
  - Cinq représentants du personnel médical et non-médical du groupement de coopération sanitaire qualifié d'établissement public de santé, dont **trois désignés par le comité technique d'établissement et deux désignés par la commission médicale d'établissement** ;
  - Cinq personnalités qualifiées, dont deux nommées par le directeur général de l'agence régionale de santé et trois représentants des usagers.

Les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement, les professionnels médicaux des centres de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

-  ***Le projet prévoit que les GCS composés d'établissements de statuts différents disposent d'un droit d'option entre l'application de l'échelle des tarifs « publics » et celle des tarifs « privés ».***
-  ***Lorsqu'il est financé par application des tarifs « publics », par dérogation au principe du paiement direct des honoraires par le malade, étant inclus dans les tarifs, les honoraires des médecins libéraux sont versés par le GCS et sont réduits de la redevance due au GCS.***
-  ***Lorsqu'il est financé par application des tarifs « privés », quel que soit leur statut, la rémunération des médecins étant exclue des tarifs, est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement au médecin lorsqu'il est libéral et au GCS lorsque le médecin est salarié.***
-  ***Dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente loi, les syndicats interhospitaliers sont transformés, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, soit en communauté hospitalière de territoire soit en groupement de coopération sanitaire.***
-  ***Un nouvel article lié aux dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière a pour objectif de donner les mêmes droits en matière de formation et d'accès aux œuvres sociales aux agents recrutés par des structures de coopération de droit public (groupement de coopération sanitaire ou groupement de coopération social et médico-social) qu'à tous les fonctionnaires hospitaliers.***

### ***Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé***

Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

- L'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;
- Garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- Améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût ;
- Améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

Pour ce faire, il peut demander à un ou plusieurs établissements publics de santé :

- De conclure une convention de coopération ;
- De créer une communauté hospitalière de territoire, un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ;
- De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.


Si sa demande n'est pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de santé peut prendre les mesures appropriées, **notamment une diminution des dotations de financement** mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Lorsque la demande du directeur général de l'agence régionale de santé n'est pas suivie d'effet, celui-ci peut également **prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés** ou prendre un arrêté prononçant la création d'une communauté hospitalière de territoire et fixant le contenu de sa convention constitutive.

Pour un établissement concerné par une opération de restructuration, il peut demander la suppression d'emplois et la révision de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. **Il réduit en conséquence le montant de sa dotation de financement** des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale ou des crédits de sa dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code.

Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, **le président du directoire demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration**, et modifie en conséquence l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

À défaut, le directeur de l'agence régionale de santé modifie les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et demande au directeur général du Centre national de gestion le placement en position de recherche d'affectation des praticiens hospitaliers titulaires concernés par la restructuration.

 *L'ensemble de ces articles accorde au directeur de l'ARS le pouvoir de remodeler le paysage hospitalier. L'intention est louable, mais le dispositif est lourd de conséquences. La définition des territoires de santé manque de précision et est très variable selon les régions. Les communautés hospitalières comme les GCS entraîneront la mise en place d'instances supplémentaires. L'intégration des établissements psychiatriques organisée avec leurs propres secteurs n'ira pas de soi.*

### **Article 13 bis (nouveau) : Conférence nationale de santé**

Au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile est présent dans la conférence nationale de santé.



### **Article 13 ter (nouveau) : Comité national de l'organisation sanitaire et sociale**

Il comprend des représentants des établissements assurant une activité de soins à domicile.

### **Article 13 quater (nouveau)**

Lorsqu'un établissement de santé privé ayant conclu un CPOM emploie des médecins salariés pour assurer ses activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles.

## **CONCLUSION**

**Les amendements retenus sur le titre I n'ont pas apporté les modifications demandées par les professionnels. Le débat n'est cependant pas clos, une délégation de l'INPH à laquelle participait notre présidente a été reçue au Sénat le 3 mars dernier et a pu présenter les amendements que nous défendons. Les professionnels peuvent espérer que les sénateurs remodelent certains articles. C'est la seule possibilité car, s'agissant d'une procédure d'urgence, il n'y aura pas de deuxième passage devant l'Assemblée ni le Sénat.**

**Les différents rapports : Couty sur la psychiatrie, Marescaux sur les CHU et une mission confiée au député Elie Aboud sur le nouveau statut vont venir par ailleurs interférer avec le projet.**

**Le SYNPREFH suivra la discussion et revendique déjà de pouvoir participer à la concertation qui devra précéder la rédaction des décrets d'application à venir.**