

Ce qu'il faut savoir de la loi de « santé » !

Nous présentons ici une première analyse de la Loi Touraine n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite de «modernisation de notre système de santé» qui a été publiée au Journal officiel, le 27 janvier 2016

Dès que les grandes lignes du projet de loi ont été rendues publiques en fin 2014, la Fédération des services publics et de santé s'est exprimée clairement pour l'abandon de celui-ci. En effet, sous des aspects « fourre tout », la loi qui vient d'être publiée fin janvier aggrave considérablement la loi Bachelot (HPST), notamment avec la « *territorialisation de la santé* ». Orientation que l'on retrouve, par ailleurs, dans les « réformes » Territoriales, comme celle de l'enseignement.

Cette loi s'inscrit dans le cadre du pacte de responsabilité et des 50 milliards de baisse des dépenses publiques et sociales.

Elle est la traduction juridique du « **plan d'économies triennal ONDAM 2015/2017** » annoncé le 4 février 2015 par la ministre de la santé, qui fixe les économies pour l'assurance maladie à hauteur de 10 milliards d'euros, dont 3 pour les hôpitaux d'ici 2017 accompagné des réformes structurelles nécessaires au financement du pacte de responsabilité, qui se décline, en 2016, au travers un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) « *historiquement bas* ».

La réduction des capacités hospitalières, des effectifs et de la masse salariale sont les principales « *orientations* » qui devront être mises en œuvre par les directions d'établissement, sous le contrôle des ARS.

Les hôpitaux sont sommés de prendre le « *virage de l'ambulatoire* ». Dès 2016, ils devront réaliser la moitié des actes de chirurgie en ambulatoire (62% en 2020). Il s'agit de réduire massivement les capacités actuelles de chirurgie pour dégager des économies en personnels et en fonctionnement des services. Dans son édition du 1^{er} mars 2015, le quotidien économique « les Echos » titrait: « **L'hôpital devra supprimer 22.000 postes** » !

Les hôpitaux sont fermement invités à « *maîtriser leurs effectifs et leur masse salariale* », à « *mutualiser les services* » dans le cadre des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT). D'ici juillet 2016, les hôpitaux devront tous avoir adhéré à un GHT. Objectif : une première économie immédiate de 270 millions d'euros par la réduction de près de 7 000 postes. Les GHT devront, selon la Ministre, constituer de « *puissants leviers de la recomposition de l'offre de soins* ».

Cette loi prépare la fusion des hôpitaux

Pour FO, l'article 107 de cette loi constitue une machine de guerre pour réduire les activités et les effectifs et aboutir à la fusion des hôpitaux. **Cette loi de territorialisation de la santé**, fait écho à la loi MAPTAM du 27/01/14, qui renforce la rationalisation de l'intercommunalité par l'élargissement du champ des compétences des communautés de communes et d'agglomérations.

Jusqu'alors, la fonction publique hospitalière ne connaissait pas de dispositif de délégation de compétences, comme cela sera le cas au profit de « *l'établissement support* » du GHT.

Cette « **territorialisation** » des hôpitaux préfigure, à une autre étape, un processus de fusion et d'une nouvelle vague de disparitions de centaines de services et des milliers de lits. Cette loi, ouvre la porte à un mouvement d'une ampleur considérable. Le nombre d'hôpitaux publics pourrait passer de 1.000 à 150.

De l'aveu du Cabinet d'avocats Houdart qui est spécialisé en droit hospitalier cet objectif, à mettre en œuvre dès le 1^{er} juillet 2016, n'a rien à voir avec le mouvement qui a eu lieu dans le secteur privé lucratif avec la réduction du nombre de structures d'environ 2.000 à 800 en 15 ans.

Une mesure, qui conforte et confirme l'idée que les fusions sont en voie d'être organisées au travers un paragraphe, figure à la fin de l'article 107 l'article de la loi qui prévoit :

VII. - L'article 13 de la loi n° 85-11 du 3 janvier 1985 relative aux comptes consolidés de certaines sociétés commerciales et entreprises publiques est applicable aux établissements publics de santé à compter de l'exercice 2020.

Article 13 de la loi 85-11 « *Les établissements publics de l'Etat, dès lors qu'ils contrôlent une ou plusieurs personnes morales ou qu'ils exercent une influence notable dans les conditions prévues aux articles L. 233-16 et suivants du code de commerce, sont tenus d'établir, conformément à ces articles, et de **publier des comptes consolidés ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe.*** »

Pour ces raisons, plus que jamais nous considérons que nous avons eu raison d'appeler à la mobilisation en juin et octobre 2015 pour le retrait du projet de loi. Notre position n'a pas bougé, aujourd'hui nous revendiquons son abrogation !

* * * * *

Les principales dispositions de la Loi

Présenté en conseil des ministres en octobre 2014 avec seulement 57 articles, le texte déposé en « procédure d'urgence » a été profondément remanié au cours des navettes parlementaires et adopté définitivement à l'Assemblée nationale le 17 décembre 2015. Le texte compte désormais 114 pages et 227 articles.

La loi comporte cinq titres, précédés par un titre liminaire intitulé « *Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée* ».

Le titre I vise à « renforcer la prévention et la promotion de la santé ».

Il inclut des mesures concernant le tabac, le renforcement de l'interdiction du vapotage, l'expérimentation de salles de consommation de drogue à moindre risque.

Il contient également de nombreuses mesures sur la santé environnementale.

Le titre II vise à « faciliter au quotidien les parcours de santé ».

La loi instaure des "**communautés professionnelles territoriales de santé**", dispositif qui a remplacé le "**service territorial de santé au public**" initialement prévu (article 65).

L'article 69 prévoit la mise en place du « **projet territorial de santé mentale** », le « *contrat territorial de santé mentale* » ainsi que le « *conseil territorial de santé mentale* ». L'article L 3221-1 du CDS précise les missions de psychiatrie de secteur.

Il est créé au sein des ARS des fonctions d'appui aux professionnels de santé pour la coordination et la prise en charge des parcours complexes (article 74) et permet l'expérimentation de projets pilotes d'accompagnement des patients (article 92).

Il comprend la généralisation du tiers payant en ville d'ici à 2017, l'une des mesures emblématiques du texte. Le Conseil constitutionnel l'a invalidée pour la part complémentaire du remboursement, mais pas la part relevant de l'assurance maladie obligatoire (article 83). Portant ainsi un coup à la part prépondérante des mutuelles dans le projet de loi. Mais le Gouvernement maintient les franchises instaurées sous le gouvernement Sarkozy, qui seront prélevées directement sur les comptes bancaires.

Elle crée un nouveau dispositif d'orientation des personnes handicapées par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (article 89).

L'article 94 dispose que le patient reçoit à sa sortie (d'une prise en charge) le coût de l'ensemble des prestations, avec la part couverte par l'assurance maladie, la complémentaire et le solde qu'il doit acquitter.

L'article 96 refond le dossier médical personnel (DMP), qui devient « *partagé* » et dont le pilotage est confié à l'assurance maladie.

Sous une certaine forme, la loi restaure la notion de service public hospitalier (SPH, article 99). Mais il y a un bémol, outre les établissements publics de santé, les hôpitaux des armées et les ESPIC, les autres établissements de santé privés sont habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

L'article L. 6111-1 du code de la santé est ainsi modifié : *Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.* (Notons que cette partie sur les « *aspects psychologiques des personnes* » a été ajoutée dans la dernière lecture de la loi).

Dun côté on livre, sous conditions, le SPH au privé et de l'autre on étrangle budgétairement l'hôpital public tout en réduisant l'offre de soins.

Les GHT (article 107) censurés partiellement par le conseil constitutionnel

Le Conseil constitutionnel a aussi rendu plus délicate une autre mesure de ce titre, **la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT, article 107)**, en censurant l'habilitation de l'exécutif à définir des règles budgétaires et comptables par ordonnances.

De quoi s'agit-il ?

Si le Conseil constitutionnel a bien validé le principe des GHT, sa censure sur une question de forme relative à la possibilité de légiférer par ordonnance pour prendre des mesures permettant de définir des règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics parties à un même GHT.

Afin de corriger son erreur de pure forme, le gouvernement est donc contraint de trouver un nouveau vecteur législatif dans les prochains mois afin de prendre les ordonnances envisagées.

Une machine de guerre pour réduire les effectifs et préparer les fusions d'établissements

C'est cet article de la loi Touraine qui va être le plus impactant pour l'ensemble des hôpitaux avec des conséquences importantes sur les activités des établissements et les personnels.

Rappelons qu'une fiche d'impact du ministère de la santé établissait les économies immédiates à 270 millions d'euros sur les fonctions dites supports avec à la clef près de 7 000 suppression de postes !

L'article 107 prévoit pour l'essentiel :

Que le GHT n'est pas doté de la personnalité morale. Le GHT assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé.

Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de GHT.

Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul GHT. Les établissements privés peuvent être partenaires d'un GHT.

La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :

1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de GHT.

2° Les délégations éventuelles d'activités

3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement

4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles inter-établissements ;

5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment :

- La désignation de l'établissement support chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées. Cette désignation doit être approuvée par les 2/3 des conseils de surveillance des établissements parties au groupement.
- La composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé. Il comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement. Le comité stratégique peut mettre en place un bureau restreint auquel il délègue tout ou partie de sa compétence ;
- Les modalités d'articulation entre les commissions médicales d'établissement pour l'élaboration du projet médical partagé et, le cas échéant, la mise en place d'instances communes ;
- Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement

L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

- 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent,
- 2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;
- 3° La fonction achats ;
- 4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

L'établissement support du GHT peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

Les établissements parties au GHT organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle inter-établissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale.

Les centres hospitaliers universitaires coordonnent, au bénéfice des établissements parties aux groupements hospitaliers de territoire auxquels ils sont associés :

- 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2° Les missions de recherche ;
- 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 4° Les missions de référence et de recours.

La certification des établissements de santé est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement.

L'attribution des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation à un établissement public de santé est subordonnée à la conclusion par cet établissement d'une convention de GHT.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent chapitre, notamment : la définition du projet médical partagé, les conditions d'élaboration de la convention constitutive de GHT, les conditions dans lesquelles les modifications aux autorisations et transférées en application de la convention de GHT sont approuvées. Un premier projet de décret a dû être retiré, tant son écriture soulevait l'opposition des conférences.

A compter du 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en GHT.

La liste des GHT est arrêtée avant le 1er juillet 2016 en conformité avec le schéma régional en vigueur à cette date.

L'article 109 étend le contrôle de la Cour des comptes aux établissements de santé et médico-sociaux privés.

Le titre III est baptisé « Innover pour garantir la pérennité de notre système de santé ».

Il refonde le dispositif du développement professionnel continu (DPC) en instaurant une obligation triennale et non plus annuelle (article 114).

Il définit la notion de "**pratique avancée**" d'une profession de santé paramédicale, **permettant la mise en oeuvre de compétences élargies** (article 119).

L'article 127 autorise les sages-femmes à pratiquer l'IVG médicamenteuse et étend leurs compétences en matière de vaccination.

L'article 136 crée un corps de praticiens hospitaliers (PH) remplaçants gérés par le Centre national de gestion (CNG), afin de limiter le recours à l'intérim médical par les hôpitaux, dans les conditions prévues à l'article 9-3 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire ne peut excéder un plafond dont les conditions de détermination sont fixées par voie réglementaire.

L'encadrement de l'activité libérale à l'hôpital est renforcé (article 138). L'article 141 autorise le report de la date de départ à la retraite des PH jusqu'à 70 ans et l'article 142 autorise le cumul emploi-retraite pour les PH jusqu'à 72 ans.

De nouvelles missions sont confiées à la Haute autorité de santé (HAS) (article 143).

Le titre IV vise à « renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire ».

L'article 158 réforme le projet régional de santé (PRS), qui intègre un cadre d'orientation stratégique à 10 ans, et fusionne les schémas d'organisation dans un unique schéma régional de santé.

La mainmise de l'Etat et des ARS sur l'assurance maladie et la convention médicale

L'article 162 prévoit que l'autorité compétente de l'Etat conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat dénommé " *plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins* ", qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficience du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

L'article 164 prévoit les modalités d'adaptation régionale des dispositifs définis par les conventions nationales. C'est la « territorialisation de la, politique conventionnelle », qui ouvre la voix aux « objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie » (ORDAM).

Une Agence nationale de santé publique (ANSP - Santé publique France) est créée par la fusion de l'Institut national de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et de l'éducation pour la santé (Inpes) et l'Etablissement de préparation aux urgences sanitaires (Eprus) (article 166).

La loi crée à l'article 184 une action de groupe dans le domaine de la santé.

Le texte institue un système national des données médico-administratives et crée un Institut national des données de santé (article 193).

Chapitre VI : « Renforcer le dialogue social »

Droit syndical et critères de représentativité pour les médecins hospitaliers

L'article 194 prévoit un droit syndical aux personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques des établissements publics de santé. Un décret prévoit la mise en œuvre des droits et moyens syndicaux de ces personnels.

Il précise que sont appelées à participer aux négociations ouvertes au niveau national les organisations syndicales des médecins, odontologistes et pharmaciens des établissements publics de santé obtenu, aux dernières élections du Conseil supérieur des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, au moins 10 % des suffrages exprimés au sein de leur collège électoral respectif.

Fonctionnement des pôles (article 195)

L'article 195 prévoit qu'un décret fixe le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle.

Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés. Dans les CHU, les pôles d'activité clinique et médico-technique sont dénommés « *pôles hospitalo-universitaires* ».

Le directeur nomme les chefs de pôle. Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la CME, et, dans les CHU, sur proposition conjointe du président de la CME et du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale.

La durée du mandat des chefs de pôle est fixée par décret.

Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la CME contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature, la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement.

Les termes « structures, services ou unités fonctionnelles » sont remplacés par les mots : « *services, des unités fonctionnelles, des départements ou des autres structures* »

Le chef de pôle organise la concertation interne et favorise le dialogue avec l'ensemble des personnels du pôle. Les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et de leurs règles de fonctionnement figurent dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le projet social prévu à l'article L6143-2-1 du CDS est ainsi rédigé :

« Le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles dont le droit d'expression des personnels et sa prise en compte, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du comité technique d'établissement.

Le comité technique d'établissement est chargé de suivre, chaque année, l'application du projet social et en établit le bilan à son terme. »

Enfin, le titre V contient des mesures de simplification et comporte de nombreuses habilitations du gouvernement à légiférer par ordonnances.

Article 201

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances des mesures relevant du domaine de la loi permettant de faciliter la constitution et le fonctionnement des groupements de coopération sanitaire et visant à :

1° Adapter les conditions de création, d'organisation et de fonctionnement des groupements de coopération sanitaire et clarifier les modalités de détention et d'exploitation d'autorisations, notamment de soins, par un groupement de coopération sanitaire ;

2° Définir le régime des mises à disposition des agents des établissements publics de santé membres d'un groupement de coopération sanitaire et étendre aux groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public, pour les instances représentatives du personnel, la mise en place d'un CTE et d'un CHSCT.

3° Adapter le régime fiscal des groupements de coopération sanitaire et faciliter l'exploitation par ces groupements d'une pharmacie à usage intérieur et d'activités biologiques d'assistance médicale à la procréation ;

4° Supprimer, dans le code de la santé publique, les références aux fédérations médicales hospitalières et modifier les dispositions relatives aux groupements de coopération sanitaire à l'article 121 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance prévue au présent article.

Article 204

Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à simplifier et moderniser le régime des établissements de santé et visant :

- A clarifier les procédures de passation des marchés ;
- Aménager la procédure de fusion entre les établissements publics de santé ;
- Mettre à jour la liste des établissements figurant à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution et dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures d'amélioration et de simplification du système de santé relevant du domaine de la loi visant à : moderniser et simplifier les différents régimes d'autorisation des activités de soins et d'équipements matériels lourds (...) les modalités de contractualisation entre les agences régionales de santé et les établissements de santé et les structures de coopération, afin d'assurer une plus grande cohérence avec les projets régionaux de santé, intégrant ainsi la révision des durées d'autorisation, et d'alléger les procédures, notamment à l'occasion d'opérations de renouvellement, de transfert ou de cession d'autorisation.

Profession de manipulateur d'électroradiologie (article 208)

Est considérée comme exerçant la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale toute personne, non médecin, qui exécute, sur prescription médicale et sous la responsabilité d'un médecin, des actes professionnels d'électroradiologie médicale. Un décret en Conseil d'Etat définit les actes ou les activités réalisés par les manipulateurs d'électroradiologie.

Ordres professionnels (article 212)

Dans un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances les mesures visant à adapter les dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé :

- pour faire évoluer les compétences des organes des ordres en vue de renforcer l'échelon régional et d'accroître le contrôle par le conseil national des missions de service public exercées par les organes régionaux ;
- pour modifier la composition des conseils, la répartition des sièges au sein des différents échelons et les modes d'élection et de désignation ;

Paris le 17 février 2016
