

Projet de loi de modernisation de notre système de santé

Analyses et propositions de la FEHAP après examen du texte en 1^{ère} lecture à l'Assemblée nationale

EDITO



La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP) Privés Non Lucratifs a suivi attentivement l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé en commission des affaires sociales puis lors de la séance publique à l'Assemblée nationale.

A cette occasion, la FEHAP a salué les avancées du texte suite aux travaux des députés, dont notamment :

- La conception cohérente d'un bloc de service public hospitalier ;
- Le rétablissement des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) ;
- Le retour, six ans après la loi HPST, des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens, pouvant exploiter en commun des autorisations d'activités de soin ;
- La création du statut de maison d'accueil hospitalière (MAH) dans le code de la santé publique ;
- Une définition législative affirmant l'importance des missions et de l'organisation sectorielle de la psychiatrie de service public, tout en actualisant les termes et modalités ;
- Une approche décloisonnée de la politique de promotion de la santé mentale, impliquant également les usagers et leurs proches dans sa conception, comme les professionnels du champ social et médico-social dans sa mise en œuvre.

La FEHAP souhaite vivement que les sénateurs préservent ces dispositions lors de l'examen du projet de loi devant la Haute Assemblée **et puissent**, par ailleurs, **faire encore évoluer le texte de loi sur quelques dispositions dont l'une est considérée comme préoccupante** par notre fédération, soutenue en cela par l'APF, l'UNAPEI, la FEGAPEI et la Mutualité Française. **Cette disposition porte sur la planification de l'offre sociale et médico-sociale régionale.** Notre demande est que des garanties de fond et de procédure soient mises en place, dans les cas où des autorisations deviendraient incompatibles avec le projet régional de santé.

Cette lettre met en perspective les analyses de la FEHAP relatives à ce projet de loi et quelques propositions d'amélioration, autant de sujets également d'échanges de proximité avec les nombreuses structures adhérentes de la FEHAP, sanitaires, sociales et médico-sociales, dans les territoires que vous représentez.

Antoine Dubout,
Président

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

- ▶ **Surlignées 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 reformulations parlementaires du point de vue de la FEHAP.



Découvrez aussi le n° 238 Janvier/Février de notre revue « **Perspectives Sanitaires & Sociales** » relatif au projet de loi de santé

<http://perspectives.fehap.fr>

Point d'étape à l'issue des travaux en première lecture par l'Assemblée Nationale

Les travaux de l'Assemblée nationale en première lecture traduisent plusieurs avancées parmi les propositions formulées par la FEHAP. D'autres sujets n'ont quant à eux pas pu évoluer aussi favorablement et appellent une amélioration lors de la suite des travaux au Parlement.

ARTICLE 13

LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE ET L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE

Comme la FEHAP le souhaitait, l'article 13 du projet de loi de modernisation du système de santé comporte des avancées conséquentes relatives à la politique de santé mentale et de l'organisation de la psychiatrie et des établissements.

La FEHAP accueille ainsi positivement l'approche décloisonnée de la politique de promotion de la santé mentale, qui implique les usagers et leurs proches dans sa conception, comme les professionnels du champ social et médico-social dans sa mise en œuvre. **Les propositions conjointes de la FEHAP**, des représentants d'usagers et des familles, de la Conférence des Présidents de commissions médicales d'établissements (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS) et de la Fédération Hospitalière de France (FHF), **concernant notamment le dispositif de sectorisation sont largement reprises**. L'article 13 issu des débats de l'Assemblée nationale comporte **d'autres dispositions positives pour le secteur sanitaire, social et médico-social**. C'est le cas de l'intégration des conseils locaux de santé et de santé mentale dans la démocratie sanitaire de proximité, articulée avec les conseils territoriaux de santé, ou encore de l'adaptation des Groupements Hospitaliers de Territoire pour les établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie.

ARTICLE 17

L'AJOUT D'UN ARTICLE ADDITIONNEL SUR LES CENTRES DE SANTÉ AFIN QU'ILS PUISSENT S'APPUYER SUR LES COMPÉTENCES LIBÉRALES COMME SUR LES SALARIÉS

La FEHAP a souhaité que **les centres de santé puissent éventuellement mobiliser les compétences de médecins libéraux** honorés en secteur 1. Cette proposition a été étonnamment déclarée irrecevable et n'a pu être étudiée par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ainsi qu'au moment de l'examen en séance publique. D'autant que, la mixité statutaire des équipes médicales paraît participer du bon sens pragmatique de l'organisation d'une accessibilité territoriale améliorée aux soins de premier recours. De plus, la faculté pour les centres de santé de travailler avec les médecins libéraux **n'engendrerait pas d'augmentation des charges pour l'assurance maladie** : durant le temps de travail que les médecins libéraux consacraient aux centres de santé, ils ne travailleraient pas ailleurs. **L'opération est donc à coût constant et n'est pas une charge supplémentaire pour l'assurance maladie**.

ARTICLE 26

LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

L'amendement du Gouvernement en Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale puis les amendements en séance ont permis une rédaction répondant aux attentes conjointes de la FEHAP et d'UNICANCER. Ainsi, **la conception cohérente d'un bloc de service public hospitalier est saluée par la fédération**. Ensuite, **la réintégration des ESPIC** comme acteurs naturels du Service Public Hospitalier via un mécanisme d'habilitation de plein droit, sauf opposition de leur part, **apparaît comme une évolution positive et majeure du projet de loi**, puisqu'à l'instar du projet de loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en son temps, le privé non lucratif et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) avaient disparu du projet de loi adopté en Conseil des Ministres le 15 octobre 2014 !

ARTICLE 26 BIS A

SUR LES MAISONS D'ACCUEIL HOSPITALIÈRES

La proposition de la FEHAP de reconnaître les Maisons d'Accueil Hospitalières (MAH) dans le code de la santé publique a reçu le soutien des parlementaires et du Gouvernement à travers l'article 26 bis A du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Cette proposition fédère la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privé Non Lucratif (FEHAP), la Fédération Hospitalière de France (FHF), la Fédération des Etablissements d'Accueil de familles d'Hospitalisés (FNEAH), la Fédération Nationale d'Hébergement - Virus de l'Immunodéficience Humaine (FNH-VIH), l'Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants atteints de Cancer ou de Leucémie (UNAPECLE), UNICANCER et l'Union Nationale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés non lucratifs Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS). **Les MAH sont des structures d'hébergement non médicalisé mises en place à proximité des établissements de santé pour proposer des solutions d'hébergement aux usagers et à leurs proches, dans des conditions très sociales grâce au bénévolat et au mécénat** hospitalier et municipal le plus souvent. Ces établissements concourent au projet thérapeutique des malades pris en charge en ambulatoire et participent à la logique de parcours de soins. L'article 26 bis A a donné un statut aux activités d'intérêt général mises en œuvre par les MAH en prévoyant un régime de déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de vérification des conditions de fonctionnement.

ARTICLE 26 TER

RAPPORT AU PARLEMENT SUR UNE MISSION D'INTÉRÊT GÉNÉRAL POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ FONCTIONNANT SANS DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

La FEHAP salue le fait que sa proposition conjointe avec UNICANCER, reprise lors des travaux de la Commission des Affaires sociales, ait été maintenue lors des débats parlementaires en séance publique à l'Assemblée nationale. Elle souhaite que cela puisse être également le cas au Sénat.

Cet article propose de répondre à l'attente forte des usagers d'être mieux protégés de l'appréhension du dépassement d'honoraires en établissement de santé, en encourageant et en soutenant les établissements, de tous statuts, qui s'organisent en conséquence via l'institution de cette mission d'intérêt général (MIG).

ARTICLE 27

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)

La FEHAP avait deux points de vigilance spécifiques concernant les GHT : Les modalités d'association des établissements privés aux groupements et la notion de « projet médical unique ». Grâce au travail parlementaire, **des évolutions très positives sont apparues** sur ces deux points. Un mécanisme d'association conventionnelle aux GHT pour les établissements privés, d'une part, est prévu : **les établissements privés peuvent être partenaires d'un GHT sans être intégrés au groupement**. D'autre part, **la notion de « projet médical partagé »** au sein du GHT est dorénavant inscrite dans le projet de loi, notion beaucoup moins monolithique, **qui constitue une avancée pour des partenariats avec des établissements privés non lucratifs**.

ARTICLE 27 BIS

L'EXPLOITATION D'AUTORISATIONS D'ACTIVITÉS DE SOINS DANS LE CADRE DU GROUPEMENT DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS) DE MOYENS

Les travaux en Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, et en amont avec le Cabinet de la Ministre de la santé, ont permis un rééquilibrage du projet de loi qui rendait possible les transferts d'activité au sein du GHT tout en renvoyant à plus tard la réforme du GCS par voie d'ordonnance. Il est pourtant nécessaire d'avoir équitablement un schéma équivalent pour les gestionnaires privés. **L'article 27bis concrétise une approche pragmatique de la coopération d'activités entre membres d'un groupement** pour des autorisations dont ils restent titulaires, approche appelée de ses vœux conjointement par la FEHAP et UNICANCER. Il autorise les GCS de moyens à exploiter une autorisation d'activité de soins ou d'équipement matériel lourd. **Le retour du GCS de moyens pouvant partager la gestion d'une activité de soin est demandé par la FEHAP et UNICANCER depuis six ans** (loi HPST). Elle est de nature à revenir à une conception opérationnelle des coopérations entre établissements de santé, en lieu et place d'une notion très « institutionnelle » (créer une nouvelle structure, une nouvelle gouvernance, un nouveau budget...). Cette évolution rééquilibre le projet de loi au regard du dispositif prévu à l'article concernant les transferts d'activité entre établissements publics de santé, membres d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

ARTICLE 27 SEXIES

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE DE L'ORGANISATION FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS NON LUCRATIFS EX-DG

L'article intègre l'organisation financière des établissements de santé privés non lucratifs de manière pérenne dans le code de la santé publique, en sortant des dispositions transitoires et précaires issues de la loi HPST, évolution saluée conjointement par la FEHAP et UNICANCER. Cet amendement soutenu par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale et par le Gouvernement a permis d'inscrire dans le projet de loi l'alignement des règles relatives à l'organisation financière des établissements sanitaires privés non lucratifs ex-DG, sur celles des Etablissements Publics de Santé.

ARTICLE 29

L'INSCRIPTION DES CENTRES DE SANTÉ ET ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX (ESMS) COMME LIEUX DE STAGES ET LA CRÉATION DES CENTRES DE SANTÉ UNIVERSITAIRES



L'article 29 comporte deux points importants pour la FEHAP sur les activités de premier recours et médico-sociales. Le premier permet les stages infirmiers non seulement dans les établissements de santé mais aussi dans les établissements médico-sociaux et les centres de santé. Le second crée le centre de santé pluri-professionnel universitaire, ce qui permet ainsi de soutenir des activités de recherche pour les centres de santé. Les futurs professionnels de santé énoncent massivement une préférence pour le salariat

et l'exercice pluri-professionnel : la reconnaissance des centres de santé dans le projet de loi s'inscrit dans ce nouveau contexte sociologique et culturel. La FEHAP a publié un ouvrage qui fait déjà référence sur le sujet, en novembre 2014 (« *Les centres de santé : une géographie rétro-prospective* »). Elle le tient à la disposition des parlementaires qui le souhaitent.

Ce dispositif améliorera également la connaissance des différentes structures, de leur champ d'intervention et de leurs missions pour les futurs professionnels.

ARTICLE 30 QUATER

LA CORRECTION SUR LA COOPÉRATION INTERNATIONALE ET L'ACCUEIL DE MÉDECINS ET DE PHARMACIENS ÉTRANGERS

Après l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale, le projet de loi prévoit une habilitation à la coopération internationale et à l'accueil de médecins et de pharmaciens étrangers uniquement pour les établissements publics de santé et en omet l'application pour les établissements de santé privés non lucratifs. Pourtant, dans ses conclusions, le rapport de Jean de Kervasdoué sur l'accueil en France de patients étrangers en lien direct avec les échanges médicaux met en avant la place plus que proportionnelle tenue par les établissements de santé privés non lucratifs. La FEHAP souhaite ainsi que l'habilitation soit étendue aux établissements du secteur privé non lucratif lors de l'examen du projet de loi par le Sénat.

ARTICLE 30 QUINQUIES

L'INSTAURATION D'UNE DISPOSITION SUR L'INTÉGRATION DANS LE CURSUS DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX D'UNE PÉRIODE OBLIGATOIRE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ OU MÉDICO-SOCIAL, AVANT UNE INSTALLATION EN LIBÉRAL

L'objet est ici de prévoir les mêmes dispositions que celles prévues pour les infirmiers. L'expérience concrète en établissement de santé ou médico-social est une excellente préparation pour les futurs professionnels et permet un exercice plus fluide et décloisonné entre pratique de ville et exercice en établissement hospitalier et/ou médico-social.

L'ARTICLE 34 QUATER

LES COLLABORATIONS MÉDICALES TRANSITOIRES

Les Contrats à Durée Déterminée (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 1er janvier 2016 (article L. 6161-7 du Code de la Santé publique temporairement maintenu). **Leur maintien serait bienvenu.**

ARTICLE 36

AJOUT D'UN ARTICLE ADDITIONNEL SUR LA 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 encore avancer devant le Parlement. Logiquement, **cette judicieuse proposition** portée à la fois par le groupe RRDP, GDR et écologiste de l'Assemblée nationale **précisait que des industriels ou des grands laboratoires fabricants de médicaments ou de dispositifs médicaux** dans le domaine de la santé **n'étaient pas habilités à détenir et gérer des autorisations sanitaires ou médico-sociales**. Cela reviendrait pour ces groupes industriels à la possibilité d'établir une chaîne continue, de l'usine au patient lui-même, y compris à domicile, alors que la séparation des rôles est l'un des principes fondamentaux de la sécurité sanitaire qui nous a été douloureusement enseignée par l'affaire du sang contaminé. **Aussi étonnant que cela puisse paraître, les codes de la santé publique et de l'action sociale et des familles ne comportent pas cette précaution évidente**, alors qu'elle a été prévue pour éviter la prise de contrôle capitalistique de laboratoires d'analyse et de biologie médicale.

L'amendement a été soutenu, et **la Ministre a indiqué partager également comme priorité la lutte contre les conflits d'intérêts**. Elle a cependant estimé ne pas pouvoir retenir le dispositif proposé compte tenu de ses effets collatéraux sur certains établissements publics tels l'Etablissement Français du Sang (EFS), ou sur les établissements de santé dont les Pharmacies à Usage Intérieur peuvent être fabricants de préparations ayant le statut de médicaments. **C'est donc sur la rédaction et son périmètre davantage que sur le principe que les réticences se sont manifestées. D'autant que la Conférence Nationale de Santé, qui a inspiré ces initiatives, a rendu un avis très explicite à ce sujet le 9 septembre 2014**, en estimant qu'une « *disposition de la loi interdisant ce double positionnement [fabricant et gestion d'activités] serait nécessaire, car la confusion de ces deux rôles constituerait un risque très sérieux en termes d'indépendance de prescription des praticiens des établissements et services concernés, et surtout, d'exercice des responsabilités et signalements dans le domaine des vigilances sanitaires* ».

Une proposition d'amendement vous est proposée sur cette question.

ARTICLE 38

L'AJOUT D'UNE AMODIATION POUR INTRODUIRE LA NOTION DE ZONE PRIORITAIRE D'IMPLANTATION DE CENTRES DE SANTÉ DANS LA PLANIFICATION RÉGIONALE

La FEHAP regrette que sa proposition d'introduction du concept de Zone Prioritaire d'Implantation de Centres de Santé n'ait pas été accueillie à l'Assemblée nationale. Cette proposition fait suite aux travaux et publications de la FEHAP en lien avec le Professeur Emmanuel Vigneron sur l'intérêt des centres de santé, pour une programmation volontariste de l'accessibilité financière et territoriale aux soins de santé primaires. Si le projet de loi affirme à l'article 17 une forme de « droit à la transposition » des dispositions conventionnelles pour les centres de santé, ce qui est une bonne chose, **il serait bienvenu d'aller plus loin en définissant dans le cadre de l'article 38 une politique volontariste précisant des Zones prioritaires d'implantation de centres de santé.**

ARTICLE 38

PARACHEVER LE STATUT DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX PRIVÉS D'INTÉRÊT COLLECTIF (ESSMSPIC)

Malgré les propositions construites et conjointes de la FEHAP, de la Croix-Rouge française et de la FEGAPEI, 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 de 2009** qui prévoyait l'institution du statut d'ESSmsPIC à l'instar du statut d'ESPIC du champ sanitaire. **La FEHAP propose**, dans la suite de son engagement avec la Croix-Rouge française et de la FEGAPEI, sur ce sujet, **d'ajuster le statut d'ESSmsPIC afin de contourner le blocage administratif constitué par la non-parution du décret d'application depuis six ans !**

ARTICLE 38

LE PRINCIPE D'ÉVALUATION DES BESOINS POUR FONDER LA PLANIFICATION RÉGIONALE DE L'OFFRE

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 de l'offre sanitaire et médico-sociale. Les débats parlementaires à l'Assemblée nationale ont permis de revenir sur ce point, avec l'adoption de l'amendement 2250 qui constituait l'une des deux propositions de la FEHAP sur l'article 38 qui figure parmi les articles les plus importants du texte en terme d'impact à moyen terme. **La FEHAP souhaite évidemment que cette évolution importante soit préservée par le Sénat, mais aussi complétée.**



ARTICLE 38

LA PLANIFICATION DE L'OFFRE SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE ET LA NÉCESSITÉ D'INSÉRER UNE VÉRITABLE PROCÉDURE DE RÉVISION DES AUTORISATIONS MÉDICO-SOCIALES

Compte tenu du caractère opposable donné au schéma régional de santé concernant les implantations médico-sociales, la FEHAP s'est depuis plusieurs mois mobilisée pour que le texte soit équilibré en ménageant des garanties procédurales et de fond concernant les autorisations qui deviendraient incompatibles lors d'un changement de schéma. Elle a reçu le soutien de l'APF, de l'UNAPEI, de la Mutualité française et de la FEGAPEI sur ce sujet. **Dans l'état actuel du projet de loi**, le devenir des autorisations médico-sociales pourrait désormais être interrogé par la nouvelle planification régionale, alors que **les garanties de fond et de procédure ne sont pas prévues à la hauteur de ce nouvel enjeu**. Le schéma régional pourrait à l'avenir prévoir des fermetures, des relocalisations ou regroupements imposés d'établissements et de services médico-sociaux, alors qu'à ce jour, le renouvellement des autorisations médico-sociales est - en droit - exclusivement subordonné aux résultats de l'évaluation externe. **La FEHAP et ses partenaires** ne contestent pas la légitimité d'une planification de l'offre en rapport avec l'évolution des besoins, bien entendu, mais elles **attendent un recadrage et un rééquilibrage sur le fond et la procédure**.

Lors de l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a repoussé l'amendement 2251 qui visait à structurer une procédure équilibrée de révision des autorisations. **Marisol Touraine a indiqué: « 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 confirmée par le rapporteur en séance publique, et le principal enjeu des travaux avec les parlementaires sera donc de travailler à une évolution qui sécurise le dispositif de planification de l'offre médico-sociale. Une proposition d'amendement de la FEHAP vous est donc suggérée en ce sens.**

ARTICLE 40

L'INSTAURATION D'UNE CONSULTATION POUR AVIS DES FÉDÉRATIONS HOSPITALIÈRES ET MÉDICO-SOCIALES REPRÉSENTATIVES, AVANT L'AGRÈMENT MINISTÉRIEL DES AVENANTS CONVENTIONNELS

De nombreux accords conventionnels émanant des ministères ont des impacts collatéraux sérieux dans les activités sanitaires ou médico-sociales sans qu'ils aient pu être prévenus ou anticipés par les fédérations. C'est le cas de l'accord récemment conclu sur la nomenclature infirmière, notamment pour les perfusions (impact sur l'Hospitalisation à Domicile – HAD et les Services de Soins Infirmiers à Domicile – SSIAD), ainsi que sur les honoraires de dispensation des pharmaciens d'officine (impact sur les EHPAD et l'HAD). Les années précédentes ont connu les mêmes difficultés : la majoration des médecins généralistes pour les consultations auprès des personnes âgées a impacté les EHPAD, ou encore la majoration de coordination infirmière qui a impacté l'HAD, les services de soins infirmiers à domicile et les activités de dialyse à domicile.

Le ministère de la Santé énonce régulièrement dans les débats parlementaires, sur cette question, **qu'une concertation avec les fédérations existe « de fait ».** Mais cela ne se vérifie pas, cas après cas. **La FEHAP souhaite donc qu'une procédure soit prévue pour résoudre cette difficulté récurrente.**

ARTICLE 47

LES DONNÉES DE SANTÉ

Lors du débat devant l'Assemblée nationale, **la rapporteur a indiqué que les fédérations n'auraient pas d'accès permanent au Système National des Données de Santé mais uniquement un accès dont le périmètre dépendra de la demande réalisée et de l'accord de la CNIL.** Cet accès limité correspond à la procédure standard réservée à toute demande d'utilisateur de droit commun. Pourtant, un courrier ministériel daté de novembre 2014 indiquait que « certains organismes chargés d'une mission de service public disposeront (...) 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 ». **Le projet de loi, en l'état actuel, place donc les fédérations hospitalières et médico-sociales représentatives dans une position peu satisfaisante quant à l'accès à des données auxquelles elles concourent,** en termes de qualité et d'exhaustivité, par leur action auprès de leurs adhérents.

ARTICLE 49

LA COMMISSION MÉDICALE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS NON LUCRATIFS

Le texte distingue la représentation médicale dans les établissements de statut commercial organisée sous forme de conférence, de celle prévue pour les établissements privés non lucratifs (PNL) dans le cadre d'une commission, fonctionnant sur un principe électif. **Cette rédaction tient compte du statut salarié (et sans dépassement d'honoraires) de l'immense majorité des médecins des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Elle met donc un terme aux difficultés soulevées par la loi HPST.** En assimilant le privé non lucratif au privé commercial pour la représentation médicale, la loi HPST faisait courir un risque juridique aux établissements dont la Commission Médicale d'Établissement, composée majoritairement de médecins salariés, parfois en grand nombre, était nécessairement constituée par voie d'élection.

ARTICLE 49

L'INTÉGRATION DES USAGERS DANS LA GOUVERNANCE DES ÉTABLISSEMENTS DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

L'article 49 prévoit également que dans les établissements privés participant au Service Public Hospitalier, deux représentants issus d'associations d'usagers agréées intègrent obligatoirement la gouvernance (CA, conseil de surveillance,...). Si la FEHAP comprend la démarche du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) d'appuyer ces représentations sur l'assise de l'agrément, celui-ci ne vise pas toutes les organisations significatives de l'implication des usagers telles que les organisations de personnes âgées et retraitées, ou encore les associations néphalistes dans le domaine des addictions. L'agrément constitue une avancée puisqu'il reflète un certain niveau d'organisation et de reconnaissance mais il convient bien de permettre à d'autres sensibilités d'émerger et de se faire (re)connaître. 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

LA DURÉE DES AUTORISATIONS D'ACTIVITÉ DE SOINS ET D'EQUIPEMENT MATÉRIEL LOURD (EML)

L'article 51 habilite le Gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance pour réviser le régime juridique des autorisations d'activité de soins et d'équipements matériels lourds des établissements de santé. **La proposition de la FEHAP d'insérer l'objectif d'une augmentation de la durée des autorisations a été partiellement reprise** par les parlementaires à l'occasion des débats à l'Assemblée nationale. A son alinéa 28, l'article intègre l'idée d'une révision de la durée des autorisations, et l'exposé des motifs de l'amendement 2128 qui a été ainsi adopté précise que la durée doit être portée de 5 à 10 ans pour une simplification des procédures. L'article précise également que l'évolution des procédures devra notamment concerner les opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation.

LES 10 ATTENTES ET PROPOSITIONS DE LA FEHAP

sur le projet de loi de modernisation de notre système de santé

1. **Rétablir** les Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), composante de l'économie sociale et solidaire,
2. **Actualiser** l'Accord d'association des ESPIC aux Communautés Hospitalières de Territoire (CHT), pour l'articulation avec les GHT,
3. **Rééquilibrer** la planification médico-sociale régionale par des garanties de fond et procédurales, concernant le renouvellement des autorisations
4. **Permettre** aux Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) de gérer en commun des autorisations d'activités de soins, dès l'adoption de la loi, sans renvoi à des ordonnances ultérieures autre que le toilettage nécessaire,
5. **Ouvrir** les centres de santé à des médecins libéraux œuvrant en tarifs opposables, dès l'adoption de la loi,
6. **Définir** des Zones Prioritaires d'Implantation des Centres de Santé, dès l'adoption de la loi,
7. **Soutenir** les établissements de santé de tous statuts fonctionnant sans aucun dépassement d'honoraires en leur sein : le « cercle vertueux d'une mission d'intérêt général »,
8. **Confirmer**, en l'adaptant à la marge, la réaffirmation de la politique de secteur pour la psychiatrie et la promotion de la santé mentale,
9. **S'appuyer** sur les élus locaux et les associations d'usagers pour rééquilibrer l'animation des communautés professionnelles territoriales de santé par les Agences Régionales de Santé,
10. **Etablir** une durée de 10 ans pour les autorisations d'activité de soins, pour une simplification procédurale, au moyen d'un confortement de la place de la certification par la Haute Autorité de Santé et de la régulation par le Projet Régional de Santé, dès l'adoption de la loi, et renvoi des autres toilettages nécessaires à des ordonnances ultérieures.

Pour toutes informations complémentaires :

david.causse@fehapp.fr ▶ 01 53 98 95 07 / 06 80 59 65 57

jean-baptiste.boudin-lestienne@fehapp.fr ▶ 01 53 98 95 30 / 06.14.07.82.14

Pour en savoir plus, rendez-vous sur notre portail Internet :

www.fehapp.fr

Suivez-nous sur le web et les réseaux sociaux



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

179, rue de Lourmel, 75 015 Paris

01 53 98 95 00 • www.fehapp.fr