ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat général
des ministères chargés des affaires sociales

Instruction nº SG/2018/66 du 16 février 2018 relative à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au directeur général de l'agence régionale de santé

NOR : *SSAZ1806925J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 16 février 2018. – Visa CNP 2018-09.

Résumé : la présente instruction vise à préciser les modalités d'application du décret nº 2017-1862 du 29 décembre 2017 autorisant la mise en œuvre de l'expérimentation territoriale, pour une durée de deux ans, du droit de dérogation reconnu aux directeurs généraux des agences régionales de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La mise en œuvre de chacune des mesures de dérogation autorisée par ce décret est précisée par l'instruction ainsi que les modalités de suivi et d'évaluation de l'expérimentation.

Mots clés : ARS – expérimentation – dérogation.

Références :

Constitution : article 37-1 ;

Code de l'action sociale et des familles :
- article L. 313-1-1 ;
- article D. 313-2 et le 4º de l'article R. 313-4-1 ;

Code de la santé publique :
- articles L. 1431-2 et L. 1432-2 ;
- article R. 1161-4 et l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient ;
- article R. 1434-41 et les arrêtés auxquels renvoient les dispositions du II de cet article ;
- article R. 6312-1 et l'arrêté du 21 décembre 1987 relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires ;
- dispositions du dernier alinéa de l'article R. 6315-6 ;

Décret nº 2017-1862 du 29 décembre 2017 relatif à l'expérimentation territoriale d'un droit de dérogation reconnu au directeur général de l'agence régionale de santé.

Annexes :

Annexe 1. – Dérogation relative aux seuils à partir desquels les projets d'autorisation d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection d'appel à projets (art. D. 313-2 du code de l'action sociale et des familles).

Annexe 2. – Dérogation au délai de réception des réponses des candidats à un appel à projets mentionné à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

Annexe 3. – Dérogation relative aux compétences requises des professionnels de santé pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient.

Annexe 4. – Dérogation concernant la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Annexe 5. – Dérogation relative à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires.

Annexe 6. – Dérogation concernant la procédure d'avis préalable à la fixation, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, du cahier des charges régional sur les principes d'organisation de la permanence des soins.

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, haut fonctionnaire de défense et de sécurité, à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé des régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur (pour mise en œuvre); Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé des autres régions ; Mesdames et Messieurs les préfets (pour information).

I. – MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE L'EXPÉRIMENTATION

La présente instruction a pour objet de préciser les mesures de dérogation autorisées par le décret du 29 décembre 2017 et d'accompagner les agences régionales de santé (ARS) dans la mise en œuvre de l'expérimentation. Ces possibilités de dérogations concernent les champs de compétence exclusive du directeur général de l'ARS suivants :

1. Dérogation relative aux seuils à partir desquels les projets d'autorisation d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection d'appel à projets - art. D. 313-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) (annexe 1) ;

2. Dérogation au délai de réception des réponses des candidats à un appel à projets mentionné à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles (annexe 2) ;

3. Dérogation relative aux compétences requises des professionnels de santé pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient (annexe 3) ;

4. Dérogation concernant la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (annexe 4) ;

5. Dérogation relative à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires (annexe 5) ;

6. Dérogation concernant la procédure d'avis préalable à la fixation, par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, du cahier des charges régional sur les principes d'organisation de la permanence des soins (annexe 6).

Il convient d'indiquer que la dérogation ne permet pas d'adopter un texte réglementaire de portée générale contraire à un texte réglementaire national de niveau supérieur dans la hiérarchie des normes, mais permet au directeur général de l'ARS, dans ses décisions d'espèce et ses décisions individuelles, de déroger à une norme nationale.

Les notions de décision d'espèce et de décision individuelle sont ainsi définies : les décisions d'espèce édictent des normes qui ne sont ni individuelles, ni générales. Elles se rapportent à une situation ou à une opération particulière. Il en est ainsi des arrêtés auxquels renvoient les dispositions du II de l'article R 1434-41 du code de la santé publique et des dispositions du dernier alinéa de l'article R 6315-6 de ce code. Les décisions individuelles édictent des normes qui ont pour destinataires une ou plusieurs personnes nominativement désignées. C'est le cas des autres décisions énumérées à l'article 2 du décret du 29 décembre 2017.

Il est rappelé que les dérogations ne doivent pas porter une atteinte disproportionnée aux objectifs poursuivis par les dispositions auxquelles il est dérogé. Elles doivent répondre à un objectif d'allègement et de simplification des normes.

Compte tenu du nécessaire respect de l'ONDAM, les décisions de dérogation ne peuvent aboutir à accroître le niveau de dépense (par exemple : dérogations accordées en matière de zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins).

La décision de dérogation à une norme réglementaire doit prendre la forme d'un arrêté motivé du directeur général de l'agence régionale de santé. Cet arrêté doit ainsi exposer le caractère dérogatoire des mesures prises et les motifs qui le justifient. Il doit être publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

La décision du directeur général de l'ARS est susceptible de recours selon les voies habituelles. Elle peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

En cas de contentieux en appel, il est demandé à l'ARS de produire les éléments rédigés pour le mémoire en défense signé par la direction de l'administration centrale concernée.

Il est recommandé de prévoir une concertation avec les acteurs concernés (acteurs concertés dans le cadre de l'édiction des arrêtés pris dans le cadre des règles de droit commun) pour la décision et la mise en œuvre des expérimentations.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'expérimentation dure deux ans à compter de la publication du décret. En conséquence, les expérimentations se termineront au plus tard le 31 décembre 2019. Une fois les 2 ans passés, il n'est plus possible de prendre d'acte dérogatoire, mais ceux qui auront été pris auparavant l'ont été légalement, et restent donc en vigueur, pour leur durée de validité quand il y en a une.

II. – SUIVI ET ÉVALUATION DE L'EXPÉRIMENTATION

Un comité d'évaluation, piloté par le secrétariat général et composé de représentants de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), de la direction générale de la santé (DGS), de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de la direction des affaires juridiques (DAJ), de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et des quatre ARS, sera institué pour suivre et évaluer l'expérimentation.

Le suivi de l'expérimentation fera l'objet d'un compte-rendu semestriel de la part de chaque directeur général d'ARS et sera transmis au secrétariat général qui en assurera la diffusion au comité d'évaluation. Sans attendre la transmission de ce compte rendu semestriel, le directeur général de l'ARS adresse sans délai les contentieux dont font l'objet les décisions prises dans le cadre du présent dispositif.

Dans les deux mois qui précèdent la fin de l'expérimentation, au terme des deux ans, le directeur général de l'ARS adresse au comité d'évaluation un rapport d'évaluation final relatif à la mise en œuvre de ce dispositif. Le comité se charge de la synthèse de ces rapports et de l'évaluation globale de l'expérimentation avant transmission à la ministre de la santé puis au Premier ministre[1].

Ce rapport doit notamment préciser les dispositions réglementaires auxquelles il a été dérogé, la nature et le nombre des dérogations accordées et les motifs d'intérêt général qui les ont justifiées. Il fait état, le cas échéant, des contestations et des contentieux auxquels elles ont donné lieu.

Il mesure également les effets de l'expérimentation au regard de ses objectifs et notamment sur la situation globale des territoires en matière d'amélioration de la qualité du service rendu à la population, d'adaptation aux spécificités territoriales ou à une situation exceptionnelle, de simplification des procédures, de réduction des inégalités, notamment en termes d'accès à la santé. En particulier, il s'attache à déterminer l'impact de l'expérimentation sur ces différents aspects. Il utilise à cette fin tous les instruments d'observation adaptés de nature quantitative ou qualitative.

La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,
A. Laurent

[1] L'article 40 du projet de loi « pour un État au service d'une société de confiance » prévoit la remise d'un rapport annuel au Parlement portant notamment sur l'expérimentation de la possibilité pour les préfets et les directeurs généraux des agences régionales de santé de déroger à des normes réglementaires.

ANNEXE 1

DÉROGATION RELATIVE AUX SEUILS À PARTIR DESQUELS LES PROJETS D'AUTORISATION D'EXTENSION D'ÉTABLISSEMENTS OU DE SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX DOIVENT ÊTRE SOUMIS À LA COMMISSION D'INFORMATION ET DE SÉLECTION D'APPEL À PROJETS (ART. D. 313-2 CASF)

APPLICATION DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE D. 313-2 DU CASF	
Objectif et périmètre	Le présent décret permet au directeur général de l'ARS d'appliquer un seuil dérogatoire au seuil applicable en application de l'article D.313-2 du CASF. Les projets d'ESSMS dans le périmètre de l'expérimentation relèvent de la compétence exclusive de l'ARS en application de l'article L.313-3 *(b)* du CASF. Le présent décret permet au directeur général de l'ARS de déroger aux seuils fixés par l'article D.313-2 du CASF à partir desquels les projets d'autorisation d'extension d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux doivent être soumis à la commission d'information et de sélection d'appel à projet (2). Cette mesure est de nature à faciliter les opérations de restructuration et d'adaptation de l'offre existante, pour répondre plus rapidement aux besoins médico-sociaux urgents de la population tels que définis dans les schémas de planification de l'offre ou pour favoriser la transformation d'établissements ou services préexistants en structures intégrées proposant une gamme complète de modes d'accueil et d'accompagnement. L'instruction de ces demandes d'extension exonérée d'appel à projet sera beaucoup moins lourde pour le directeur général de l'ARS et plus rapide à mettre en œuvre. La dérogation a vocation à intervenir si plusieurs conditions sont réunies : – l'existence des besoins urgents avérés de prise en charge des publics ; – l'identification d'un ou plusieurs opérateurs en mesure de répondre rapidement à ses besoins par voie d'extension de leurs établissements ou services existants ; – l'obligation pour le directeur général de l'ARS de lancer un appel à projets pour mener à bien l'opération d'extension.
Exemples de risque de disproportion	Il est rappelé que le directeur général de l'ARS ne peut se dispenser de fixer un seuil, l'article L.313-1-1 CASF conditionnant la dispense d'appel à projets uniquement pour les projets d'extension ne dépassant pas un seuil déterminé par décret. Lorsqu'une demande d'extension est présentée, le directeur général de l'ARS autorise pour cette opération un seuil d'extension dérogatoire en prenant en compte la capacité des ESSMS existants sur son territoire en mesure de répondre rapidement au besoin défini dans le schéma de planification, sans que cela ne favorise des extensions de trop grande ampleur. En tout état de cause, un seuil d'extension dépassant 100 % d'augmentation de la capacité de l'établissement ou du service, soit plus du doublement de la capacité de la structure, est à éviter pour les structures ayant une capacité importante. Elle pourrait conduire en effet à écarter de façon excessive l'obligation de passer par appel à projet pour les projets d'extension importante. Par ailleurs, le III de l'article L.313-1-1 du CASF prévoit, que les projets de transformation avec extension qui seraient exonérés d'appel à projets sont soumis à l'avis de la commission de sélection et d'information. La loi conditionne également ces opérations à la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans un délai de six ans. Le décret du 29 décembre 2017 ne permet pas de déroger à ces obligations.
Exemples d'indicateurs d'évaluation	Nombre d'autorisations et capacité nouvelle autorisée. Délai d'instruction de la demande d'autorisation
Recommandations sur les acteurs à concerter	Dans un souci d'objectivation et de transparence vis-à-vis des opérateurs du secteur, il est recommandé dans la mesure du possible d'informer de la mesure de dérogation envisagée la commission d'appel d'information et de sélection d'appels à projets.

[2] L'article D. 313-2 détermine le seuil d'extension en envisageant trois cas de figure :
– le seuil de droit commun correspond à une augmentation d'au moins 30 % de la capacité de l'établissement ou du service, quel que soit le mode de définition de la capacité de l'établissement ou du service prévu par les dispositions du code pour la catégorie dont il relève ; ce seuil vaut également en cas de projet de transformation d'ESSMS ;
– le seuil correspond à 30 % d'augmentation des produits de la tarification induite par le projet et déterminée au regard des dotations annuelles prévisionnelles, lorsque la capacité de l'établissement ou du service n'est pas exprimée par un nombre de places ou de lits, de personnes accueillies ou accompagnées, de prestations délivrées ou de durées d'intervention, ou en cas de transformation, lorsque la nouvelle capacité n'est pas exprimée dans la même unité de mesure que celle de la capacité initiale ;
– le seuil correspond à une augmentation faisant porter la capacité autorisée à au moins quinze places ou lits, lorsque la capacité de l'établissement ou du service n'excède pas une capacité de dix places ou lits.

ANNEXE 2

DÉROGATION AU DÉLAI DE RÉCEPTION DES RÉPONSES DES CANDIDATS À UN APPEL À PROJETS MENTIONNÉ À L'ARTICLE L. 313-1-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES

APPLICATION DES DISPOSITIONS DU 4° DE L'ARTICLE R. 313-4-1 DU CASF	
Objectifs et périmètre	L'article R. 313-4-1 4° du CASF prévoit que le délai de réception des réponses des candidats à un appel à projet (AAP) préalable à l'autorisation d'un établissement ou service social et médico-social ne peut être inférieur à 60 jours et supérieur à 120 jours à compter de la date de publication de l'avis d'AAP. La possibilité d'octroyer un délai dérogatoire de réponse des candidats à un appel à projets vise principalement à laisser plus de temps aux opérateurs pour constituer leur dossier de candidature. Ce délai dérogatoire est annoncé au début de l'opération, au moment du lancement de l'appel à projets. Sont visés en particulier les projets de grande ampleur impliquant la recherche de foncier, les projets présentant des caractéristiques techniques complexes pour lesquelles la réalisation des documents exigés par l'arrêté du 30 août 2010 relatif au contenu minimal de l'état descriptif des principales caractéristiques du projet déposé dans le cadre de la procédure de l'appel à projets mentionnée à l'article L. 313-1-1 du CASF (dossiers relatifs aux conditions de prise en charge des personnes, tableau des effectifs, plans prévisionnels, projets architecturaux et documents financiers) demande du temps.
Exemples de risque de disproportion	Le directeur général de l'ARS veille à retenir un délai de réponse dérogatoire proportionné à la complexité et l'importance du projet d'ESSMS. Sauf considérations exceptionnelles, un délai supérieur à 180 jours ne semble pas justifié pour permettre de susciter des réponses de qualité.
Exemples d'indicateurs d'évaluation	Nombre de dossiers de candidatures de qualité par AAP. Nombre d'AAP infructueux.
Recommandations sur les acteurs à concerter	Les gestionnaires locaux pourraient être consultés pour définir le délai de réception le mieux adapté au double impératif de favoriser une mise en œuvre rapide des projets identifiés comme prioritaires dans les planifications locales et de susciter une concurrence des projets de nature à faire émerger la meilleure offre de prise en charge.

ANNEXE 3

DÉROGATION RELATIVE AUX COMPÉTENCES REQUISES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR DISPENSER OU COORDONNER L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

ARRÊTÉ DU 2 AOÛT 2010 MODIFIÉ RELATIF AUX COMPÉTENCES REQUISES POUR DISPENSER ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient	
Objectifs et périmètre	Il s'agit de permettre aux directeurs généraux d'ARS de déroger à l'arrêté modifié du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient qui fixe une exigence minimale de formation (contenu, nombre d'heures) pour dispenser ou coordonner un programme d'ETP, exigence considérée comme un frein au développement de l'ETP notamment en médecine de ville, en raison de la difficulté à remplir cette condition. Il est recommandé de déroger de préférence aux exigences d'acquisition des compétences pour coordonner l'ETP.
Exemples de risque de disproportion	L'assouplissement prévu par cette dérogation ne permet pas de supprimer les conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique relatives à la fonction de coordination de l'équipe prévue par l'arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient. Ainsi, la fonction de coordination d'un programme relève d'un médecin, d'un autre professionnel de santé ou d'un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L.1114-1 du code de la santé publique. Pour rappel, lorsque le programme n'est pas coordonné par un médecin, l'un des deux professionnels de santé qui intervient dans un programme doit être un médecin. Il n'y a pas de possibilité de déroger à cette règle. Si, par ailleurs, l'ARS souhaitait déroger aux règles d'établissement de la compétence pour dispenser l'ETP, il est recommandé d'accorder cette dérogation de façon proportionnée en tenant compte du nombre d'intervenants au sein du programme et en vérifiant qu'une majorité d'entre eux disposent de ces compétences.
Exemples d'indicateurs d'évaluation	Pourcentage de nombre de programmes dont le coordonnateur des programmes ne justifie pas de compétences de coordination d'un programme /nombre de programmes d'ETP de la région. Nombre de nouveaux programmes à partir de la publication de la présente instruction pour lesquels une dérogation a été accordée. Nombre de dérogations accordées sur la compétence pour la dispensation de l'ETP. Nombre de dérogations accordées sur la compétence pour la coordination de l'ETP.

ANNEXE 4

DÉROGATION CONCERNANT LA DÉTERMINATION DES ZONES CARACTÉRISÉES PAR UNE OFFRE DE SOINS INSUFFISANTE OU PAR DES DIFFICULTÉS DANS L'ACCÈS AUX SOINS

APPLICATION DU 3° DE L'ARTICLE 2 DU DÉCRET N° 2017-1862 DU 29 DÉCEMBRE 2017	
Périmètre	Il s'agit de déroger aux dispositions du II de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique (CSP). En pratique, il est recommandé que les directeurs généraux d'ARS dérogent, pour les médecins relevant de la spécialité de médecine générale si la situation le justifie, à l'arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du CSP. La dérogation ne porte pas sur la détermination des zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé (zones prévues au 2° de l'article L. 1434-4 du CSP), ni sur les mesures de régulation qui les concernent. En effet, conformément au III de l'article R. 1434-41 du CSP, la méthodologie applicable pour la détermination de ces zones est définie dans les conventions prévues à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.
Objectifs	Dans le cadre de cette dérogation, les directeurs généraux d'ARS poursuivent les objectifs suivants : – identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins en vue d'y mobiliser les mesures d'aides destinées à maintenir ou favoriser l'installation des professionnels de santé ; – concentrer les aides sur les zones les plus en difficulté en termes de démographie médicale afin de réduire les inégalités d'accès aux soins.
Recommandations	Dans le cadre de leur dérogation, il est recommandé aux directeurs généraux d'ARS de veiller à : – privilégier, au regard de l'indicateur fixé dans l'arrêté national, les zones qualifiées de zones d'intervention prioritaire (sélection nationale) dans la mesure où l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin dans ces zones est très faible par rapport à la moyenne nationale ; – conserver les appellations des zones prévues dans l'arrêté fixant la méthodologie nationale afin de maintenir la cohérence et la visibilité de cette politique publique sur tout le territoire national ; – préciser et motiver, dans l'arrêté du directeur général de l'ARS, le choix de chaque dérogation au regard des dispositions prévues dans l'arrêté fixant la méthodologie nationale. Celle-ci doit s'appuyer notamment sur des données chiffrées et objectives ; – porter un regard attentif sur les mesures prévues dans l'arrêté national concernant la politique de la ville (par exemple : les quartiers prioritaires de la ville) ; – lors de l'évaluation, réaliser un suivi de la situation de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire régional, y compris dans les zones non retenues dans l'arrêté du directeur général d'ARS (en fonction des indicateurs d'évaluation présentés ci-après).
Exemples de risque de disproportion	Rendre éligibles des zones où le niveau de l'offre de soins pour la profession de médecin est particulièrement élevé (par exemple une zone avec un APL parmi les plus élevés pourrait constituer une atteinte disproportionnée aux objectifs poursuivis par les dispositions auxquelles il est dérogé au sens du 2° de l'article 3 du décret n° 2017-1862 du 29 décembre 2017).
Exemples d'indicateurs d'évaluation	Dans le cadre de l'évaluation de cette dérogation et pendant la durée de cette dernière, il est demandé aux directeurs généraux d'ARS de comparer de manière annuelle la situation de l'offre de soins au regard de celle applicable avant la publication de l'arrêté régional de dérogation. Dans ce cadre, les indicateurs à retenir *a minima* sont les suivants : – part des zones bénéficiant de la dérogation par rapport au zonage régional ; – le nombre de bénéficiaires des aides concernés par la dérogation dans chaque zone ; – le nombre d'habitants concernés par la dérogation dans chaque zone ; – le nombre de communes dans les zones concernées ; – le nombre de professionnels de santé entrants (nouvelle installation) et sortants (départ à la retraite, déménagement…), concernés par la dérogation, dans chaque zone ; – la densité ou APL (nombre de professionnels de santé concernés par la dérogation rapporté à la population résidente) de chaque zone ; – le volume des aides allouées différenciées par nature (aides conventionnelles, aides d'État, aides des collectivités territoriales, aides régionales…) en précisant celles allouées dans le cadre de la dérogation.
Recommandations sur les acteurs à concerter	Pour chaque profession de santé concernée, il est recommandé aux directeurs généraux d'ARS de réaliser *a minima* les concertations suivantes : – les concertations prévues à l'article R. 1434-42 du CSP ; – une concertation avec les CPAM.

ANNEXE 5

DÉROGATION RELATIVE À LA COMPOSITION DU DOSSIER D'AGRÉMENT DES PERSONNES EFFECTUANT DES TRANSPORTS SANITAIRES TERRESTRES ET AU CONTRÔLE DES VÉHICULES AFFECTÉS AUX TRANSPORTS SANITAIRES

APPLICATION DU 4° DE L'ARTICLE 2 DU DÉCRET N° 2017-1862 DU 29 DÉCEMBRE 2017	
Périmètre	Les directeurs généraux d'ARS peuvent déroger aux dispositions de l'arrêté du 21 décembre 1987 modifié relatif à la composition du dossier d'agrément des personnes effectuant des transports sanitaires terrestres et au contrôle des véhicules affectés aux transports sanitaires.
Objectifs	L'objectif poursuivi est de mieux orienter les contrôles effectués par les ARS et de simplifier les démarches administratives pour les demandeurs, notamment en remplaçant la visite de conformité des véhicules de transports sanitaires (TS) réalisée systématiquement avant la délivrance de l'autorisation de mise en service des véhicules par un contrôle *a posteriori*.
Recommandations	En l'absence de visite de conformité préalable, il est souhaitable de veiller à ce que le professionnel lors de sa demande produise une attestation comportant une clause de responsabilité pénale pour fausse déclaration en cas de non-respect des dispositions réglementaires applicables aux véhicules de transports sanitaires. Il conviendra de réaliser des contrôles sur place pour vérifier l'exactitude de cette attestation.
Exemples de risque de disproportion	Le principe de la dérogation ne doit pas conduire à ajouter des exigences nouvelles vis-à-vis du demandeur contraire à l'objectif recherché de simplification des démarches.
Exemples d'indicateurs d'évaluation	Sur la période de la dérogation : – nombre de visites de conformité préalables évitées ; – nombre et périodicité des contrôles réalisés *a posteriori* sur les véhicules de TS ; – part des véhicules de transports sanitaires contrôlés *a posteriori* dont la conformité a été avérée ; – évolution du nombre des contrôles/inspections réalisés dans le champ sanitaire du fait de la présente dérogation mise en place.
Recommandations sur les acteurs à concerter	À voir localement le cas échéant.

ANNEXE 6

DÉROGATION CONCERNANT LA PROCÉDURE D'AVIS PRÉALABLE À LA FIXATION, PAR ARRÊTÉ DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ, DU CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL SUR LES PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

APPLICATION DU 5° DE L'ARTICLE 2 DU DÉCRET N° 2017-1862 DU 29 DÉCEMBRE 2017	
Objectifs et périmètre	Les directeurs généraux d'ARS peuvent déroger au dernier alinéa de l'article R.6315-6 du code de la santé publique. L'objectif de cette dérogation est de permettre au directeur général de l'ARS de modifier le cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) sans disposer des avis de certaines instances afin de mettre rapidement en œuvre les mesures du cahier des charges de PDSA. Cependant, la concertation avec les professionnels de santé et l'avis des Préfets de département demeurent obligatoires avant d'arrêter le cahier des charges de la PDSA dans la mesure où les modalités d'organisation de la PDSA sont fixées à l'article L 1435-5 du CSP. Cet article prévoit que l'ARS organise la mission de service public de PDSA ; ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, et des centres de santé, sont définies après avis du représentant de l'État territorialement compétent.
Recommandations	Afin de prévenir le risque de recours de la part des médecins participant à la PDSA, il convient d'être précis sur le motif d'intérêt général et les circonstances locales justifiant cette dérogation.
Exemples de risque de disproportion	Arrêter sans avis des instances un cahier des charges régional modifiant de manière substantielle l'organisation de la PDSA dans la totalité de la région.
Exemples d'indicateurs d'évaluation	Nombre de modifications par département du cahier des charges de PDSA pendant la période de dérogation.
Recommandations sur les acteurs à concerter	Il est nécessaire que les modifications du cahier des charges régional de PDSA arrêté sans avis de certaines instances, soient néanmoins portées à la connaissance de l'ensemble des acteurs du système de santé en amont de leur mise en application.