



n° 95.09 PB/GM

LOI PORTANT RÉFORME DE L'HÔPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, À LA SANTÉ ET AUX TERRITOIRES

Après cinq mois d'intenses débats parlementaires, la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires a été publiée au Journal officiel le 22 juillet dernier, après que le Conseil constitutionnel s'est prononcé sur sa conformité à la Constitution le 16 juillet 2009¹. Dans sa décision, le Conseil constitutionnel a rejeté tous les griefs soulevés par les requérants, cependant qu'il a décidé de lui-même de censurer plusieurs dispositions de la loi.

I. Économie générale du texte initial présenté par le Gouvernement

Présenté en octobre 2008, le projet de loi du Gouvernement part du constat, largement partagé, que les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins se creusent, si bien qu'il est impératif de réduire ces écarts.

La réponse avancée par le Gouvernement réside en une approche territorialisée des besoins et de l'offre de soins. En ce sens, la ministre de la santé et des sports, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, indiquait devant les députés que « ce projet de loi est également un projet de loi d'aménagement du territoire »². L'approche territorialisée concerne l'ensemble des politiques de santé ; le pari que fait le Gouvernement est que celle-ci est une condition de l'amélioration de l'accès aux soins.

La seconde orientation essentielle du texte est le pilotage commun par une structure unique de la politique sanitaire et des politiques ressortant au médico-social. Le secteur médico-social représente, selon la secrétaire d'État chargée de la solidarité, près de 20 000 établissements, plus d'un million de places, 18 milliards d'euros de budget de fonctionnement et 700 000 agents³.

Concrètement, la réponse se traduit dans « la mise en place d'un véritable système de santé »⁴, conçu comme « un ensemble d'éléments réunis pour former un tout organisé et cohérent »⁵. Au fondement du système, les agences régionales de santé (ARS) qui réunissent, au niveau régional, sept organismes différents, services de l'État et de l'assurance maladie.

En dépit d'une forte mobilisation des parlementaires, particulièrement ceux de l'Association, de toutes sensibilités politiques, le texte définitif correspond, dans l'ensemble, aux orientations essentielles voulues par le Gouvernement ; tout au long des débats, à l'Assemblée nationale puis au Sénat, la ministre de la santé et des sports, Roselyne BACHELOT-NARQUIN, s'est en effet montrée inflexible sur les principes structurants de sa réforme.

¹ La loi peut être téléchargée sur le site de l'Association : www.anem.org, rubrique Activité législative et parlementaire.

² Assemblée nationale, 2^{ème} séance du 10 février 2009, compte rendu, p. 1482.

³ Assemblée nationale, 2^{ème} séance du 10 février 2009, compte-rendu, p. 1487.

⁴ Assemblée nationale, 2^{ème} séance du 10 février 2009, compte rendu, p. 1481.

⁵ Assemblée nationale, 2^{ème} séance du 10 février 2009, compte rendu, p. 1481.

II. Principales dispositions de la loi intéressant les collectivités territoriales de montagne

Les titres 1, 2 et 4 de la loi du 21 juillet 2009 comportent des dispositions intéressant directement les collectivités territoriales.

Modernisation des établissements de santé [Titre 1^{er}]

▪ Tarification à l'activité des établissements situés en zone de montagne [Article 1]

La loi prévoit que le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 octobre de chaque année, un rapport sur la tarification à l'activité (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale).

Issu d'un amendement présenté par les sénateurs de l'Association, le dispositif prévoit l'obligation, pour le rapport considéré, de préciser les dispositions prises (sous-entendu par le Gouvernement) pour tenir compte d'un niveau d'activité moins soutenu des établissements du fait de leur implantation géographique dans les zones à faible densité démographique, **zones de revitalisation rurale ou zones de montagne**.

▪ Le statut d'établissement public de santé [article 8]

L'article 8 de la loi détermine le statut de droit commun des établissements publics de santé. On relève dans le texte la précision, introduite par la commission des affaires sociales du Sénat, suivant laquelle l'objet principal des établissements publics de santé « *ne est ni industriel, ni commercial* ». Il s'agit d'une précision en apparence anodine, mais qui vient tempérer la logique d'entreprise qui pouvait être sous-tendue dans le projet de loi initial du Gouvernement.

La gouvernance de tout établissement public de santé repose sur un conseil de surveillance et un directeur. Il est précisé que dans sa direction de l'établissement, le directeur est « *assisté d'un directoire* ».

▪ Le conseil de surveillance de l'établissement public de santé [article 9]

Les dispositions afférentes au conseil de surveillance de l'établissement public de santé ont été âprement discutées par les parlementaires⁶. En question ici : sa composition et sa présidence.

S'agissant de **la composition du conseil de surveillance**, le texte définitif maintient le principe de trois collègues :

- cinq représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements ;
- cinq représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public ;
- enfin cinq personnalités qualifiées, toutes nommées par l'État (le directeur de l'agence régionale de santé et le préfet de département).

Il convient de noter le maintien de la présence, de droit, du maire de la commune siège de l'établissement principal et du président du conseil général au sein du conseil de surveillance. En revanche, la demande faite par l'Association, à l'instar d'autres associations nationales de plus, de réserver **la présidence du conseil de surveillance** de l'établissement public de santé à un élu n'a pas été satisfaite. La commission mixte paritaire, n'a pas repris les avancées introduites par le Sénat sur ce point. En conséquence, aux termes de la loi, le conseil de surveillance élit son président parmi les membres des premier et troisième collègues.

⁶ Cf. note n° 39/09 PB/GM, Comité directeur du 9 avril 2009 ; note n° 76/09 PB/GM, Comité directeur du 11 juin 2009.

▪ **Le directeur, président du directoire de l'établissement public de santé [article 10]**

Pour mémoire : le projet de texte du Gouvernement prévoit que le directeur de l'établissement, président du directoire, a la pleine responsabilité de l'établissement public de santé ; ses pouvoirs sont élargis, son autonomie renforcée.

On relève, notamment :

- que dans de nombreuses matières stratégiques (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; programme d'investissement) le président du directoire exerce ses prérogatives après concertation avec le directoire. Il n'est plus question de simple « consultation des autres membres du directoire » ;

▪ **Les communautés hospitalières de territoires [article 22]**

Pour mémoire : le projet de texte du Gouvernement prévoit la création, pour les établissements publics de santé, de **communautés hospitalières de territoire (CHT)** ; il s'agit d'une proposition du rapport Larcher, de avril 2008. Du point de vue du Gouvernement, il s'agit d'une disposition essentielle et structurante du texte.

Dans le texte définitif, on relève, pour l'essentiel :

- qu'un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire ;
- que l'initiative de la conclusion d'une convention de communauté hospitalière de territoire peut incomber aux présidents des conseils de surveillance des établissements publics de santé ; en ce cas, la proposition est faite au directeur général de l'agence régionale de santé compétente.

S'agissant de la convention constitutive de la CHT :

- la convention prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires ;
- l'obligation pour la convention doit être compatible avec les schémas régionaux d'organisation des soins.

Le texte définitif maintient **le dispositif** - introduit en première lecture par les députés - **d'incitations financières**, au bénéfice des établissements publics de santé, en vue de la constitution de communautés hospitalières de territoire. Celles-ci ont pour effet de vider de sa substance le caractère volontaire de la constitution d'une communauté hospitalière de territoire.

Précisément :

- les crédits d'aide à la contractualisation, et les crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé sont prioritairement affectés au soutien des établissements s'engageant dans des projets de coopération, notamment les projets tendant à la réalisation d'une CHT ;
- les établissements participant à un projet de CHT bénéficient d'un financement majoré de 15 %.

Le amendement déposé par l'ANEM, prescrivant **la consultation du ou des comités de massif** compétents sur tout projet de création d'une communauté hospitalière de territoire, **ne pas** été **adopté**. Le Gouvernement a estimé que cette consultation aurait pour effet d'alourdir la procédure, en ajoutant à la complexité.

▪ Les groupements de coopération sanitaire [article 23]

Le groupement de coopération sanitaire de moyens est la seconde forme de coopération entre établissements de santé. Il rassemble plusieurs structures de santé ou de soins :

- établissements de santé de droit public ou de droit privé ;
- établissements médicaux-sociaux (mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles) ;
- des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective ;
- des centres de santé.

La nature (de droit public ou de droit privé) de la personnalité juridique du groupement de coopération sanitaire varie suivant la qualité de ses membres, ou suivant la structure de son capital ou l'origine des participations à son fonctionnement.

▪ La coordination de l'évolution du système de santé par l'Agence régionale de santé [Article 23]

La coordination dont il s'agit incombe au directeur de l'ARS.

À ce titre, le directeur de l'ARS peut demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, ou de créer un groupement de coopération sanitaire.

Deux apports essentiels, issus des travaux du Sénat, sont à relever :

- d'abord, l'obligation faite au directeur général de l'ARS de transmettre sa demande au conseil de surveillance, au directoire, ainsi qu'à la commission médicale des établissements concernés par la coopération ; le directeur devant apporter toutes précisions sur les conséquences économiques et sociales et sur le fonctionnement de la nouvelle organisation des soins ;
- surtout, la **possibilité pour le directeur d'imposer, en pratique, la constitution d'une communauté hospitalière de territoire** lorsque « *la qualité et la sécurité des soins le justifient* » ou lorsqu'un « *déséquilibre financier important est constaté* ». Il s'agit là d'une modification déterminante, issue d'un amendement du Gouvernement.

Observations : si la seconde hypothèse de **constitution imposée d'une CHT** renvoie à des données objectives, aisément vérifiables, la première, reposant sur « *la qualité et la sécurité des soins* » ouvre la voie aux appréciations les plus subjectives du directeur de l'ARS. À l'évidence, l'intéressé dispose en la matière d'un pouvoir discrétionnaire certain.

Accès de tous à des soins de qualité [Titre II]

▪ Principes d'organisation de l'offre de soins [article 36]

Pour mémoire : le projet initial du Gouvernement détermine des **principes d'organisation de l'offre de soins** censés apporter une réponse aux différents besoins de santé des patients. Il distingue nettement entre « l'offre de soins de premier recours » et « l'offre de soins de second recours ». L'article 14 précise par ailleurs, sans prétendre à l'exhaustivité, les missions du médecin généraliste de premier recours.

L'offre de soins de **premier recours** a pour objet de répondre aux **besoins de santé de proximité** ; elle implique une présence resserrée des professionnels de santé sur le territoire concerné.

L'offre de soins de **second recours** renvoie à la prise en charge des **besoins plus spécialisés**, qui font appel à des ressources plus rares.

À retenir, pour les deux types d'offre de soins :

- c'est l'agence régionale de santé qui est compétente pour l'organisation de l'offre ;
- le document de planification est le schéma régional d'organisation des soins.

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement, porté par les sénateurs de l'Association, qui a pour objet l'inscription dans la loi de l'exigence d'une adaptation de la réglementation applicable à l'organisation de l'offre de soins en fonction de la spécificité géographique et climatique des territoires. Cette exigence figure dans le texte définitif.

En conséquence, il est désormais prévu (article L. 1411-1 du code de la santé publique) que l'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, « **qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours** ».

▪ **Les pharmacies d'officine et l'accès de tous à des soins de qualité [article 38]**

Les députés ont introduit une disposition essentielle qui consacre le rôle des pharmacies d'officine en matière d'accès aux soins. Il est notamment prévu que les pharmacies d'officine :

- contribuent aux soins de premier recours ;
- participent à la coopération entre professionnels de santé ;
- participent au service public de la permanence des soins.

▪ **Les pôles de santé [article 40]**

Les députés ont adopté une disposition qui donne une base légale aux pôles de santé, constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours.

▪ **Mesures incitatives à l'installation des jeunes médecins en zone déficitaire [article 46]**

À l'initiative des députés, a été institué le **contrat d'engagement de service public**, que peuvent conclure les étudiants en médecine. Ce contrat ouvre droit à une allocation mensuelle jusqu'à la fin des études médicales.

En contrepartie de cette allocation, l'étudiant s'engage à exercer ses fonctions à titre libéral ou salarié, à la fin de sa formation initiale, dans un territoire où l'offre médicale est insuffisante ou la continuité de l'accès aux soins menacée. Le dispositif concerne en priorité les **zones de revitalisation rurale** visées à l'article 1465 A du code général des impôts.

La durée de l'engagement est égale à celle pendant laquelle l'étudiant a perçu l'allocation mensuelle, et ne peut être inférieure à deux ans.

▪ Organisation et permanence des soins ambulatoires [article 49]

Pour mémoire : le projet de texte du Gouvernement modifie, essentiellement, l'article L. 6314-1 du code de la santé publique :

- il réaffirme le caractère de mission de service public de la permanence des soins ambulatoires ;
- il précise que cette mission de service public est assurée par les médecins libéraux, en collaboration avec les établissements de santé. C'est une différence essentielle par rapport au dispositif existant, dans lequel il est dit que les médecins libéraux participent à la mission de service public de permanence des soins ;
- l'organisation de la permanence des soins est **confiée à l'Agence régionale de santé**, créée par la loi.

Observations :

L'ANEM avait présenté un amendement, défendu à l'Assemblée nationale par Henri NAYROU, ayant pour objet d'obliger le directeur de l'ARS à adresser, chaque année, au comité de massif intéressé un rapport sur l'organisation de la permanence des soins au sein des territoires relevant de sa compétence. Le même amendement permettait au comité de massif de rendre un avis public sur ce rapport annuel.

L'amendement n'a pas été adopté.

Organisation territoriale du système de santé [Titre IV]

▪ Institution des agences régionales de santé [article 118]

Pour mémoire : le projet de texte du Gouvernement crée les agences régionales de santé (ARS), qui regroupent **au sein d'une institution unique sept organismes** jusqu'alors chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elle se substitue.

Concrètement, l'ARS regroupe :

- l'agence régionale de l'hospitalisation ;
- les services déconcentrés actuels de l'État (pôles « santé » et « médico-social » de la direction régionale et des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS) ;
- l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) ;
- le groupement régional de santé publique (GRSP) ;
- la mission régionale de santé (MRS) ;
- la partie « sanitaire » de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM).

Le conseil de surveillance de l'ARS est son instance délibérante. Le projet de texte du Gouvernement prévoit de confier au préfet de région la présidence du conseil de surveillance.

A l'issue des débats au Parlement, il ressort que le Gouvernement est resté ferme sur l'économie générale de son texte.

En ce sens, on relève :

- le maintien de la dénomination originale Agence régionale de santé, figurant dans le texte du Gouvernement, adopté par l'Assemblée nationale. La commission des affaires sociales du Sénat avait retenue la dénomination « Agence régionale de santé et de l'autonomie (ARSA),
- la liste des missions des ARS a été étendue et précisée,
- la présidence du conseil de surveillance de l'ARS incombe au représentant de l'État dans la région.

Il convient de relever que, dans sa décision du 16 juillet 2009, le Conseil constitutionnel a censuré la disposition de l'article 118 de la loi déferée qui prévoyait qu'à titre expérimental, la présidence du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé pouvait être confiée à une personnalité qualifiée désignée par le ministre de la santé. Le législateur a été sanctionné au motif qu'il avait autorisé une expérimentation sans en fixer de terme.

▪ La politique régionale de santé [article 118]

Pour mémoire : dans le texte du Gouvernement, la politique régionale de santé repose sur le « projet régional de santé », dont la mise en œuvre à l'échelon local peut se traduire par des « contrats locaux de santé » ; elle se déploie sur des « territoires de santé », et fait intervenir, le cas échéant, des « conférences de territoires ». Ce dispositif traduit la volonté du Gouvernement de **territorialiser les politiques de santé**.

Le **projet régional de santé** comprend, notamment :

- un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et les objectifs ;
- des schémas régionaux, dont le schéma régional d'organisation des soins (SROS), lequel englobe désormais l'ensemble de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire et détermine les zones géographiques de l'accès aux soins de premier et de second recours.

Dans le texte définitif, les demandes de l'Association ont été partiellement satisfaites :

S'agissant du SROS, a été introduite, à l'initiative des députés, la notion « **d'accessibilité géographique** ». Précisément, il est prévu que le SROS « a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficience et d'accessibilité géographique ».

Cet ajout répond partiellement à une demande de l'ANEM, qui souhaitait voir précisé **que l'accessibilité géographique est appréciée en termes de temps de parcours, compte tenu du relief ou des spécificités climatiques des territoires**.

S'agissant du projet régional de santé, le texte du Gouvernement prévoyait que le projet régional de santé devait faire l'objet d'un avis du représentant de l'État dans la région (article L. 1434-3 CSP).

L'Association avait proposé que dans les territoires de montagne, précisément au nom du principe de territorialisation, les comités de massif intéressés se prononcent sur le projet régional de santé afférent au territoire sur lequel ils exercent leurs compétences. Cette proposition n'a pas été reprise dans le texte définitif.

Enfin, au cours des débats, l'Association a proposé un amendement ayant pour objet d'imposer la prise en compte de la population saisonnière, notamment touristique, dans la détermination du contenu du SROS. Cette proposition raisonnable n'a pas été adoptée.