

<p style="text-align: center;"><u>Le projet de loi HPST à l’Assemblée</u> DES AVANCEES, mais LES CRAINTES SE CONFIRMENT</p>

Le projet de loi Hôpital, patients, santé, territoires a été adopté par l’Assemblée nationale le 18 mars. Revue des modifications apportées par les députés à ce texte porteur de réformes majeures pour notre secteur.

Le projet devrait être examiné par les sénateurs à partir du 12 mai : un retard certain dans l’adoption de ce texte, dont le gouvernement a pourtant déclaré l’urgence et souhaitait une mise en œuvre rapide, avec une campagne budgétaire 2010 conduite par les ARS !

Pour en infléchir le contenu, l’Uniopss est intervenue auprès des députés. Si elle a obtenu quelques avancées, il lui faut désormais mobiliser les sénateurs pour espérer voir aboutir ses demandes. Ainsi, concernant les établissements de santé, le texte, qui prévoit un éclatement du bloc de service public hospitalier et une disparition programmée du statut PSPH¹, a largement été amendé par les députés mais toutes nos propositions n’ont pas été retenues. En effet, s’ils ont adopté la demande des organisations² de reconnaître une nouvelle notion « d’établissement de santé privé d’intérêt collectif », qui se substituerait à celle de PSPH, le régime juridique qui en sortira reste à définir. Surtout, ils ont refusé de définir dans la loi un socle de missions qui doivent être présentes à un niveau de proximité sur le territoire, au motif que c’est au schéma régional de les définir, sans garantie donc de ce que devrait être un service public hospitalier.

A noter, une avancée à l’actif des députés sur une offre hospitalière accessible financièrement : l’ARS sera chargée d’assurer la présence de cette offre aux tarifs de la Sécurité sociale, ce que l’Uniopss demandait ; elle pourra imposer aux établissements de garantir une proposition minimale d’actes facturés sans dépassements.

Répartition des médecins : pas de contraintes

Ils ont également accédé à la demande d’inscription des centres de santé dans l’offre de soins de 1^{er} recours (soins courants par généralistes et spécialistes), mais sans revenir sur la suppression de l’instance nationale de concertation et sans précisions sur la représentation régionales de ces structures.

En matière de répartition des soignants sur le territoire, aujourd’hui fort déséquilibrée, tous les amendements prévoyant une contrainte des professionnels de santé ont été écartés, en faveur d’une "régulation responsable" de leur installation. Ne subsisteraient que des mesures incitatives durant 3 ans (aides à l’installation, bourses d’étude...) puis une évaluation, et seulement alors, si nécessaire, des mesures contraignantes d’obligation d’exercer sur les territoires sous-dotés. Pour les dépassements d’honoraires, l’amendement visant à sortir de la subjectivité que constitue la notion de "*tact et mesure*", en fixant un plafond au dessus duquel ces dépassements sont jugés excessifs, a été rejeté. Il en a été de même pour l’amendement qui obligeait les professionnels « de ville » à effectuer un pourcentage d’actes aux tarifs « Sécurité sociale », alors que le principe a été introduit pour les praticiens hospitaliers !

L’article sur la lutte contre les refus de soins a été réécrit : dans la 1^{ère} mouture, sur la base de faits permettant de présumer un refus du professionnel de santé, il incombait à ce dernier de prouver qu’il n’en était rien et le directeur de la Caisse pouvait sanctionner ; dans la version actuelle, subsiste seulement une conciliation entre plaignant et professionnel, opérée par le directeur de la caisse et le conseil départemental de l’Ordre. Un recul dénoncé par les associations, pour une procédure qui visait à faciliter (enfin !) les recours et à faire cesser des comportements contraires à la loi.

¹ Participant au service public hospitalier, voir le dossier du numéro de décembre

² Dont l’Uniopss, la Fehap et la Croix-Rouge Française et la Mutualité Française.

Le sanitaire reste dominant

Concernant la santé publique, les députés ont un peu étoffé ce volet, le plus succinct de la loi, avec des mesures sur les risques radon, amiante, plomb, la lutte contre l'obésité... Sur le fond, la Ministre avait justifié la faiblesse du projet en matière de santé publique, en précisant qu'elle engagerait sous peu une réforme de la loi de 2004 de santé publique. Satisfaisant une demande d'amendement de l'Uniopss, les députés ont instauré une « garantie » des crédits de prévention et d'éducation à la santé, afin d'éviter qu'ils ne soient absorbés par le volet soins de l'ARS.

Parmi les missions de ces agences - dont le projet prévoit la création - les députés en ont ajouté notamment deux : contribuer à la réduction des inégalités de santé et au respect de l'Ondam. Le périmètre des ARS, voulu par le gouvernement, n'a pas été modifié par les députés. Sensibles cependant aux arguments de l'Uniopss et de l'Aire (entre autres), ils ont prévu que les ARS articuleront leur action avec celle des autorités compétentes, en matière de santé au travail, de santé scolaire et universitaire. Ils ont par contre refusé de « renommer » l'ARS en « *agence régionale de la santé et du médico-social* », comme les y invitait l'Uniopss, préférant changer le nom de la conférence régionale de santé, qui deviendrait une « *conférence régionale de la santé et de l'autonomie* ». Ce concept d'autonomie, retenu par référence à la CNSA, ne reflète cependant pas toutes les composantes du médico-social, en particulier en ce qui concerne l'addictologie.

Alors que des députés souhaitaient que la future loi prévoie la désignation, au côté du directeur de l'ARS, d'un directeur adjoint chargé du médico-social, le gouvernement s'y est opposé pour des raisons juridiques. Il s'est néanmoins engagé à ce qu'il y ait « *un vrai pôle médico-social fort* » au sein de l'agence. S'agissant de sa gouvernance, les députés ont tenté de limiter le déséquilibre entre les prérogatives très étendues du Directeur général et celles, très réduites, du conseil de surveillance. Ce dernier approuverait le budget de l'agence - tout en ne pouvant s'y opposer qu'à une majorité qualifiée - il donnerait un avis sur le plan stratégique régional de santé et sur le contrat d'objectifs et de moyens de l'agence.

A l'ARS, des représentants des personnes âgées et des personnes handicapées

Ils n'ont pas élargi cette possibilité d'avis au projet régional de santé, document le plus important pour l'action de l'agence, qui comprend notamment les divers schémas d'organisation sanitaire et médico-social. Pour la composition du conseil de surveillance, l'Uniopss souhaitait que la loi prévoie la présence non seulement des usagers du système de santé, mais aussi de ceux du social et du médico-social. Elle a été en grande partie entendue : le projet de loi cite désormais les représentants des personnes âgées et des personnes handicapées. La présence des organismes gestionnaires a par contre été rejetée, au nom du risque d'être juge et partie, argument que rejette l'Uniopss s'agissant d'une instance non décisionnaire. Comme elle le proposait, la « fongibilité asymétrique » a été inscrite dans la loi : pas d'utilisation des crédits de la santé publique et du médico-social pour d'autres secteurs.

S'agissant des établissements et services sociaux et médico-sociaux, les députés ont maintenu les appels à projet systématiques en précisant qu'il s'agit « *de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable* ». Conscients du risque pour l'innovation, ils ont prévu des appels à projets « blancs » en référence à un cahier des charges allégé. L'Uniopss conteste cette solution. Pour elle, les appels à projets doivent être réservés aux situations où il y a sur un territoire des besoins non satisfaits et où aucun promoteur ne se positionne. Elle s'oppose au système des appels à projet pour le renouvellement des autorisations et au caractère obligatoire des CPOM, confirmé par les députés et déplore le recul de la concertation, avec la suppression confirmée, des CrosMS.

Par ailleurs, les députés ont réintroduit l'agence nationale d'appui à la performance, dont la création était prévue par le PLFSS.

Arnaud Vinsonneau et Cécile Chartreau, de l'Uniopss