



Loi Santé

Le débat parlementaire a entamé les articles portant sur les établissements de santé entre jeudi et vendredi derniers. Ce sont **les éléments de fonctionnements des établissements de santé qui sont concernés dans ces articles.**

L'article 13 du projet de loi de santé **qui renforce l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie**, en le réécrivant intégralement, suite à l'adoption d'un amendement du gouvernement largement sous-amendé par le groupe socialiste.

Parmi les nouveautés principales apportées par l'amendement gouvernemental, l'exposé des motifs met en avant la mise en place, "en sus de la coordination organisée en proximité autour de la psychiatrie de secteur", d'une coordination de "deuxième niveau" qu'il nomme "projet territorial de santé mentale", avec des "communautés psychiatriques de territoire". Il qualifie aussi la psychiatrie de secteur de "mission", et modifie le rôle du préfet dans le cadre des soins sans consentement.

Cet amendement prévoit d'inscrire dans la loi que le "projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs [...] et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées".

Par ailleurs, ce projet territorial "est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire". Le projet territorial de santé mentale devra faire l'objet d'un "contrat territorial de santé mentale" conclu entre l'agence régionale de santé (ARS) et "les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions". L'amendement apporte également quelques modifications à la psychiatrie de secteur, "désormais qualifiée de mission et non plus d'activité, terme qui prêtait à interprétation", précise l'exposé des motifs.

Cette "mission" est assurée par des équipes pluriprofessionnelles, "ce qui est en effet une des caractéristiques de la sectorisation, et spécifie qu'elle se décline de manière particulière pour les enfants et adolescents", précise-t-il aussi.

"Il stipule également que les prises en charge en hospitalisation concernent aussi bien les soins libres que sans consentement, pour éviter tout risque de cantonnement de la psychiatrie de secteur aux soins sans consentement", indique le gouvernement, toujours dans l'exposé des motifs.

"L'amendement propose également de supprimer le rôle du préfet en matière de contrôle des soins sans consentement sur décision des chefs d'établissement de santé", souligne aussi l'exposé des motifs. Dans l'amendement du gouvernement, l'information n'est "plus donnée au parquet, qui est avisé actuellement de façon systématique quand intervient une hospitalisation sous contrainte", a expliqué Denys Robiliard (PS, Loir-et-Cher), estimant qu'il ne fallait pas supprimer le parquet car c'était l'institution judiciaire, "gardienne des libertés individuelles".



Il a toutefois reconnu que c'était *"surtout une question de principe, car, dans la réalité, semble-t-il, les avis sont classés sans être lus, en tous cas dans un grand nombre de parquets"*.

Marisol Touraine a précisé que l'amendement avait été examiné par la chancellerie. *"Aujourd'hui, les récépissés arrivent dans les parquets et s'entassent sur un bureau, sans être traités. Il y a donc un côté fictif"*, a-t-elle relevé, soulignant aussi que la commission départementale de soins psychiatriques et le juge des libertés et de la détention (JLD) étaient saisis. *"Cette procédure apporte de la sécurité, au regard des libertés individuelles et publiques, et du réalisme, au regard des pratiques actuelles"*, a-t-elle souligné pour défendre un avis défavorable sur cet amendement, qui a malgré tout été adopté.

Parmi les autres sous-amendements qui ont tous été acceptés par le gouvernement et la commission, l'un vise à *"tenir compte de l'action menée par les différents intervenants, notamment associatifs, dans la politique de santé mentale"*. Un autre vise à rétablir une disposition adoptée en commission qui propose que le conseil territorial de santé comprenne une commission spécialisée en santé mentale. Un autre vise à préciser que le territoire attribué aux établissements de santé pour assurer la mission de psychiatrie de secteur peut être découpé en territoires de proximité dénommés *"secteur de psychiatrie"*.

Un sous-amendement vise à confirmer dans la loi l'intérêt des associations dites de secteur ou thérapeutiques ou clubs thérapeutiques, qui sont au nombre de 200 en France, dont un grand nombre est membre de la Fédération Croix Marine, explique Denys Robiliard dans l'exposé des motifs.

Un sous-amendement adopté propose que l'hospitalisation sans consentement ait vocation à intervenir dans le cadre des secteurs, soit à proximité du lieu de résidence du patient. *"Il s'agit de couper le moins souvent possible un malade de ses liens familiaux et sociaux"*, a expliqué Denys Robiliard.

Les députés ont voté aussi un sous-amendement qui demande au gouvernement de remettre un rapport au Parlement sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale dans les trois ans après la promulgation de la loi.

Ce nouvel article 13 refonde la psychiatrie. C'est bien d'une vraie loi cadre en psychiatrie dont nous avons besoin, pas d'un article d'ailleurs reformulé en dehors des concertations et dans la précipitation.

L'article 17 bis du projet de loi de santé, **qui supprime le délai de réflexion pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG)**, malgré la vive opposition de la droite. A l'issue d'un long débat, les députés ont voté, sans modification, l'article 17 bis, introduit en commission par la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée, qui supprime le délai de réflexion entre la première et la deuxième consultation pour une IVG.

C'est une bonne chose mais très relative par rapport aux mauvais coups de la loi.



L'article 23 du projet de loi de santé **obligeant tout établissement de santé à informer le patient au moment de sa sortie sur le coût de sa prise en charge**, ce qui lui sera remboursé et les sommes restant à sa charge. L'article 23 dispose que "pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant [...] du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter". Un décret doit définir les conditions de délivrance de ce document.

La culpabilisation des « usagers ayants-droit à la santé » est en œuvre...

L'article 25 du projet de loi de santé qui **confie à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) le pilotage du dossier médical partagé (DMP)** et permet sa participation au déploiement des messageries sécurisées de santé.

L'article 26 du projet de loi de santé **restaure le service public hospitalier (SPH) et suppriment les "missions de service public"**.

Les députés ont voté, avec quelques modifications, l'article 26 qui refonde le SPH en le définissant comme un bloc et non plus sous la forme de plusieurs missions de service public, créées par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 et qui pouvaient être contractualisées indépendamment. Le SPH pourrait être assuré par les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées, les établissements de santé privés habilités et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), et les autres établissements de santé privés habilités à assurer le SPH, selon l'article. Les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation seraient déterminées par décret en Conseil d'Etat. Lorsqu'un établissement de santé privé est habilité à assurer le SPH, son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris pour respecter les obligations associées. Les Espic seront habilités de plein droit, sauf opposition de leur part. Un avenant à leur CPOM devra préciser "si besoin, les engagements nouveaux pris par les établissements pour respecter les obligations du SPH".

C'est évidemment une demande depuis la loi HPST mais qui est tellement remise en cause par les autres articles qu'elle ne peut être considérée comme un vrai point d'appui.

L'article 26 A du projet de loi de santé **qui demande aux agences régionales de santé (ARS) de veiller à garantir un accès aux soins**, notamment dans les établissements de santé, dans des délais raisonnables. Cet article prévoit que "l'ARS veille à ce que l'accès aux soins, notamment dans les établissements de santé, soit garanti dans des délais raisonnables, quelles que soient les caractéristiques géographiques, climatiques et



saisonniers du territoire".

C'est une belle déclaration d'intention bien contredite par la réalité de terrain.

L'article 26bis porte un **assouplissement de l'interdiction des partenariats publics/privés pour les établissements hospitaliers** à la demande du gouvernement. Ce même article porte l'interdiction pour les établissements publics de santé et leurs groupements de recourir aux emprunts dit toxiques.

C'est un volte-face alors que la mission parlementaire avait insisté sur le poids des emprunts pour les établissements de santé publics.

L'article 27 du projet de loi de santé **organise la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT)**, voués à remplacer les communautés hospitalières de territoire (CHT). Les députés ont avalisé les modifications introduites par le gouvernement en commission des affaires sociales sur les GHT, qui auront jusqu'au 1er juillet 2016 pour élaborer leur projet médical partagé. L'article dispose qu'au 1er janvier 2016, *"chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire"*. L'objet du GHT, qui n'est pas doté de la personnalité morale, est de *"permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements"*. Tous les GHT s'associeraient à un CHU au titre des activités hospitalo-universitaires. Les CHU devraient ainsi coordonner les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux et celles de recherche, de gestion de la démographie médicale et de référence et de recours. Les modalités d'application à l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), aux Hospices civils de Lyon (HCL) et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille (AP-HM) seront déterminées par un décret en conseil d'Etat.

Les députés ont adopté un amendement de Denys Robiliard (PS, Loir-et-Cher) destiné à tenir compte de la spécificité des établissements ayant la psychiatrie comme principale activité. Il dispose que les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement support du GHT concerné, être associés à l'élaboration du projet médical de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire. Les établissements ou services médico-sociaux publics pourraient être *"parties"* à une convention de GHT, à raison d'un seul GHT par établissement. Les établissements privés pourraient conclure une convention de partenariat à un GHT, prévoyant l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement. Les établissements frontaliers de pays voisins pourront être associés aux GHT par voie conventionnelle. Dans chaque GHT, *"les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de*



référence et de recours". Cette convention constitutive intégrera le projet médical partagé, les délégations d'activité, les transferts d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter établissements. La convention devra également préciser les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, dont l'établissement support chargé d'assurer pour le compte du groupement *"les fonctions et activités déléguées"*, la composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé, les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement (CME) pour l'élaboration du projet médical partagé *"et le cas échéant, la mise en place d'instances communes"*, et le rôle du comité territorial des élus évaluant les activités du GHT. La désignation de l'établissement support doit être approuvée par les conseils de surveillance à la majorité des deux tiers ou à défaut, par le directeur général de l'ARS, après avis du comité territorial des élus. L'établissement support assurerait pour le compte des établissements parties du GHT *"la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient"*, la fonction achats, la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu ainsi que la gestion d'un département de l'information médicale (DIM) de territoire.

Le texte détaille la composition du comité stratégique. Le *"comité territorial des élus"*, introduit en commission serait composé des représentants des élus des collectivités territoriales siégeant dans les conseils de surveillance des établissements concernés. Il serait *"chargé d'évaluer"* les actions mises en œuvre par le GHT pour assurer l'accès aux soins et émettre des propositions en ce sens. Les députés ont adopté un amendement du gouvernement l'autorisant à prendre par ordonnance, dans un délai d'un an suivant la promulgation de la loi, des mesures permettant de *"définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations"* entre les établissements publics parties d'un même GHT. Le gouvernement est ainsi revenu sur la rédaction qu'il avait lui-même fait adopter en commission et qui prévoyait initialement de mettre en place une trésorerie commune entre les membres du groupement. A compter du 1er janvier 2016, les CHT régulièrement approuvées, dont aucune des parties n'a voulu rompre la coopération, seraient transformées en GHT. La convention constitutive du groupement serait élaborée par avenant à celle de la CHT et transmise au directeur général de l'ARS pour approbation.

L'article 27 prévoit par ailleurs qu'à compter de l'exercice 2020, les établissements publics de santé, dès lors qu'ils contrôlent une ou plusieurs personnes morales et que ce groupe dépasse une certaine taille, seront tenus d'établir et de publier des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe.

Dans l'étude d'impact, le gouvernement estime que cette réforme se traduirait par environ 400 millions d'euros d'économies sur trois ans: 270 millions au titre de la réduction du coût des fonctions techniques, administratives et logistiques, 50 millions au titre d'une réduction de 10%



du recours à l'intérim médical d'ici à 2017, et 38 millions au titre d'une réduction de 5% du nombre de gardes et astreintes.

Cet article construit les Groupements hospitalier de territoire et confirme que l'objectif est bien celui de nouvelles économies sur les conditions de fonctionnement des établissements de santé. De plus, une partie des éléments est renvoyée à des dispositions qui seront prises par ordonnance...

L'article 27 bis dispose que les GCS de moyens peuvent "exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres".

En pareil cas, la convention constitutive du groupement *"fixe la répartition des responsabilités en matière d'admission des patients, de responsabilité à leur égard et d'archivage des données médicales les concernant"* et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) compétente *"peut autoriser le groupement à facturer les soins délivrés aux patients pour le compte de ses membres"*.

Cela signifie que les autorisations peuvent « glisser » d'un établissement à un groupement et donc rendre les sites « de vraie coquilles vides » ...

L'article 43A au projet de loi de santé prévoit une information systématique du patient, notamment dans le cadre des soins palliatifs, afin qu'il puisse choisir son mode de prise en charge, notamment en ambulatoire et à domicile. Il consiste à étendre le libre choix sur son praticien et son établissement de santé au mode de prise en charge, notamment en ambulatoire et à domicile.

C'est un aspect positif mais il n'y a rien sur les moyens indispensables au développement des soins palliatifs qui sont de fait parmi les grandes victimes des réductions budgétaires des établissements de santé.

Il y a eu aussi l'adoption de l'article par rapport au conseil de l'ordre infirmier. Attention car le gouvernement peut s'appuyer sur la majorité du Sénat pour réintroduire le conseil de l'ordre. D'autant qu'au détour d'un article additionnel à l'article 30, redéfinissant les fonctions de kinésithérapeutes, le gouvernement a réaffirmé l'obligation de l'adhésion à l'ordre professionnel pour cette profession.