

Note de synthèse

Sénat

Rapport du 9 février 2011

Par M. Alain Million,

Relatif à la proposition de la loi de M. Jean-Pierre FOURCADE 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.**

La loi HPST prévoit la mise en place d'un comité chargé du suivi de la réforme et devant remettre un rapport dans les 2 ans suivant sa mise en œuvre, soit avant le 21 juillet 2011. (article 35) >> *Un rapport d'évaluation de la loi HPST devait être présenté au parlement le 1^{er} mars 2011, échéance reportée à une date ultérieure, au plus tard le 21 juillet 2011.*

I. L'organisation des soins de premiers recours, un concept ancien mais une traduction légale récente avec la loi HPST

- **Organiser les professions de santé** plutôt que de créer des structures hospitalières.
- Les soins de premier recours sont définis comme ceux étant facilement accessibles (géographiquement, bonne qualité sanitaire). D'où la volonté de **développer ce type d'offre de soins** et d'assurer sa **répartition équilibrée sur le territoire.**
- Développer l'exercice en commun des professionnels de santé :
 - Création de **société interprofessionnelle ambulatoire (SIA)**
 - Amélioration du statut des maisons de santé (affiner les statuts modifiés introduite par la loi HPST)
- **Lever les contraintes des médecins** contenues dans la loi HPST
 - Supprimer le volet coercitif du contrat santé solidarité qui vise à favoriser l'exercice médical dans les zones sous dotées.(article 3 de la loi HPST)
 - Supprimer l'obligation de déclaration d'absence programmée des médecins (dans le cadre de la continuité des soins de ville) instauré par la loi HPST (article 4 de la loi HPST)
- Rétablir les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique (de bonne pratique et des contreparties financières) supprimés par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination de la loi HPST
 - rétablir leur existence avec l'article 5 de la proposition de loi
- Recadrer le droit à l'information des patients
 - la loi HPST instaure l'obligation pour les professionnels de santé d'informer leurs patients sur le prix d'achats des

appareillages. L'article 6 propose de remplacer « prix d'achat » par « coût ». Cela serait un recul en arrière selon la commission.

- L'hébergement de données médicales personnelles nécessite l'autorisation du patient (obligation instauré par la loi HPST). L'article 12 : cette obligation ne s'imposerait qu'à partir de la promulgation de la loi. Le consentement est présumé pour les dossiers antérieurs. Or la commission est contre.

II. le secteur médico-social : des règles plus précises

✚ Les dispositions relatives aux « GCS érigés en établissements de santé » sont abrogées.

✚ Le statut des groupements de coopération sociale ou médico-sociale : GSMS.

Les modifications apportées par la loi HPST et la circulaire du 23 février 2010 ont pour conséquence l'incertitude sur la transposition de la distinction entre GCS de « moyen et GCS « établissement ». Il sera précisé que le GSMS n'a pas la qualité d'établissements social ou médico-social titulaire d'autorisation.

Il s'agit pour le secteur social et médico-social, de GCS « moyens » qui correspond à

- « mutualiser des moyens
- mettre en commun des services
- réaliser des interventions communes
- exploiter une autorisation »¹

Le GCS « établissement » est considéré comme inapproprié par la commission.

✚ Le processus de financement des projets financés par la CNS : une mutualisation des financements « personnes âgées et personnes handicapées », et davantage de responsabilités confiées aux ARS.

- Le financement des actions de modernisation des établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées, de formation et de professionnalisation des personnels intervenant, qui fait l'objet d'une distinction entre personnes et personnes handicapées seraient mutualisé pour les actions communes.
- La CNSA pourra déléguer la gestion de ces crédits aux ARS lorsqu'il s'agira d'intérêt régional ou local. (dans certains cas)

✚ La notion de transformation des établissements sociaux et médicaux-sociaux et la procédure d'appel à projet.

¹ Rapport du sénat, relatif à la proposition de loi modifiant la loi HPST

Les transformations d'établissements sociaux ou médico-sociaux sans changement de catégorie de bénéficiaire seraient soumises à la procédure d'autorisations mais pas à l'appel à projet. (article 16 de la proposition de loi)

La loi HPST laisse supposer que les transformations qui ne modifient pas la catégorie des bénéficiaires ne sont pas soumises à autorisation.

III. Des ARS aux compétences qui s'accumulent

- ✚ ARS ont les compétences en matière de
 - Soins (médecine de ville, hospitalier, médico-social)
 - De santé publique : prévention, éducation à la santé, la veille et la sécurité sanitaire ou la santé environnementale

- ✚ 2 missions :
 - Piloter et organiser la politique régionale de santé
 - Réguler le système de santé

Des missions complémentaires définies :

- Au delà de veiller au bon fonctionnement des centres de soins, et de s'enquérir des directeurs des mesures à mettre en place en cas d'altération et de la sécurité des soins, ou de leur enjoindre les mesures à prendre, l'ARS pourra désormais suspendre l'activité du centre ou demander sa fermeture.

- ✚ Contrôler les fonds affectés aux fondations hospitalières.

Loi HPST introduit la création de « fondation hospitalière pour développer la recherche médicale et promouvoir le transfert de crédits privés vers la recherche publique au sein des établissements publics de santé. »

La proposition de loi prévoit que les « fondateurs pourront disposer de la majorité au conseil d'administration. Les directeurs d'ARS contrôleront les fonds affectés par les établissements publics de santé.

En l'absence d'urgence réelle à créer cette nouvelle catégorie de fondation hospitalière, il convient d'en rester au droit existant. Les fondations de coopération scientifiques peuvent actuellement être utilisées.

- ✚ L'attribution de crédits par les ARS aux réseaux de santé.

Les réseaux de santé :

But : favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire.

Composition : professionnels de santé libéraux, hospitaliers, médecins du travail, d'institutions sociales et médico-sociales, d'organisation sanitaire ou sociale, des représentants des usagers.

Financements : proviennent actuellement des régimes obligatoires.

Les ARS pourraient décider des conditions de prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie de certains réseaux. Cependant la commission désapprouve cette possibilité.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation

Le SROS aura également une mission tendant à favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation et à dialyse à domicile.