

Les principales dispositions propres aux secteurs sanitaire et médico-social de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Les lois de financement de la sécurité sociale, au delà de leurs stricts enjeux de versement des financements aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux, comportent de nombreuses dispositions qui ont pour objectif de traduire au plan légal les principales orientations des pouvoirs publics dans le champ des politiques de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ne déroge pas à la règle. Elle comporte ainsi de nombreuses réformes législatives qui déclinent les orientations fixées par le Gouvernement dans le cadre de la stratégie nationale de transformation du système de santé. Cette stratégie nationale de transformation de notre système de santé vise à favoriser les décloisonnements entre les acteurs de santé pour améliorer la continuité des parcours des patients et des personnes en situation de vulnérabilité.

Le DECRYPTAGE de ce mois-ci vous présente les principales dispositions relatives aux financements des établissements et services médico-sociaux ainsi que les réformes législatives qui vont impacter l'organisation des structures sanitaires et médico-sociales.

Textes de référence :

- *Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale*
- *Article 58 de la loi N° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement*
- *Décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement*

SOMMAIRE

- A – Les dispositions relatives aux financements alloués des établissements et services médico-sociaux
- B – Parcours de bilan et interventions précoces pour les troubles du neuro-développement
- C – La dérogation expérimentale aux règles de tarification des Etablissements et Services relevant d'une tarification conjointe
- D – Les dispositions relatives aux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
- E – La mise en place progressive d'une tarification au parcours
- F – L'incitation à un cadre d'exercice en santé coordonné des acteurs du 1^{er} recours
- G – L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins dans les établissements sanitaires

A – Les dispositions relatives au financement des établissements et services médico-sociaux

1. Les modalités de calcul des financements alloués aux établissements et services médico-sociaux par la CNSA

Les lois de financement de la sécurité sociale fixent annuellement l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) dans le secteur médico-social, qui se subdivise en ONDAM-Personnes Handicapées et en ONDAM-Personnes Âgées.

Ces deux ONDAM sont ensuite abondés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à hauteur de :

- Pour le champ des personnes en situation de handicap :
 - ✓ Entre 10% et 14% du produit de la Contribution de Solidarité pour l'Autonomie (CSA), c'est-à-dire le produit de la journée de solidarité
 - ✓ 6,6% de la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA), qui est un prélèvement de 0,3% sur les pensions de retraite supérieures à un certain seuil
 - ✓ 1,8% d'une fraction du produit de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)
- Pour le champ des personnes âgées :
 - ✓ 40% du produit de la Contribution de Solidarité pour l'Autonomie,
 - ✓ 6,6% de la Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie,
 - ✓ 7,1% d'une fraction du produit de la Contribution Sociale Généralisée

Ces Objectifs Globaux de Dépenses (OGD) sont ensuite déclinés en Dotations Régionales Limitatives allouées aux Agences Régionales de Santé pour financer les établissements et services médico-sociaux relevant en toute ou partie de leurs champs de compétences.

2. La traduction financière pour l'année 2019

Au regard des dispositions de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et des prévisions de recettes de CSA, CASA et fraction de CSG, le Conseil de la CNSA a adopté son budget prévisionnel pour l'année 2019 qui devrait se traduire par les éléments financiers suivants :

- ✓ Objectif Global de Dépenses Personnes Handicapées : 11,777 Milliards d'€ (soit une progression de 1,53% par rapport à l'OGD prévisionnel 2018)
- ✓ Objectif Global de Dépenses Personnes Agées : 10, 617 Milliards d'€ (soit une progression de 2,78% par rapport à l'OGD prévisionnel 2018)

Cette progression des OGD doit permettre, selon le dossier de presse de la CNSA, de :

- ✓ Revaloriser, à hauteur de 126,2 millions d'euros, les coûts de fonctionnement et les salaires des professionnels des établissements et services existants (66,9 millions dans le secteur personnes âgées et 59,3 millions dans le secteur personnes handicapées) ;
- ✓ Financer les places pour personnes âgées qui ouvriront en 2018 : 39,9 millions d'euros ;
- ✓ Soutenir la création de places pour personnes handicapées : 61,9 millions d'euros ;
- ✓ Mettre en œuvre la stratégie quinquennale d'évolution de l'offre annoncée lors de la Conférence nationale du handicap de 2016 (21 millions d'euros) et les mesures spécifiques pour l'outre-mer (0,3 million d'euros) ;
- ✓ Mettre en œuvre la stratégie nationale pour l'autisme (30 millions d'euros) ;
- ✓ Améliorer l'accompagnement des personnes en « situation critique » par une mesure de 15 millions d'euros ;
- ✓ Poursuivre la réforme tarifaire du financement des EHPAD à hauteur de 171,3 millions d'euros ;
- ✓ Participer au financement des astreintes de nuit d'infirmières en EHPAD : 10 millions d'euros.

REMARQUE

Les mesures annoncées seront détaillées plus précisément dans la future circulaire budgétaire, traditionnellement publiée aux mois de mars ou avril et qui fera l'objet d'un numéro de DECRYPTAGE

B – Parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement

Annoncée lors de la présentation de la Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement, les parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement sont créés par l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Ces parcours de bilan et d'intervention précoce doivent permettre de réaliser un diagnostic et mettre en œuvre les accompagnements d'enfants ayant des troubles du neuro-développement.

1. L'organisation des acteurs participants au parcours de bilan et d'intervention précoce

a) La désignation de structures

Le Directeur général de l'ARS doit désigner par arrêté les établissements ou services en charge de l'organisation du parcours de bilan parmi les catégories de structures suivantes :

- Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation (IME, SESSAD, ITEP...) ;
- Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services
- Les établissements sanitaires de psychiatrie

b) Le conventionnement entre structures

Les structures désignées par le Directeur général de l'ARS devront passer des conventions avec des structures relevant des catégories énoncées ci-dessus. Ces conventions ont pour objectif de définir l'organisation des parcours de bilan et interventions précoces pour les troubles du neuro-développement et de constituer une plateforme de coordination et d'orientation.

Ainsi, ce conventionnement doit permettre d'assurer, par un maillage territorial, l'accès aux ressources en professionnels spécialisés, quelle que soit la structure d'accueil de l'enfant, et des propositions d'accueil pertinentes selon le profil de l'enfant.

REMARQUE

Les activités réalisées par les CAMSP dans le cadre de parcours de bilan et d'intervention précoce sont financées à 100% par l'assurance maladie.

c) Le conventionnement avec des professionnels libéraux

Les médecins, les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les psychologues peuvent conclure avec les structures organisées en plateforme de coordination et d'orientation des contrats types, qui doivent être définis par arrêté.

Ces contrats doivent notamment prévoir pour chaque catégorie de professionnels des engagements de bonnes pratiques professionnelles et des conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant.

Les interventions des médecins et des masseurs kinésithérapeutes sont réalisées et financées aux conditions définies dans le cadre des conventions passées entre l'UNCAM et les organisations représentatives de ces professions au plan national, c'est-à-dire sur l'enveloppe des soins de ville. Le remboursement de ces soins complémentaires n'est pas subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical.

Les interventions des ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues sont financées par la structure désignée, sous la forme d'un forfait pour une séquence de prestations, et peuvent porter sur les actes suivants :

- Pour les ergothérapeutes : l'évaluation pour déterminer les besoins des enfants dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec leur développement sensorimoteur, sensoriel et cognitif et, si nécessaire, des interventions pour répondre aux besoins ainsi constatés et agir sur l'environnement des enfants
- Pour les psychomotriciens : un bilan psychomoteur comportant notamment un examen du développement sensorimoteur et neuro-moteur et, si nécessaire, des interventions relatives aux perturbations constatées
- Pour les psychologues : une évaluation qualitative et quantitative des compétences développementales de l'enfant et, si nécessaire, des tests neuropsychologiques complémentaires ciblant des secteurs spécifiques du développement cognitif et socio-communicationnel, mais aussi, pour les psychologues ayant une expertise spécifique définie par arrêté ministériel, des interventions précoces en lien avec l'ensemble des évaluations fonctionnelles disponibles.

Les interventions des ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues peuvent être interrompues par un médecin de la structure désignée après échanges avec les professionnels libéraux, à la demande de la famille, en cas d'orientation anticipée vers une structure adaptée ou quand les interventions ne sont plus nécessaires.

2. Les modalités d'entrée, de suivi et de sortie dans le parcours de bilan et d'intervention précoce

a) L'entrée dans le parcours de bilan et d'intervention précoce

L'accompagnement est pris en charge par l'assurance maladie pour les enfants de moins 7 ans et sous réserve que la prescription médicale de demande d'entrée dans un parcours de bilan et d'intervention précoce ait été validée par un médecin exerçant au sein d'une des structures désignées par le Directeur général de l'ARS ou dans une structure liée à celle-ci par convention (cf. supra).

Cette validation, qui intervient dans un délai maximal de 15 jours à compter de la réception de la prescription, devra préciser si les bilans et interventions précoces sont réalisés au sein d'une structure de la plateforme, ou, à défaut, par un ou plusieurs professionnels exerçant en dehors de

ces structures. Dans ce dernier cas, la validation devra préciser les prestations incluses dans le parcours.

Dans la mesure où il y aurait un refus de validation par la structure désignée, elle devra prendre contact avec le médecin qui a rédigé la prescription et organiser un nouvel examen clinique.

b) Le suivi du parcours de bilan et d'intervention précoce

Dans un délai de trois mois maximum après validation de la prescription, l'enfant et sa famille sont accueillis pour réaliser un bilan avec un professionnel contribuant au diagnostic, soit au sein d'une des structures de la plateforme, soit par un professionnel de santé ou un psychologue ayant conventionné avec les structures de la plateforme.

Au plus tard six mois après l'intervention d'un professionnel contribuant au diagnostic, une première rencontre de synthèse doit être organisée avec l'enfant et sa famille au sein d'une des structures de la plateforme.

c) La sortie du parcours de bilan et d'intervention précoce

La durée du parcours de bilan et intervention précoce est d'un an maximum. Toutefois, les prestations réalisées par les professionnels de santé libéraux et les psychologues peuvent être prises en charge jusqu'à la date des décisions de la CDAPH, pendant une durée maximale de 6 mois supplémentaires.

Les professionnels liés contractuellement à la structure désignée doivent lui transmettre, ainsi qu'à la famille, au médecin traitant de l'enfant ou au médecin désigné par la famille, les comptes rendus des bilans et des interventions réalisées.

Les établissements et services pour enfants en situation de handicap peuvent, dans l'attente de la décision de la CDAPH, admettre directement un enfant à l'échéance de son parcours de bilan et intervention précoce. Dans ce cadre, le directeur de la structure doit en informer immédiatement la CDAPH et lui adresser une évaluation dans un délai de 15 jours. La CDAPH doit alors faire connaître sa décision dans les meilleurs délais et ne peut remettre en cause la prise en charge au cours de la période d'accueil.

C – La dérogation expérimentale aux règles de tarification des Etablissements et Services relevant d'une tarification conjointe

L'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit qu'à titre expérimental, et pour une durée de 5 ans, les ARS et les Conseils départementaux volontaires pourront signer une convention permettant de déléguer, soit à l'ARS, soit au Conseil départemental, la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués aux établissements et services pour adultes en situation de handicap relevant de leurs tarifications conjointes (FAM, SAMSAH) mais aussi des CAMSP.

Cette convention devra définir les conditions et modalités de tarification des établissements et services concernés, qui pourra se faire soit uniquement sous la forme d'un prix de journée, soit uniquement sous la forme de tarifs de prestations ou forfaits journaliers, soit uniquement sous la forme de forfaits ou dotations globales.

Par ailleurs, l'ensemble de la procédure budgétaire sera réalisé par l'autorité qui aura reçu la délégation de tarification.

D – Les dispositions relatives aux établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

1. L’accélération du calendrier de mise en œuvre de la convergence tarifaire sur le soin

Suite aux mouvements de grève dans le secteur des EHPAD au début de l’année 2018, la Ministre de la Santé s’était engagée à accélérer le calendrier de mise en œuvre de la convergence tarifaire sur le soin dans le secteur des EHPAD.

L’article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit ainsi que tous les EHPAD bénéficieront du forfait de soins plafond (GMPS) en 2021, en lieu et place de 2023.

Par conséquent, les EHPAD recevront en 2019, un tiers de l’écart avec leur forfait de soins global plafond (calculé en application de la formule dite du GMPS et hors financements complémentaires), la moitié de l’écart en 2020 et la totalité du reliquat de l’écart en 2021.

2. L’élargissement de la capacité de prescription des médecins coordonnateurs

En EHPAD, le médecin coordonnateur pouvait réaliser des prescriptions auprès des résidents uniquement en cas de situation d’urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins.

L’article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 élargit la capacité de prescription des médecins coordonnateurs dans la mesure où il pourra lui-même réaliser directement des prescriptions auprès de tous les résidents, dans des conditions qui devront être définies par décret.

Par ailleurs, des clauses spécifiques, portant sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l’acte et le paiement direct des professionnels par l’établissement, devront être prévues lorsque le médecin coordonnateur intervient également en qualité de médecin traitant d’un ou plusieurs résidents.

E – La mise en œuvre progressive d’une tarification au parcours

1. L’extension des champs de dérogations expérimentales à l’organisation et à la tarification actuelles dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

L’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (cf. DECRYPTAGE du mois de mars 2018) a introduit la possibilité de déroger, dans le cadre d’expérimentations innovantes, aux modalités actuelles de tarification, notamment dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux ainsi qu’aux modalités actuelles d’organisation du système de santé.

Ces expérimentations ont pour objectif de permettre l’émergence d’organisations innovantes dans les secteurs sanitaire, social et médico-social concourant à l’amélioration des prises en charge et du parcours des patients, de l’efficacité du système de santé et de l’accès aux soins.

L’article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 étend le champ des dérogations possibles. A ce titre, elle prévoit notamment la possibilité de déroger aux règles d’organisation applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, telles que définies par le Code de l’Action Sociale et des Familles.

L'article 39 prévoit également la possibilité de déroger à certaines dispositions du Code de la Santé Publique afin de permettre :

- à des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires d'adapter leurs statuts, pour la durée de l'expérimentation, afin de rendre possible l'encaissement sur le compte de la société de tout ou partie des rémunérations des activités de prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale de ses membres et le reversement de ces rémunérations à chacun d'eux,
- à un praticien hospitalier, dans les zones où l'offre de soins est insuffisante ou en raison de difficultés d'accès aux soins, de réaliser, sans dépassement d'honoraires, une activité libérale en dehors de l'établissement où il exerce à titre principal, et au-delà des limites légales actuellement définies,
- à un praticien libéral, dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, de réaliser une activité libérale en centre de santé (où les praticiens doivent être salariés).
- la redistribution d'un intéressement collectif aux membres d'un groupement de coopération sanitaire, pour la durée de l'expérimentation
- de ne pas conditionner le maintien de l'autorisation de fonctionnement des structures sanitaires au strict respect des conditions techniques de fonctionnement relatives à l'organisation et à la dispensation des soins afin de pouvoir y déroger partiellement dans le cadre des expérimentations,
- aux pharmaciens d'officine, en dehors des protocoles de coopération (qui permettent la délégation de certains actes à d'autres professionnels de santé sous réserve d'une autorisation préalable), d'être désignés correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient, à la demande ou avec l'accord du médecin traitant, et de pouvoir ainsi renouveler des traitements chroniques ou ajuster leur posologie sans renouvellement d'ordonnance. Dans ce cadre, le médecin traitant et le pharmacien correspondant devront être signataire d'un projet de santé (cf. infra)

REMARQUE

Dans le cadre des expérimentations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, complété par l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, il est prévu des procédures dérogatoires aux procédures actuelles d'autorisations d'expérimentations relatives à la télésurveillance et aux protocoles de coopérations entre professionnels de santé.

Ainsi, dans un souci de simplification, les candidats à des expérimentations « article 51 » n'auront à déposer qu'un seul dossier, qui inclura les demandes d'expérimentations en matière de protocole de coopérations et de télésurveillance le cas échéant.

2. L'introduction d'une rémunération forfaitaire au sein des établissements sanitaires pour les patients atteints d'une maladie chronique

Afin d'améliorer le parcours de soins des personnes atteints de pathologies chroniques, dont la liste doit être définie par arrêté ministériel, au sein des établissements sanitaires de médecine, chirurgie, de gynécologie-obstétrique et d'odontologie, l'assurance maladie pourra verser, pour ces pathologies, une rémunération forfaitaire dérogatoire à la tarification à l'activité.

F – L'incitation à un cadre d'exercice en santé coordonné des acteurs du 1^{er} recours

Un des axes forts de la « Stratégie de transformation de notre système de santé » et du plan « Ma Santé 2022 » est de favoriser les coopérations entre la médecine de ville, le secteur sanitaire et le

secteur médico-social ainsi qu'entre professionnels de santé libéraux, à travers notamment le soutien à la création de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et d'équipes de soins primaires.

1. Les équipes de soins primaires et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

a) Les équipes de soins primaires

Créées par l'article 64 de la loi de modernisation de notre système de santé, les équipes de soins primaires sont constituées d'un ensemble de professionnels de santé réunit autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent.

Ces équipes de soins primaires doivent contribuer à la structuration des parcours de santé, notamment pour les patients atteints de maladies chroniques, les personnes en situation de précarité sociale et les personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. A ce titre, leur projet de santé doit avoir pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

b) Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

Créées par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé, les Communautés professionnelles territoriales de santé peuvent se créer à l'initiative des professionnels de santé d'un territoire afin d'assurer une meilleure coordination de leur action, concourir à la structuration des parcours de santé et réaliser les objectifs du Projet Régional de Santé arrêté par l'ARS.

Composée de professionnels de santé, regroupés le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux, la communauté professionnelle territoriale de santé doit formaliser un projet de santé qu'elle transmet à l'ARS.

Dans la mesure où les professionnels de santé ne prendraient pas l'initiative de créer des Communautés professionnelles territoriales de santé, l'ARS devra prendre, en concertation avec les unions régionales des professionnels de santé et les représentants des centres de santé, les initiatives nécessaires à leur constitution.

2. Les mesures d'incitations à la constitution de cadre d'exercice coordonné

L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit que, dans un délai d'un mois à compter de la publication de la loi, des négociations conventionnelles, qui définissent les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie des actions des professionnels de santé libéraux, soient ouvertes entre les représentants des professionnels de santé libéraux et l'UNCAM.

Ces négociations devront aboutir à de nouvelles conventions qui permettront de tenir compte de la participation ou non des professionnels de santé libéraux à un cadre d'exercice coordonné en santé (équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé...).

De même, ces négociations conventionnelles devront définir les engagements et objectifs de santé publique, de qualité et d'efficacité des soins des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires. Elles devront également déterminer les mesures visant à accompagner le déploiement de communautés professionnelles territoriales de santé.

G – L'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins dans les établissements sanitaires

1. La mesure de la qualité des soins

A compter du 1^{er} janvier 2020, afin de bénéficier de dotations complémentaires, les établissements sanitaires de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, odontologie, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation seront soumis à l'atteinte de résultats (et non plus de critères) évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins, prenant en compte les résultats et les expériences rapportés par les patients.

Pour certains des indicateurs transmis, dont la liste sera définie par décret, un seuil minimal de résultat, fixé en fonction de la répartition des résultats de l'ensemble des établissements concernés, sera requis.

Si, au cours de 3 années consécutives, un établissement n'atteint pas ce seuil minimal, il fera l'objet d'une pénalité financière notifiée par le Directeur général de l'ARS au regard notamment du nombre d'indicateurs concernés et de la gravité des manquements constatés. Cette pénalité financière ne pourra pas excéder un montant équivalent à 0,5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Toutefois, le Directeur général de l'ARS pourra estimer, par décision spécialement motivée, de ne pas appliquer les dites sanctions financières en raison de circonstances particulières propres à l'établissement.

2. L'amélioration de la pertinence des soins

Le directeur général de l'ARS, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et chaque établissement de santé relevant de leur ressort géographique doivent conclure un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

Ce contrat est conclu sur la base d'un plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, élaboré par l'ARS, qui définit les domaines d'actions prioritaires en matière d'amélioration de la pertinence des soins de la région.

L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit que ce plan devra désormais identifier des écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations et prescriptions réalisés par les établissements de la Région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

Si l'ARS constate que les pratiques de l'établissement ne sont pas conformes aux écarts identifiés, elle devra enjoindre l'établissement d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins, qui fera l'objet d'un volet additionnel au contrat.

Le non respect des engagements pris dans le cadre du volet additionnel pourra conduire au retrait de l'autorisation de fonctionnement de la structure lors de son évaluation.