

## Projet de loi relatif à la modernisation du système de santé – Point d'étape pour le Sénat

Les travaux de l'Assemblée Nationale en première lecture concrétisent plusieurs avancées importantes au regard des principales attentes et propositions formulées par la FEHAP et ses fédérations partenaires.

D'autres sujets n'ont quant à eux pas pu évoluer aussi favorablement et appelleront une amélioration lors des travaux au Sénat.

### 1) Les avancées significatives à préserver, du point de vue de la FEHAP :

- **Article 13 – Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie :** les propositions de la FEHAP, avec les représentants d'usagers et des familles (FNAPSY et UNAFAM), la Conférence des Présidents de CME de CHS et la FHF, concernant notamment l'organisation de la psychiatrie, la sectorisation et les points d'articulation avec le secteur social et médico-social sont largement reprises dans cet article 13. Il a fait l'objet d'un communiqué de presse positif des 5 organisations partenaires sur ce dossier.
- **Article 26 – Bloc de Service Public Hospitalier (SPH), Rétablissement des ESPIC :** l'amendement du Gouvernement en Commission des Affaires sociales puis les amendements en séance plénière ont permis d'arriver à une rédaction totalement conforme aux attentes formulées par la FEHAP avec le soutien d'UNICANCER. Ces demandes avaient été travaillées très en amont avec le Cabinet de la Ministre, la Direction des Affaires Juridiques du Ministère et la DGOS : reconstitution d'un bloc de service public hospitalier ; rétablissement du statut d'ESPIC et référencement à la

loi relative à l'économie sociale et solidaire ; différenciation du cadre d'habilitation au SPH des établissements de santé privés non lucratifs par rapport aux autres établissements de santé privés ; habilitation de plein droit des ESPIC à participer au SPH, sauf opposition de leur part ; clarification quant au rôle de la CME dans le processus de demande d'habilitation au SPH (avis simple et non avis conforme pour les établissements de santé privés non lucratifs) ; précision rédactionnelle quant à l'intervention d'un avenant au CPOM pour préciser « *si besoin* » les engagements nouveaux de l'ESPIC habilité de plein droit. Ces avancées ont été saluées par un communiqué de presse conjoint de la FEHAP et d'UNICANCER.

- **Article 26 bis A – Maisons d'accueil hospitalières** : la proposition de la FEHAP -qui a pu associer la FHF, la FMAH, la FNH-VIH, l'UNAPECLE, UNICANCER et l'UNIOPSS- de conférer un statut aux maisons d'accueil hospitalières, en établissant un nouveau chapitre du code de la santé publique, a reçu le soutien des parlementaires et du Gouvernement. Cette reconnaissance s'inscrit dans l'analyse fine des risques sérieux de requalification et de sanction juridictionnelles en établissement de santé d'activités d'hébergement non médicalisé en proximité d'établissement de santé, en identifiant un statut *sui generis* dans le code de la santé publique, au voisinage des centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires lesquels ne sont NI établissement de santé, NI établissement social et médico-social. Cette approche complète donc l'expérimentation des « hôtels hospitaliers » prévue par la LFSS 2015, sachant que pour leur part les « hôtels » ont plutôt vocation à devenir des marchés conclus par les hôpitaux et cliniques avec des groupes d'hôtellerie, ou bien des activités filialisées ou sectorisées d'établissements de santé, leur recherche de marges de gestion et le principe de concurrence en hôtellerie appelant *ipso facto* une fiscalisation commerciale (dixit le Ministère). Pour leur part, les maisons d'accueil hospitalières ouvrent un nouvel espace de valorisation de l'engagement bénévole et du mécénat, au service des patients et de leurs accompagnants, pour les organismes gestionnaires d'établissements de

santé. Cette avancée a été saluée par un communiqué des 7 organisations partenaires.

- **Article 26 ter - Rapport au Parlement pour l'élaboration d'une MIG (mission d'intérêt général) pour les établissements de santé de tous statuts fonctionnant sans aucun dépassement d'honoraires** : cette proposition de la FEHAP soutenue par UNICANCER, avait été reprise lors des travaux de la Commission des Affaires sociales. Elle a été maintenue lors des débats en séance plénière, en dépit de nombreux amendements de l'opposition visant à la supprimer. Elle a également été saluée par un communiqué.
- **Article 27 – Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)** : la FEHAP avait 2 points de vigilance spécifiques quant au GHT, soutenue en cela par UNICANCER : les modalités d'association des établissements privés au groupement et la notion de « *projet médical unique* », locution trop monolithique pour assurer un niveau d'articulation équilibré entre partenaires publics et privés autour de GHT à venir. Le travail parlementaire a pu faire évoluer le texte sur ces 2 points en prévoyant un mécanisme d'association conventionnel au GHT pour les établissements privés d'une part, et en inscrivant la notion de « *projet médical partagé* » au cœur du nouveau concept législatif du GHT.
- **Article 27bis – Exploitation d'autorisations d'activités de soins dans le cadre du GCS de moyens** : les travaux en Commission des Affaires sociales, et en amont avec le Cabinet, ont permis un rééquilibrage du projet de loi qui, d'un côté, rendait possibles les transferts d'activité au sein du GHT tout en renvoyant, d'un autre côté et pour les gestionnaires privés, à la réforme ultérieure du GCS par voie d'ordonnance. L'article 27bis concrétise la demande conjointe de la FEHAP et d'UNICANCER de réparer cette dissymétrie du projet de loi et de rétablir une approche pragmatique de la coopération d'activités entre membres d'un groupement de coopération sanitaire pour des autorisations d'activités de soins dont ils resteront titulaires, sans être tenus d'établir un GCS-Etablissement de Santé (issu de la Loi HPST). Cette avancée a été saluée dans un communiqué conjoint de la FEHAP et d'UNICANCER. Ainsi et suite à la Loi Fourcade puis à l'adoption de l'article 44 du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, sur les GCSMS, la FEHAP a pu faire progresser (ou rétablir)

l'idée de coopérations qui ne s'apparent pas ou ne se résument pas à des fusions, tant dans le champ sanitaire que social et médico-social.

- **Article 27 sexies – cadre législatif et réglementaire de l'organisation financière des établissements PNL ex-DG, bénéfice de l'échelle publique des tarifs et dotations** : cet amendement proposé par la FEHAP et soutenu par UNICANCER a été adopté par la Commission et le Gouvernement. Il est extrêmement important car il permet d'inscrire dans le projet de loi l'alignement des règles relatives à l'organisation financière des établissements PNL ex-DG, ESPIC ou non, sur celles des Etablissements Publics de Santé. L'article 27 sexies vise donc le bénéfice de l'échelle publique des tarifs et dotations pour les établissements de santé privés non lucratifs ex-DG, de court séjour comme de SSR et de psychiatrie. Cet article parachève ainsi les dispositions de la LFSS 2013 mettant fin à la convergence tarifaire –laquelle était en filigrane de la Loi HPST- et il pérennise la situation des établissements de santé privés non lucratifs ex-DG, qui étaient –jusqu'au projet de loi- encore dans un régime juridique et financier provisoire (jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016).
- **Article 29 – inscription des centres de santé et ESMS comme lieu de stage / Centre de santé universitaire** : deux points importants figurent dans cet article, compte tenu de la présence des adhérents de la FEHAP sur les activités hospitalières mais aussi de premier recours et médico-sociales. L'article inscrit les centres de santé et les ESMS comme lieux de stage potentiels pour les étudiants infirmiers. Il crée également le centre de santé pluri-professionnel universitaire, pouvant ouvrir des perspectives d'activité de recherche pour ces activités de premier recours.
- **Article 38 – Principe d'évaluation des besoins pour fonder la planification régionale de l'offre, sanitaire, sociale et médico-sociale** : La FEHAP, soutenue par l'APF, l'UNAPEI, la Mutualité française et la FEGAPEI, s'était étonnée de ce que le texte du projet de loi fasse disparaître le principe d'évaluation des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux comme fondement de la planification régionale de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale. Les débats parlementaires ont permis de revenir sur ce point, qui constituait l'une des deux propositions de la FEHAP sur l'article 38, article 38 qui figure sans doute parmi les dispositions les plus

importantes du projet de loi en termes d'impact à moyen terme pour les organismes gestionnaires. Les organisations partenaires ont salué cette première avancée dans un communiqué de presse conjoint, mais fait part de leur déception commune devant l'absence d'avancée du second point (confer infra pour le second point).

- **Article 49 – intégration des usagers dans la gouvernance des établissements habilités au Service Public Hospitalier / et évolution de commission médicale d'établissement des établissements de santé PNL :** A la demande de la FEHAP, le texte distingue la représentation médicale dans les établissements de santé de statut commercial, organisée sous forme de conférence rassemblant les praticiens libéraux, de celle prévue pour les établissements de santé PNL, fonctionnant sur un principe électif du fait de leur effectif et de leur statut très majoritairement salarié. Cette rédaction met donc un terme aux difficultés soulevées par la loi HPST qui - en élargissant au PNL les conférences médicales formées de droit par tous les praticiens d'un établissement – exposait les gestionnaires à un risque juridique aux gestionnaires d'établissements (risque déjà concrétisé par un contentieux devant un TGI sur une composition de CME d'un adhérent de la FEHAP).

L'article 49 prévoit également que dans les établissements privés habilités au SPH, deux représentants issus d'associations d'usagers agréées (amendement issu du CISS) intègrent la gouvernance des établissements de santé (Conseil d'Administration, conseil de surveillance, instance habilitée à cet effet,...) : A ce sujet, la FEHAP comprend la démarche du CISS d'appuyer ces représentations sur l'assise de l'agrément. Toutefois l'agrément ne vise pas toutes les organisations significatives de l'implication des usagers : ainsi les organisations de personnes âgées et retraitées, ou encore les associations néphalistes dans le domaine des addictions. L'agrément reflète déjà un certain niveau d'organisation et de reconnaissance, tandis qu'il convient bien de permettre à d'autres sensibilités d'être présentes. Pour cette raison, la FEHAP propose un « ajustement rédactionnel », en prévoyant qu'au sein des deux représentants des usagers, figure « **au moins un** » représentant d'association agréée. Cette formulation n'interdirait pas que les deux

représentants soient issus d'associations agréées mais permettrait, si nécessaire, de mixer les représentations.

- **Article 51 – durée des autorisations d'activité de soins et d'équipements médicaux lourds (EML)** : l'article 51 habilite le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance pour réviser le régime juridique des autorisations d'activités de soins. La proposition de la FEHAP d'y insérer une ouverture pour augmenter la durée des autorisations sanitaires a été reprise par les parlementaires à l'occasion des débats et l'exposé des motifs de l'amendement n° 2128 fait explicitement référence à l'idée d'un passage à une durée de 10 ans qui est l'hypothèse que nous avons formulée (contre 5 ans aujourd'hui, avec beaucoup d'énergie gaspillée de part et d'autres dans les procédures de renouvellement). Pour ceux qu'un prolongement de durée pourrait étonner, en rapport avec une préoccupation de restructuration de l'offre, il y a lieu de rappeler que l'article 38 du projet de loi introduit la notion de schéma-cible à 10 ans, mais aussi de préciser qu'en l'état des textes sur la planification, le schéma régional d'organisation des soins peut être révisé par le DG-ARS à tout moment. Au regard de cette prérogative qui peut rendre incompatible toute autorisation de soins, la FEHAP estime que la modernité se situerait plutôt dans des autorisations de 10 ans –simplification et économies administratives- avec une possibilité pour le DG-ARS de réviser l'autorisation si les résultats du gestionnaire, du point de vue des indicateurs qualité et de la certification, sont insuffisants (au-delà de la compétence de révision du SROS).

## **2) Les points de vigilance et de propositions du point de vue de la FEHAP pour l'examen du projet de loi par le Sénat :**

### **a. Sujets déjà évoqués à l'Assemblée Nationale :**

- **Article 38 – planification régionale de l'offre sociale et médico-sociale, remise en question des autorisations médico-sociales en cours de validité** : compte tenu du caractère opposable donné au projet régional de santé (PRS) concernant les implantations médico-sociales, (dispositif normatif

déjà bien connu dans le secteur sanitaire), la FEHAP s'est mobilisée depuis plusieurs mois pour que le texte soit ré-équilibré en intégrant des garanties procédurales et de fond concernant les autorisations médico-sociales qui deviendraient incompatibles lors d'un changement de schéma (il y a lieu de noter qu'une révision peut intervenir à tout moment, en tout ou partie du PRS). Dans sa démarche, la FEHAP a reçu le soutien de l'APF, de l'UNAPEI, de la Mutualité française et de la FEGAPEI. Le Gouvernement a repoussé l'amendement du groupe RRDP n°2251 visant à structurer une procédure claire et équilibrée de révision des autorisations médico-sociales. Toutefois, Marisol Touraine a indiqué lors de la séance publique que *« ce sujet est sérieux, la concertation se poursuit mais, à ce stade, je ne peux qu'émettre un avis défavorable. »*

En tout état de cause, l'analyse de la FEHAP concernant cet article a été pleinement confirmée par le débat parlementaire, et notamment les propos tenus en séance publique par la Rapporteur de cette partie du texte, Hélène Geoffroy. Ces propos contredisent complètement les analyses de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), laquelle a soutenu en réunion, le 2 avril, que ces dispositions de l'article 38 ne modifieraient en rien le droit existant.

A l'horizon de l'examen du projet de loi par le Sénat, le principal enjeu des travaux avec le Gouvernement et les sénateurs sera donc de travailler à une évolution qui encadre et sécurise la possible remise en cause des autorisations médico-sociales en cours de validité, situation très nouvelle dans le dispositif de planification régionale de l'offre médico-sociale.

- **Prévention des conflits d'intérêts** : la proposition d'interdire aux entreprises fabriquant/commercialisant/distribuant/important des médicaments ou dispositifs médicaux de gérer un établissement de santé, un centre de santé ou un établissement médico-social n'a pas pu aboutir devant l'Assemblée Nationale. Les amendements 2244 et 1967, respectivement du groupe RRDP et GDR, ont été soutenus, et la Ministre a indiqué partager comme priorité la lutte contre les conflits d'intérêts mais ne pas pouvoir retenir le dispositif proposé compte tenu d'effets collatéraux sur certains établissements publics, tels l'Etablissement Français du Sang, ou sur les

établissements de santé qui peuvent être fabricants de médicaments ou dispositifs médicaux. C'est donc sur le périmètre rédactionnel, davantage que sur le principe, que les réticences se sont manifestées à l'Assemblée Nationale. L'objectif sera donc de retravailler en conséquence la proposition d'amendement en prévision des travaux avec le Sénat.

- **Correction de l'article 30 quater qui, en matière de coopération internationale et d'accueil de médecins et de pharmaciens étrangers, ne cite que les établissements publics de santé (et omet les établissements de santé privés d'intérêt collectif) :** Il y a lieu de souligner que les conclusions du rapport de Jean de Kervasdoué, sur l'accueil en France de patients étrangers solvables, met en avant la place plus que proportionnelle tenue par les établissements de santé privés non lucratifs.

**b) Sujets nouveaux pour la lecture du Sénat :**

- **Accès aux données de santé pour les fédérations hospitalières représentatives : le projet de loi, en son article 47, place les fédérations hospitalières représentatives dans une position peu satisfaisante concernant l'accès aux données de santé.** En effet, la rapporteur a indiqué en séance que les fédérations n'auraient pas d'accès permanent au SNDS mais un accès dont le périmètre dépendra de la demande réalisée et de l'accord de la CNIL, c'est-à-dire la procédure standard réservée à toute demande d'utilisation.

Extrait des débats à l'Assemblée Nationale : *« La commission est défavorable à cet amendement, car les fédérations hospitalières ne sont pas tout à fait dans la même situation que les organismes qui disposeront d'un accès permanent à certaines catégories de données du système national de données de santé. Elles représentent tout de même les intérêts de leurs membres. L'accès permanent à certaines catégories de données se justifie par l'exercice de missions de service public. Ces fédérations ne relèvent pas du décret prévu par cet alinéa. Bien entendu, elles auront accès aux données du SNDS issues du système d'information hospitalier,*



*comme elles y ont accès aujourd'hui, sur la base d'une autorisation de la CNIL.»*

Ce point pose problème aux fédérations car nous avons un courrier ministériel daté de novembre 2014 qui indique que « *certaines organismes chargés d'une mission de service public disposeront en outre, comme aujourd'hui, d'un accès permanent aux catégories de données nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. La liste de ces organismes n'est pas fixée à ce stade ; les fédérations d'établissements, n'étant pas elles-mêmes des organisations à but lucratif, pourront faire une demande dans ce cadre. »*

- **Consultation pour avis des fédérations hospitalières et médico-sociales représentatives, avant l'agrément ministériel des avenants conventionnels :** Chaque année délivre son nouveau lot d'accords conventionnels qui ont des impacts collatéraux sérieux dans les activités sanitaires ou médico-sociales sans qu'ils aient pu être prévenus ou anticipés par les fédérations (comme par la DGOS et la DGCS pour leur part). C'est le cas de l'accord récemment conclu sur la nomenclature infirmière, notamment pour les perfusions (impact sur l'HAD), ainsi que sur les honoraires de dispensation des pharmaciens d'officine (impact sur les EHPAD et l'HAD). C'était également le cas les années précédentes sur la majoration des médecins généralistes pour les consultations auprès des personnes âgées (impact EHPAD), ou encore de la MCI, majoration de coordination infirmière, pour les HAD, SSIAD et activités de dialyse à domicile. Le Ministère expose régulièrement, dans les débats parlementaires, que cette concertation existe « de fait » avec les fédérations : il y a lieu d'apporter un démenti formel par rapport à cet évitement. Et d'inclure une procédure qui évite la répétition continue de cet état de fait.
  
- **Situations médicales salariées transitoires :** Les CDD dérogatoires de 4 ans maximum qui servaient de base de recrutement pour les lauréats aux épreuves de vérification des connaissances sont

destinés à disparaître au 1<sup>er</sup> janvier 2016 (article L. 6161-7 du Code de la Santé publique temporairement maintenu). Leur maintien serait bienvenu.

- **Intégration dans le cursus des masseurs-kinésithérapeutes libéraux d'une période obligatoire en établissement de santé ou médico-social, avant une installation en libéral** : Il s'agit ici de prévoir les mêmes dispositions que pour les infirmiers. Cette expérience concrète en établissement est une excellente préparation pour un exercice plus fluide et décloisonné entre pratique de ville et exercice en établissement hospitalier et médico-social.
- **Statut des ESsmsPIC (Etablissement et Service social et médico-social Privé d'Intérêt Collectif)** : la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) n'a jamais pris le décret d'application appelé par l'article 124 de la Loi HPST, instituant le statut d'ESsmsPIC à l'instar du statut d'ESPIC du champ sanitaire. Elle a reçu pourtant des propositions construites et conjointes de la FEHAP, de la Croix-Rouge Française et de la FEGAPEI. Il est proposé d'ajuster le statut législatif d'ESsmsPIC pour contourner le blocage administratif constitué par la non-parution continue du décret d'application.