

Lettre aux Parlementaires

FEVRIER 2011

N°3



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS
HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS



edito

La Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) Privés Non Lucratifs a pris connaissance des 13 articles (initiaux) de cette Proposition de Loi (PPL), lors de la conférence de presse du 4 novembre 2010, puis des 16 articles de la PPL rectifiée.

La FEHAP a été profondément étonnée du fait que cette proposition de loi n'ait pas, d'emblée, comporté un article pour pallier les difficultés, dénoncées par tous, de la création par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) détenteurs d'autorisation et érigés en établissements de santé.

Pourtant, la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale et du Sénat en avait pleinement identifié les problèmes potentiellement engendrés par la rédaction nouvelle des GCS dans la loi HPST. Cela tient au fait que la loi HPST concernant les Groupements de Coopération Sanitaire et l'ordonnance de coordination HPST du 23 février 2010 concernant les Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) ont tout bloqué sur le terrain des coopérations. En effet, ces textes ont fait des GCS et des GCSMS des instruments ambigus, toujours susceptibles d'évoluer vers l'absorption du partenaire minoritaire, public ou privé, ce qui active évidemment toutes les résistances à entrer dans un dispositif coopératif. Il y a lieu également de souligner que la proposition de loi ne traite pas, en l'état, d'autres sujets majeurs, également l'objet de propositions détaillées de la FEHAP.

Antoine Dubout,
Président de la FEHAP

Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires Analyses et propositions de la FEHAP

Concernant les dispositions d'ores et déjà prévues par la proposition de loi, la FEHAP formule plusieurs observations

Article 9 sur les fondations hospitalières

Concernant les « fondations hospitalières », la FEHAP comprend et partage les grandes réserves manifestées par le Conseil d'Etat lors de l'examen du projet de décret d'application de la loi HPST, quant à la constitution d'une nouvelle catégorie de fondation, de structure et de fonctionnement très ambigus. Le projet de décret prévoyait une gouvernance exclusivement publique, avec la participation de donateurs privés, dépourvus de la possibilité de participer à la gouvernance. Le projet de décret ne prévoyait pas de manière explicite le caractère non lucratif et désintéressé des fondations hospitalières, soit un cadre juridique susceptible de se prêter à des objectifs et fonctionnement éloignés de la clarté et de la réputation de sérieux et de pérennité associées actuellement au terme de « fondation ».

Il serait étonnant que les règles établies pour les fondations hospitalières

permettent d'isoler des ressources matérielles et immatérielles de toute nature et la constitution d'excédents, voire de réserves financières, tandis que les comptes d'exploitation des établissements publics de santé qui auraient constitué la fondation hospitalière pourraient être déficitaires.

La FEHAP estime que le cadre actuel des fondations se prête pleinement aux objectifs de développement et de valorisation de la recherche qui fonctionne déjà à la satisfaction de tous, sauf à vouloir parer de termes privés une gouvernance publique assez traditionnelle. La FEHAP soutiendra donc sur ce sujet un amendement de suppression, pour préserver « l'enseigne » de fondation qui constitue une partie notable de ses adhérents gérant des activités sanitaires, sociales et médico-sociales dans un cadre particulièrement adapté. La FEHAP estime également que le statut de fondation, s'il ne doit pas être dévoyé dans une

logique de démembrement patrimonial et financier des établissements publics hospitaliers, constitue une alternative institutionnelle de premier ordre pour l'évolution statutaire et fonctionnelle de la gestion d'activités de soins et de missions de service public, dont la modernisation est difficile dans le cadre d'un établissement public, avec les garanties de pérennité et de transparence requises par l'enjeu : présence obligatoire d'un commissaire du Gouvernement au sein de l'organe délibérant des fondations. Mais cette évolution institutionnelle vers le statut de fondation doit alors être conçue de manière globale au niveau de l'entité juridique de l'établissement public de santé, et non de manière partielle et ambiguë.

Sur les contrats d'engagement de service public (article 2 retiré de la PPL initiale)

La compétence du Centre national de gestion, uniquement dédié aux fonctionnaires et agents publics hospitaliers, ne doit pas induire ensuite la réservation au seul secteur public hospitalier de l'emploi des contractuels signataires d'engagement de service public. La gestion de ce dispositif par le Centre national de gestion pourrait laisser entendre que seuls les professionnels de droit public sont concernés par ce mécanisme. Or, les ressources consacrées par la collectivité nationale

au financement des contrats d'engagement de service public sont issues de l'ONDAM général et non de prélèvements sur les seuls budgets et tarifs des établissements publics. En conséquence, la gestion du mécanisme prévu par l'article L. 632-6 du code de l'éducation ne doit pas aboutir à freiner de facto le déploiement des contrats d'engagement dans le cadre de la médecine de ville, ni dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux Privés Non Lucratifs.

Article 3 sur la reformulation des « contrats santé-solidarité de la loi HPST pour les médecins libéraux afin d'améliorer la répartition territoriale »

La notion de volontariat pour les contrats santé-solidarité est évidemment plus aisée à accueillir pour les organisations libérales, mais cette notion ne semble pas à la hauteur des enjeux démographiques des différentes professions de santé et des

choix d'exercice observés, comme le montre l'étude publiée par le Groupe Le Moniteur : « Solidarités et Territoires », sous la signature conjointe d'Emmanuel Vigneron et de Sandrine Haas (octobre 2010). Dans cet ouvrage, la comparaison avec la cartographie des pharmaciens

exerçant en officine est très stimulante. Pour la FEHAP, les évolutions concernant les mécanismes d'incitations et de désincitations relèvent bien de la négociation conventionnelle, comme le prévoit l'article 3.

Pour apporter une bonne visibilité au lecteur, cette lettre adoptera un code couleur bien identifié :

Soulignées en vert, les questions qui sont perçues favorablement du point de vue de la FEHAP

En jaune orangé, les dossiers en « situation intermédiaire », encore en travaux.

En rouge, les sujets marqués de grandes difficultés, appelés à des reformulations parlementaires du point de vue de la FEHAP

Lettre aux Parlementaires

Article 6 sur la transparence en matière d'appareillage

Si la FEHAP est favorable à l'objectif poursuivi de transparence en matière de coûts d'acquisition et de facturation d'appareillages, la rédaction proposée ne semble pas techniquement cohérente avec l'exposé des motifs. Par ailleurs et pour la FEHAP, des sujets de cette nature mériteraient d'être expérimentés avant d'être généralisés, pour en établir un bilan coût-avantage et éviter toute surcharge administrative disproportionnée.

Article 12 sur la conservation électronique et l'hébergement externe des données de santé

La FEHAP est favorable à toutes les initiatives associant les nouvelles technologies et l'efficacité opérationnelle, ici en matière d'archivage de données. La FEHAP estime que la forme prise par la conservation des données papier ou électronique, interne ou externe, n'entame en rien le droit des usagers qui est aussi de voir garantie par les établissements

de santé la pérennité des données les concernant à l'occasion d'un acte ou d'un séjour. En revanche, il y a lieu que ce droit des usagers, à la pérennité et à l'interopérabilité des données conservées, fasse l'objet de dispositions et de sanctions réglementaires obligeant les hébergeurs et contractants des établissements de santé.

Article 14 pour lever l'ambiguïté du statut des GCSMS

L'importation par l'ordonnance de « coordination HPST » dans le secteur social et médico-social des ambivalences et problèmes relatifs aux Groupements de Coopération Sanitaire détenteurs d'autorisation, est intervenue très certainement au-delà

de l'habilitation législative. En effet, l'article 18 de l'ordonnance du 23 février 2010 a rendu applicables aux GCSMS toutes les dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS, sous réserve des dispositions du code de l'action sociale et des familles. Ces modifications conduisent à un flou ju-

ridique qui risque de porter préjudice au dispositif même du GCSMS. L'enjeu se situe sur la transposition ou non aux GCSMS de la distinction entre GCS de moyens et GCS établissements de santé. L'article 14 répond bien à cet enjeu.

Ce que la Proposition de Loi ne résout pas et que la FEHAP propose

Rétablir des GCS équilibrés

La FEHAP et la FHP proposent conjointement un amendement

proposant de rétablir un GCS équilibré pour permettre de lever les blocages sur les coopérations.

Développer la collaboration avec des professionnels de santé libéraux

La possibilité pour les établissements Privés Non Lucratifs d'organiser des collaborations avec des professionnels de santé libéraux, alors qu'ils sont placés concrètement dans l'impossibilité pratique d'y parvenir, du fait de la limitation des honoraires acquittés par l'établissement (et non le patient) en secteur 1 strict. Si cette limita-

tion ne pose pas de difficulté dans certaines disciplines, par exemple la néphrologie ou, pour certains types d'actes, comme la cardiologie interventionnelle en classification commune des actes médicaux (CCAM), à l'inverse des honoraires en secteur 1 strict sont pratiquement inenvisageables en urologie ou dans d'autres spécialités chirurgicales.

Les engagements de service public ouverts aux libéraux et aux ESPIC

Le fait que les engagements de service public n'ont pas lieu d'intervenir que dans des établissements publics de santé, mais également dans des

territoires où la réponse aux besoins de soins de la population prendra la forme d'un exercice médical en ville ou dans des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif.

Article 7 sur les centres de santé

Si la FEHAP comprend l'intention du texte proposé, elle estime que le législateur doit choisir entre un régime juridique de « structure de soins de premier recours », d'une part, et le régime juridique d'établissement de santé, d'autre part. Un régime de suspension s'apparente à un régime d'établissement de santé alors que toutes les autres dispositions régissant les centres de santé les apparentent aux soins de premier recours. Par ailleurs, il apparaît que les centres de santé doivent, au titre du décret paru sur les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens

(CPOM), conclure un CPOM avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. Ce dernier peut comporter des sanctions en cas de manquements aux obligations. La FEHAP suggère donc plutôt de compléter la base législative des décrets d'application déjà parus sur les centres de santé qui ne prévoit pas l'obligation du CPOM pour les centres de santé, sans engager leur réécriture et faire ainsi l'épargne aux professionnels de nouvelles publications dont la valeur ajoutée prête à interrogation.

Sur la procédure contradictoire relative aux évaluations AGGIR et PATHOS (article 13 retiré de la PPL initiale)

Sur la procédure contradictoire relative aux évaluations AGGIR (perte d'autonomie) et PATHOS (besoins de soins techniques) dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

(EHPAD), la FEHAP souhaite que la rédaction issue de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011 concernant cette procédure rétablisse le rôle du représentant légal de l'établissement, oublié dans la rédaction législative.

Le détachement de praticiens hospitaliers ouvert à tous les ESPIC

La possibilité pour les praticiens hospitaliers d'être détachés dans les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) et d'ef-

fectuer dans ces établissements la période probatoire d'une année comme auparavant dans les établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH).

Retoucher l'ordonnance réformant la biologie

Enfin et puisqu'il semble que la proposition de loi puisse être le vecteur de la ratification attendue de plusieurs ordonnances, il y a lieu de souligner que l'ordonnance relative à la réforme de la biologie a oublié

les établissements de santé Privés Non Lucratifs dans sa rédaction et l'existence, dans ces établissements comme dans les hôpitaux publics, de laboratoires d'analyses et de biologie médicale fonctionnant avec des équipes salariées.

Autres propositions

Les amendements proposés par la FEHAP visent également à surmonter des difficultés chroniques, par exemple les problèmes signalés par

le Médiateur de la République sur les frais de transport en CAMSP et CMPP. (Confer le journal du Médiateur de la République n°62 - Janvier 2011).

Pour en savoir plus : www.fehap.fr

Pour toutes questions : communication@fehap.fr

ou par téléphone au 01 53 98 95 14 ou 01 53 98 95 06.