



NUMERO DOUBLE
SPECIAL PROJET DE LOI HPST

**PROJET DE LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES »
(HPST)**

HPST adopté à l'Assemblée nationale

Le 18 mars 2009, l'Assemblée nationale a adopté, par 246 voix pour et 199 voix contre, le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Ce vote est l'aboutissement d'un long débat, puisqu'il aura fallu 28 séances pour étudier les 33 articles prévus initialement et les 1973 amendements déposés par les parlementaires.

Nous ne reviendrons pas sur l'ensemble des modifications du texte voté, mais vous pouvez retrouver, sur le portail documentaire de l'UNAF, les principaux amendements intégrés dans le projet de loi, ainsi que les commentaires de l'UNAF concernant les principales modifications.

Ce document est construit en deux parties. La première concerne le sort réservé aux amendements que nous avons déposés collectivement, dans le cadre du Collectif interassociatif sur la santé (CISS).

La seconde partie concernera les principales modifications apparues durant la discussion parlementaire.

**Les amendements des associations représentant les usagers
du système de santé :**

L'UNAF n'avait pas déposé, en tant que telle, des amendements, mais a participé activement à la rédaction des 25 amendements du collectif interassociatif sur la santé présentés autour de trois axes : **renforcer** la nouvelle gouvernance ; **mieux répondre** aux défis de la qualité des soins ; **conforter** les droits des patients et les rendre effectifs.

Vous trouverez ci-après la liste de ces amendements et le sort qui leur a été réservé :

Renforcer les gouvernances hospitalières et régionales

1. Obligation de créer des conférences de territoire

Cet amendement a été repris, puisque dans chaque territoire de santé, le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) doit **constituer une conférence de territoire**.

Ceci n'est donc plus une option laissée à l'appréciation du directeur de l'ARS, mais bien une obligation. Le débat a également permis de préciser les missions de ces

conférences de territoire puisqu'elles devront, en particulier, contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.

2. Des conférences régionales de santé de plein exercice

Les députés ont également repris cet amendement. Les conférences régionales de santé se nomment dorénavant « conférences régionales de santé **et de l'autonomie** » (ce changement de dénomination vise à rendre plus visible le rôle de la conférence dans le domaine du médico-social), peuvent faire toutes propositions au directeur général de l'Agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région. Elles émettent un avis sur le plan stratégique régional de santé. Elles organisent en leur sein, l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elles procèdent à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services en santé et de la qualité des prises en charge. Elles organisent le débat public sur les questions de santé de leur choix. Les avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie sont rendus publics. Le directeur général de l'Agence doit venir au moins une fois par an rendre compte devant la CRS, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et indiquer à la conférence la suite qu'il a donnée à ses avis.

3. Participation des représentants des usagers au conseil de surveillance des établissements

A la lecture du texte initial, nous nous étions aperçus que le texte prévoyait qu'« au plus 2 représentants des usagers » siègeraient au conseil de surveillance des établissements de santé. Cette rédaction laissait à penser que cela pouvait être 1, voire même aucun. Nous avons donc déposé un amendement visant à assurer 2 places aux représentants des usagers dans le collège des personnes qualifiées. La nouvelle rédaction « dont au moins 2 représentants des usagers » nous assure donc notre place, même si depuis 2005, 3 représentants des usagers siègent dans le conseil d'administration des hôpitaux. La composition du conseil était moins ramassée que celle du futur conseil de surveillance. Nous ne perdons donc pas d'influence dans ce nouveau texte.

4. Participation des représentants des usagers au conseil de surveillance de l'établissement, siège de la communauté hospitalière de territoire

Sur ce point, le texte n'a pas été modifié, mais la composition du conseil de surveillance de l'établissement siège de la CHT devrait refléter « en miroir » celui des établissements de santé. Nous essaierons néanmoins de refaire préciser ce point dans le cadre de la discussion au Sénat.

5. Participation des représentants des usagers au conseil de surveillance des ARS

Le texte prévoit explicitement que « des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées » siègeront dans le conseil de surveillance de l'Agence.

Mieux répondre au défi de la qualité des soins

6. Extension des compétences des ARS à la coordination des professionnels de santé

Cet amendement a également été repris puisque l'ARS devra favoriser la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médico-sociaux et contribuer à l'élaboration d'outils facilitant cette collaboration.

7. Extension de la reconnaissance légale aux actions d'accompagnement des patients

Cette reconnaissance est désormais effective avec la création d'un titre VI du Code de Santé Publique, intitulé « éducation thérapeutique et **actions d'accompagnement** du patient ».

Le projet de texte précise que l'éducation thérapeutique du patient fait partie de l'éducation pour la santé dont elle utilise les principes et les méthodes. Sa spécificité est qu'elle s'adresse à des patients et à leur entourage. Elle s'inscrit dans le parcours de soins du patient à travers les relations qu'il établit, en parti-

culier avec les professionnels de santé. Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret. Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, dans le cadre du projet régional de santé des Agences régionales de santé, après concertation avec les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient. Par ailleurs, celle-ci n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Quant aux programmes d'accompagnement, ils sont définis de la manière suivante : les actions d'accompagnement des patients ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades dans la prise en charge de leur maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la Santé.

8. Création des plans de soins coordonnés

Notre amendement sur les plans de soins coordonnés n'a pas été repris, il sera donc à nouveau présenté au Sénat.

9. Ouverture du financement des actions d'accompagnement des patients aux ARS

10. Création d'un fonds pour le financement de l'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients

Les députés n'ont pas souhaité créer un fonds pour financer les programmes d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients, mais la Ministre a demandé qu'un rapport lui soit rendu avant la fin 2010, visant à étudier les conditions de la mise en œuvre d'un tel fonds.

11. Création d'un Conseil national de l'éducation thérapeutique et des actions d'accompagnement des patients

Cette proposition n'a pas été retenue.

12. Obligation, pour le Conseil de surveillance de l'établissement de santé, de délibérer sur la politique de qualité

Il nous semblait en effet indispensable que le Conseil de surveillance puisse participer à l'élaboration de la politique de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Nous ne sommes qu'à demi satisfaits, puisque le texte adopté permet que le Conseil de surveillance donne son avis sur la mise en place de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Donner un avis n'a pas la même signification que le terme « élaborer ». Il faudra donc que les représentants des usagers qui siègeront dans les futurs conseils de surveillance soient particulièrement attentifs à cette question. Nous sommes néanmoins satisfaits que les députés aient étendu le sujet à la sécurité des soins, la gestion des risques et aux conditions d'accueil et des prises en charge des usagers. Ainsi, c'est le directeur qui élabore et arrête la politique d'amélioration continue de la qualité, la CME contribue à cette élaboration et le Conseil de surveillance donne un avis.

13. Maintien d'une Commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge (CRUQPC) par établissement et obligation d'une commission par communauté hospitalière de territoire avec des missions différentes

Ce combat n'était pas gagné d'avance puisque le cabinet de Roselyne Bachelot n'était pas favorable au maintien d'une CRUQPC dans chacun des établissements, composant une communauté hospitalière de territoire. Nous avons dû être particulièrement convaincants lors des auditions, puisque plusieurs groupes ont repris notre amendement, la Ministre se ralliant à nos arguments. Chacun des établissements

composant la communauté hospitalière de territoire garde donc sa CRUQPC. La Ministre a précisé que les textes réglementaires prévoient que la CRUQPC de l'établissement, siège de la CHT, aura une double casquette, celle classique d'une CRUQ d'établissement et une fonction de coordination et de synthèse des remontées des CRQ des établissements membres de la CHT.

14. Assurer un égal accès à la prévention et à la santé aux personnes en situation de handicap

Cet amendement n'a pas été repris.

15. Obligation de délibérer sur les plans de déplacements sanitaires

Cet amendement n'a pas été repris, au motif que la question des transports sanitaires sera totalement intégrée dans le schéma régional de l'organisation des soins. Cette réponse ne nous satisfait là encore qu'à moitié. En effet, la nouvelle organisation de l'offre de soins va avoir pour conséquence d'éloigner parfois cette offre du domicile du patient. Il est donc impératif que cette question soit spécifiquement débattue, afin que les déplacements vers les structures de prises en charge n'aboutissent pas à l'apparition de nouveaux obstacles quant à l'accès aux soins pour certaines catégories de la population.

16. Encadrement de la télémédecine

Notre amendement a été repris : le texte donne une base législative à la télémédecine qui a vocation à se développer très largement dans les années à venir.

Conforter les droits des patients et les rendre effectifs

17. Participation des représentants des usagers aux Commissions des pénalités des CPAM

Cet amendement n'a pas été repris. Actuellement, rien n'interdit la participation de représentants des usagers aux Commissions de pénalités des CPAM, mais ceci n'est pas une obligation. C'est ainsi qu'actuellement, peu de représentants des usagers siègent au sein de ces instances. Nous aurions voulu, par cet amendement, assurer cette représentation au sein de cette commission, importante pour les usagers.

18. Fixation d'un plafond de dépassements d'honoraires

Amendement non repris. Il est intéressant que la loi prévoit la sanction des dépassements d'honoraires, excédant « le tact et la mesure », mais la majorité des députés n'a pas souhaité aller au-delà de ces termes et fixer un plafond. Cela sera donc la jurisprudence qui déterminera ce qu'encadre cette notion pour le moins sujette à interprétation.

19. Création d'un recours en suppléance directe

Cette proposition n'a pas été retenue.

20. Participation des représentants des usagers aux commissions de l'activité libérale à l'hôpital public

Il est dorénavant prévu qu'un représentant des usagers siège à la Commission de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé.

21. Création d'un Conseil national des stratégies d'informatisation de santé

Amendement non repris.

22. Exigence de consentement explicite en matière de données personnelles de santé informatisées

Amendement non repris.

23. Création d'un régime de sanctions pénales aggravées en matière d'infraction aux règles de la protection des données personnelles de santé informatisées

Amendement non repris.

24. Droit à la traçabilité des données personnelles de santé informatisées

Amendement non repris.

25. Mieux protéger les transferts de données

Amendement non repris.

En conclusion, nous sommes assez satisfaits de la reprise d'un tiers de nos amendements (9/25) par les députés. Nous essayerons de faire passer les autres lors de la discussion au Sénat.

II. Les autres modifications intervenues durant la discussion à l'Assemblée nationale :

La discussion parlementaire ne s'est, bien entendu, pas limitée à l'étude des amendements proposés par les associations représentant les usagers du système de santé. Sans être exhaustifs, nous reprendrons pour chacun des titres du projet de loi, les principales modifications apportées par le débat.

Titre I - Modernisation des établissements de santé

Les débats ont été particulièrement vifs concernant le thème de la gouvernance à l'hôpital et de l'équilibre des pouvoirs entre le directeur de l'établissement, qui est également président du Directoire et la Commission médicale d'établissement (CME) en charge de l'élaboration du projet médical. Certains parlementaires estimant que le pouvoir donné au directeur était beaucoup trop important et pouvait réduire à un simple rôle de spectateur la CME, bien que la vice-présidence du Directoire soit confiée au président de la CME. Le texte adopté a donc sensiblement renforcé le champ d'intervention de la CME (article 6).

De même, de très nombreux députés ont regretté que la question de la place des CHU dans la réforme ne soit pas abordée. En effet, il a été confié au Professeur Jacques Marescaux, une mission sur les CHU. Les conclusions, dont certaines devraient être intégrées dans le projet de loi, seront rendues dans le courant du mois d'avril, soit après la discussion à l'Assemblée nationale, ce qui est pour le moins curieux...

Autres thèmes longuement discutés :

(article 1)

La notion d'établissement privé à but non lucratif, participant au service public hospitalier (PSPH) avait disparu. Les députés l'ont remise en avant, tout en changeant le nom de ces établissements, puisqu'ils deviennent maintenant des Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Une meilleure reconnaissance de l'Hospitalisation à domicile (HAD) : le projet de texte initial reconnaissait l'HAD comme une composante de l'activité des établissements de santé « qui délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ». L'Assemblée nationale a souhaité protéger le terme HAD, en indiquant que « seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues peuvent faire l'usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile ». L'objectif est de différencier les structures HAD des entreprises proposant seulement des prestations de service à domicile.

L'Autre sujet de débat ayant conduit à de vifs échanges, concerne la possibilité de voir confier une ou des missions de service public à des établissements privés lucratifs, en cas de carence au sein d'un terri-

toire de santé. Cette délégation se fera dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui prévoit les obligations auxquelles l'établissement sera assujéti, à savoir, de garantir : l'égal accès à des soins de qualité ; l'accueil et la prise en charge de la personne 24h/24, ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution dans le cadre défini par l'ARS ; la possibilité d'être pris en charge aux tarifs sécurité sociale (secteur 1).

Ces garanties sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient, dès lors que celui-ci a été admis ou accueilli et pris en charge au titre de l'urgence ou de l'une des missions de service public. Ces obligations s'imposent aux médecins qui exercent au sein de ces établissements.

Afin de garantir l'accès à des soins sans dépassement d'honoraires dans certaines spécialités au sein d'un territoire : les députés ont prévu que si l'ARS constate une difficulté d'accès aux soins, un établissement de santé ou un titulaire d'autorisation « peut être assujéti, par son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à garantir, pour certaines disciplines ou spécialités et dans une limite fixée par décret, une proportion minimale d'actes facturés sans dépassement d'honoraires, en dehors de ceux délivrés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé et des situations d'urgence ».

(article 2)

Il est désormais prévu la mise à disposition du public, des résultats publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité de soins. En cas de non-respect de ces dispositions, le directeur de l'ARS pourra prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financements. Cette mesure est particulièrement importante quant à la transparence auprès du public des performances de l'hôpital.

Nous devons néanmoins collectivement veiller à la pertinence de ces indicateurs et à leur compréhension par un public non-spécialiste.

(article 5)

Sur la composition du conseil de surveillance, le texte initial prévoyait au maximum 12 membres au sein de trois collèges (4 élus, 4 professionnels, 4 personnes qualifiées). Le conseil de surveillance sera finalement composé au maximum de 15 membres, 5 dans chaque collège. Siègeront également un certain nombre de personnalités avec voix consultative (le vice-président du directoire, le directeur de l'ARS, un directeur de caisse primaire d'assurance maladie, dans les CHU le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, dans les établissements délivrant des soins de longue durée ou gérant des établissements pour personnes âgées, un représentant des familles de personnes accueillies). La présidence du conseil de surveillance ne sera pas forcément confiée à un élu, puisque le choix se fera dans le 1er ou le 3^{ème} collège (élus ou personnes qualifiées).

(article 6)

Outre le débat qu'il y a eu sur la question de l'équilibre entre les pouvoirs du président du Directoire (c'est-à-dire le directeur de l'établissement) et la communauté médicale, cet article aborde également la composition du directoire qui a été sensiblement modifiée par l'assemblée.

Le Directoire sera donc composé du directeur de l'établissement qui en est le président et président de la CME qui en est le vice-président. Le nombre de personnes composant le directoire est de 7 (ou de 9 dans les CHU). Le président de la commission des soins infirmiers est membre de droit du Directoire, ce qui est nouveau par rapport à la première rédaction du texte. Le personnel médical, pharmaceutique et odontologique, les médecins sont majoritaires au sein de cette instance, ce qui est aussi une nouveauté. Les autres membres sont nommés par le président du directoire.

(article 8)

Le texte confirme l'organisation interne des établissements en pôles, conformément à la réforme « hôpital 2007 ». La ministre a néanmoins réaffirmé, au cours du débat que l'organisation en « services » ne disparaissait pas.

Par ailleurs, face à la dramatique actualité de la fin de l'année 2008 concernant la difficulté d'appréciation du nombre de lits réellement disponibles au sein des établissements, un texte a été rajouté indiquant que « Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits.

À la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel ».

Les députés ont également adopté l'extension aux CHU d'un dispositif existant déjà pour les hôpitaux locaux (cliniques ouvertes) et pour les centres hospitaliers non régionaux. Ainsi « *le président du Directoire d'un établissement public de santé peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article L. 6154-1, à participer à l'exercice des missions de cet établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, peuvent également participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné.*

Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les professionnels libéraux intervenant en hospitalisation à domicile.

Par exception aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé ».

Un certain nombre d'autres dispositions concernant les contrats, les statuts des personnels, la gestion des carrières sont contenues dans cet article, ainsi que dans l'article 10.

(Article 12)

Cet article, qui aborde la constitution des communautés hospitalières de territoire, n'a quasiment pas été modifié par le débat parlementaire.

La seule modification majeure a concerné l'hypothèse où la CHT comporte un établissement médico-social public, le directeur et le président du conseil d'administration de l'établissement associé assistent au conseil de surveillance avec voix consultative.

(Article 13)

Il aborde les questions ayant trait aux groupements de coopération sanitaire (GCS).

Il est à noter que, curieusement ce n'est pas 2, mais 3 représentants des usagers qui siègent dans le conseil de surveillance des GCS. Ce qui est incohérent par rapport aux conseils de surveillance des établissements de santé qui n'en prévoient que 2.

Ceci est sans doute dû à une erreur de rédaction, car cet amendement a été écrit en séance.

Par ailleurs, cet article donne comme mission au directeur de l'ARS celle de coordonner l'évolution du système hospitalier, en vue notamment de : « *l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables (précision introduite par l'assemblée) ; garantir la qualité et la sécurité des soins ; d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, d'améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche* ».

Titre II - Accès de tous à des soins de qualité

Ce titre définit l'organisation des soins, la médecine de soins de premier recours, la création de pôles de santé, l'organisation de la formation continue des professionnels de santé, les études médicales, la permanence de soins, les coopérations entre professionnels de santé, le refus de soins...

(Article 14)

Il définit ce que l'on entend par soins de premiers recours (l'accès à des soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial et conformément au schéma régional d'organisation des soins. Ces soins comprennent : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; l'éducation pour la santé. « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé, concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux »).

Le même article définit les missions des médecins généralistes de premiers recours (les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes : contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients, la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies, ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ; orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; s'assurer que la coordination des soins nécessaire à ses patients est effective ; veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ; assurer la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ; contribuer aux actions de prévention et de dépistage ; participer à la permanence des soins ; contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales).

L'Assemblée a également précisé la place des pharmaciens d'officine dans l'offre de soins. Curieusement, le texte ne parlait à aucun moment du rôle des pharmaciens dans l'offre de soins au sein des territoires.

Il a été rajouté deux mesures : l'une définissant plus précisément les maisons de santé afin de les différencier des simples cabinets médicaux libéraux de groupe et de les dénombrer, et l'autre d'instaurer un financement de la coordination des soins assurée par les maisons de santé, les centres de santé et les pôles de santé par le FIQCS (au moins 20 millions d'euros).

Enfin, un chapitre nouveau est consacré aux pôles de santé (à ne pas confondre avec les pôles au sein des établissements hospitaliers). « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire, prévues par le schéma régional de prévention. Ils sont 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 ».

(article 15)

Cet article relatif à la démographie médicale, permet aux centres de santé et aux structures d'hospitalisation à domicile de recevoir des internes en stage. La discussion concernant la démographie médicale était très attendue de la part des professionnels, d'autant plus qu'un certain nombre de députés s'étaient exprimés pour demander des mesures fortes pour obliger les médecins à venir s'installer dans les zones sous-médicalisées. L'Assemblée n'a pas voulu aller jusque là et a décidé un statu quo pendant un délai de trois ans, à partir de la date d'entrée en vigueur du SROS, établi en 2010 par l'ARS et listant les zones surmédicalisées. C'est donc à compter de 2012 que chaque directeur d'ARS évaluera "la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours". Si l'offre s'avère insatisfaisante dans certains territoires de santé, le directeur de l'ARS pourra alors proposer aux médecins des zones médicalement surdotées d'adhérer à un "contrat santé solidarité", par lequel ils s'engagent à contribuer à

répondre aux besoins de santé de la population dans les zones défavorisées. En cas de refus d'adhésion ou de manquement aux obligations d'un tel contrat, les médecins réfractaires devront s'acquitter d'une contribution forfaitaire annuelle. Les mesures coercitives sont donc renvoyées à l'après 2012.

Une disposition a été prise visant à inciter les jeunes médecins à venir s'installer dans des zones sous-dotées. Cette proposition crée des bourses d'études assorties d'un engagement d'exercice de la médecine en zone sous-dense (dispositif financé à 100 % par l'Assurance maladie).

(article 16)

Cet article concerne la permanence des soins.

Il ne remet pas en cause le caractère volontaire de la participation à la permanence de soins, mais indique que tout médecin, quel que soit son statut, peut être amené à participer à cette permanence.

La régulation téléphonique des activités de la permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Un certain nombre de dispositions sont prévues concernant le statut du médecin régulateur.

Un amendement a été voté et prévoit d'expérimenter le dossier médical personnel (DMP) sous forme d'un outil informatique personnel, tel qu'une clef USB ou autre moyen de portage pour les malades atteints d'une affection de longue durée. Nous rappelons que nous sommes particulièrement dubitatifs face à cette proposition qui ne nous paraît pas satisfaire à toutes les normes de sécurité informatique.

(Article 17)

Il porte sur des questions concernant des projets de coopération entre professionnels de santé et vise à garantir l'encadrement et la traçabilité des coopérations, les protocoles étant soumis à l'ARS. La Haute Autorité de Santé (HAS) a la possibilité de généraliser l'application des protocoles de coopération.

(Article 18)

Il vise à renforcer les sanctions appliquées en cas de refus de soins et de dépassement d'honoraires excessif.

Cet article est particulièrement important puisqu'il affirme qu'« Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner une personne en raison de ses mœurs, de sa situation de famille, de son handicap ou de son état de santé, de son origine ou de son appartenance ou non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, ou au motif qu'elle est bénéficiaire de la protection complémentaire ou du droit à l'aide (CMU, AME) ».

Le texte du gouvernement prévoyait que la charge de la preuve reposait sur le professionnel. C'était donc à ce dernier de prouver et non aux patients, que dans le cadre d'un éventuel refus, celui-ci était justifié par des éléments objectifs étrangers à toutes discriminations. L'ensemble des associations avait salué cette rédaction.

Malheureusement, cette rédaction n'a pas survécu au passage à l'Assemblée qui a préféré établir une procédure de conciliation. Ainsi, « *Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut soumettre au directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou au conseil départemental de l'ordre professionnel compétent les faits qui permettent d'en présumer l'existence. Lorsqu'il est saisi de ces éléments, le président du conseil départemental de l'ordre ou le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en accuse réception à l'auteur, en informe le professionnel de santé mis en cause et peut le convoquer dans un délai d'un mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Cette disposition est applicable également quand le refus est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire* ».

La conciliation est menée par une commission mixte, composée à parité de représentants du conseil départemental de l'ordre professionnel concerné et de l'organisme local d'assurance maladie.

En cas d'échec de la conciliation, le conseil départemental transmet la plainte à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé dans un délai de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte, en s'y associant le cas échéant.

En cas de carence du conseil départemental, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer à l'encontre du professionnel de santé une sanction.

Cette rédaction est beaucoup moins intéressante que la première et nous devons faire attention à ce que les textes réglementaires n'affaiblissent pas encore plus cette procédure.

A l'inverse, la possibilité de faire une enquête par voie de « testing » est ouverte (possibilité de se faire passer pour un bénéficiaire de la CMU par exemple et voir si le médecin ou le dentiste accepte ou refuse de vous recevoir).

Les députés ont adopté un amendement permettant aux 16-25 ans de bénéficier annuellement d'une consultation à visée préventive gratuite chez un médecin généraliste.

Enfin, l'aide à une complémentaire santé est portée de 200 à 350 euros pour les personnes, âgées de 50 à 59 ans et de 400 à 500 euros pour les personnes de plus de 60 ans.

(Article 19)

Relatif à la formation continue des professionnels de santé valide le concept de « *développement professionnel continu* », l'une des préconisations d'un récent rapport de l'IGAS.

Une réforme est prévue de l'ensemble des ordres professionnels médicaux et pharmaceutiques. Les membres de l'IGAS auront désormais la possibilité d'accéder aux cabinets des professionnels libéraux afin d'exercer éventuellement leur droit d'alerte, de contrôle, voire de sanction.

(Article 20)

Prévoit la réforme du statut des laboratoires d'analyses médicales par ordonnance.

(Article 21)

Visé, notamment, à rendre directement applicable l'obligation pour les industries de santé de transmettre à la HAS, pour publication, la liste des aides de toutes natures qu'elles ont versées aux associations agréées d'usagers du système de santé.

L'article 21 encadre également la télémédecine comme nous l'avons déjà indiqué précédemment.

Titre III - Prévention et santé publique

(Article 22)

Les députés ont souhaité introduire dans le code de santé publique la définition de l'OMS de la santé (« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »).

Cet article donne également une définition de l'éducation à la santé (« L'éducation à la santé comprend notamment la prévention comportementale et nutritionnelle, la promotion de l'activité physique et sportive et la lutte contre les addictions. Elle s'exprime par des actions individuelles ou collectives qui permettent à chacun de gérer son patrimoine santé. Une fondation contribue à la mobilisation des moyens nécessaires à cet effet »).

Nous ne reviendrons pas sur les questions d'éducation thérapeutique, développées dans la première partie de ce bloc-notes.

La nouvelle rédaction permet aux sages-femmes de prescrire la contraception et d'assurer le suivi gynécologique de prévention (sous réserve que la sage-femme adresse la femme au médecin en cas de situation pathologique) et de procéder au dépistage du cancer du col par le frottis cervico-utérin.

Un autre amendement adopté vise à permettre aux services de médecine universitaire de délivrer une contraception d'urgence, de s'assurer de l'accompagnement psychologique de l'étudiante et de veiller à la mise en œuvre d'un suivi médical.

La nouvelle rédaction propose que le régime local d'Alsace-Moselle ait la possibilité d'investir en matière de prévention et de santé publique dans la limite de 0,5 % des dépenses de prestations constatées durant l'exercice précédent.

Une formation à l'utilisation des défibrillateurs sera faite au cours de la journée d'intégration.

Enfin, un amendement permet de régler (définitivement ?) la question de l'utilisation du titre de psychologue, la question n'avait pas pu aboutir lors de la discussion de la loi de santé publique d'août 2004.

(Article 23)

Prévoit l'interdiction de la vente d'alcool à des mineurs.

(Article 24)

Interdiction de vente d'alcool au forfait, dans les stations-services entre 18 h et 8 heures, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et à domicile, contrôle.

Cet article a fait l'objet de très longs débats concernant l'interdiction des opens bars et de la distribution gratuite d'alcool et a abouti à un compromis entre les défenseurs de la santé publique et ceux de la filière viticole. Ceci a pour résultat un texte quelque peu baroque. Ainsi, « *Sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles déclarées, ou de celles, nouvelles, autorisées par le représentant de l'État dans le département dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, ou lorsqu'il s'agit de dégustations en vue de la vente au sens de l'article 1587 du code civil, il est interdit d'offrir gratuitement à volonté des boissons alcooliques dans un but commercial ou de les vendre à titre principal contre une somme forfaitaire* ». Les parlementaires ont particulièrement insisté sur la nécessité de permettre à des fêtes locales ou traditionnelles de se dérouler.

Les députés ont également introduit une disposition visant à permettre à un maire de fixer une plage horaire qui ne peut être établie en deçà de 20 heures et au-delà de 8 heures, durant laquelle la vente à emporter de boissons alcooliques sur le territoire de sa commune est interdite.

De même, un amendement assez intéressant, vise à ce que si le débitant propose des boissons alcooliques à prix réduits pendant une période restreinte, il doit également proposer à prix réduit des boissons non-alcooliques.

Enfin, a été adoptée une disposition qui pose véritablement un problème aux yeux de l'UNAF. Ce nouvel article vise à aménager la loi Evin pour autoriser la publicité pour les boissons alcoolisées sur les sites Internet.

Il est précisé dans l'exposé des motifs que « cette disposition sera accompagnée de la mise en place d'un comité de suivi, qui réunira les acteurs économiques, les associations de santé publique et les associations familiales. Ce comité veillera au respect de la loi et s'assurera de l'absence de tout contournement ».

Durant l'année 2008, Roselyne Bachelot avait réuni une commission (à laquelle participait l'UNAF) visant à répondre à la demande des professionnels de voir intégrer Internet dans le dispositif mis en place par la loi Evin (la publicité pour l'alcool est actuellement interdite sur Internet car ce support n'existait pas lors de la rédaction de la loi en 1991).

Les discussions furent particulièrement difficiles avec les professionnels, ceux-ci voulant une libéralisation de la publicité de la vente d'alcool sur Internet, à l'exception des sites destinés à la jeunesse. Les associations de lutte contre l'alcoolisme, les associations de consommateurs, des professionnels de santé publique et l'UNAF, étaient quant à eux opposés à l'autorisation de la publicité concernant l'alcool, au motif notamment, que les jeunes ne se bornaient pas à aller sur des sites identifiés pour les jeunes et que le principe même d'Internet était de surfer sur l'ensemble de la toile. Après des semaines de discussions, les associations avaient accepté qu'il puisse y avoir de la publicité sur les sites des producteurs, distributeurs de vin et organisations professionnelles, mais pas au-delà. Le vote n'a pas repris cette idée puisqu'il autorise « *les services de communication en ligne, à l'exclusion de ceux qui, par leur caractère, leur présentation ou leur objet, apparaissent comme principalement destinés à la jeunesse, ainsi que ceux édités par des associations, sociétés et fédérations sportives ou des ligues professionnelles au sens du code du sport, sous réserve que la propagande ou la publicité ne soit ni intrusive, ni interstitielle* ».

Cette mesure ne nous paraît pas cohérente, d'un côté on annonce vouloir lutter contre l'alcoolisme chez les jeunes (et également en population générale) et d'un autre on accepte une autorisation très large de la publicité sur ces produits. La politique de santé publique, pour être efficace, a besoin de cohérence. Le vote de cet article ne va pas dans ce sens. Par ailleurs, la notion de « sites principalement destinés à la jeunesse » paraît particulièrement floue. Nous essaierons, lors du débat au Sénat, de revenir sur ce dispositif, mais sans grand espoir. En tout état de cause, nous demanderons à participer au comité de suivi que la ministre s'est engagée à mettre en place et qui aura notamment pour mission de repérer d'éventuelles dérives et de proposer des mesures correctives qui pourront être reprises lors de l'examen de la révision de la loi de santé publique qui aura lieu en 2010.

(Article 25)

Interdiction de commercialiser les cigarettes aromatisées « donnant une saveur sucrée ou acidulée ».

L'article 25 a également introduit un certain nombre de dispositions concernant la lutte contre le saturnisme, ou visant à détecter le radon et l'amiante.

De même, les députés ont souhaité rajouter des dispositions visant à renforcer la prévention de l'obésité et du surpoids. Il est désormais inscrit dans la loi que la prévention de l'obésité et du surpoids est une priorité de santé publique et que dans ce cadre, l'État doit organiser et coordonner la prévention, le traitement et la lutte contre ce fléau. Des campagnes d'information devront être menées et contribuer à lutter contre toutes discriminations liées à cet état.

Les programmes scolaires et extrascolaires devront intégrer la nécessité d'une activité physique quotidienne d'au moins 30 minutes pour chaque enfant. Les consommateurs pourront utiliser les tickets restaurant pour acheter des fruits et des légumes chez les détaillants.

Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

Le gouvernement a souhaité par la rédaction de ce 4^{ème} Titre, renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé, simplifier le système de santé et réunir au niveau régional les forces de l'État et de l'assurance maladie ; mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé. Pour atteindre ces objectifs :

(Article 26)

Création dans chaque région d'une agence régionale de santé qui a pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, ainsi que de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dans le cadre de la politique de santé publique. L'article 26 détaille les missions très larges qui lui sont attribuées.

Le passage à l'Assemblée nationale a permis de préciser certaines de ces missions. En voici quelques-unes : l'ARS doit mettre en œuvre, au niveau régional, la politique de santé publique en articulation avec les autorités compétentes, en ce qui concerne les services de santé au travail et les services scolaires et

universitaires. Elle organise la veille sanitaire en s'appuyant, en particulier, sur les travaux des observatoires régionaux de santé, ainsi que sur le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires. Elle contribue à la gestion des risques sanitaires. Elle régule, oriente et organise l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et garantit l'efficacité et l'efficience du système de santé. Elle veille à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé, ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux ; elle procède à des contrôles à cette fin ; elle contribue, avec les services de l'État compétents, à la prévention et à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services de santé et médico-sociaux ; elle publie chaque année un indicateur de qualité pour chaque établissement et service de santé de son ressort, en lien avec la Haute Autorité de santé.

Elle favorise la mise en place de réseaux de santé ville-hôpital afin d'accroître l'offre de proximité en matière d'interruption volontaire de grossesse et de contribuer au raccourcissement des délais de prise en charge ; elle veille notamment à la diffusion de la pratique des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses en médecine de ville, grâce à la formation de médecins généralistes au travers de ces réseaux de santé.

Elle définit et met en œuvre, avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, c'est-à-dire visant à ce que soient améliorés les modes de recours aux soins des patients et les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux, et à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé.

Elle veille à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population.

Elle s'appuie sur : « *une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis, à la définition de la politique régionale de santé ; et sur deux commissions de coordination des politiques associant les services de l'État, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale compétents pour assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions, d'une part dans les secteurs de la prévention, de la santé scolaire, de la protection maternelle et infantile et de la santé au travail et d'autre part, dans celui des prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Les modalités de constitution et de fonctionnement de ces deux commissions sont fixées par décret* ».

L'article précise également l'organisation de l'agence, la composition de son conseil de surveillance, les missions du directeur général.

Comme nous l'avons indiqué, la conférence régionale de santé se transforme en **conférence régionale de la santé et de l'autonomie**. Au moins une fois l'an, le directeur général de l'ARS doit rendre compte devant la conférence, de la mise en œuvre de la politique régionale de santé et informe la conférence des suites qui ont été données à ses avis.

Un conseil national de pilotage coordonne les agences régionales de santé.

La politique régionale de santé se fonde également sur un projet régional de santé qui définit les objectifs pluriannuels des politiques de santé que mène l'ARS dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures pour les atteindre. Il prend en compte les orientations nationales de la politique de santé et les dispositions financières fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances.

Le projet régional de santé est constitué : d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région ; de schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ; de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas, dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des

personnes les plus démunies. La programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé, pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé.

« Le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion ».

Le projet régional de santé fait l'objet d'un avis du représentant de l'État dans la région.

L'article 26 contient également des dispositions concernant la gestion du risque, les moyens et les outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé, abordant notamment les sujets de la veille, de la sécurité des polices sanitaires, des éléments de contractualisations par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les offreurs de services en santé et veillera au respect des engagements.

(article 27)

Aborde le problème de la représentation des professions de santé libérales avec la création, dans chaque région, d'une union régionale des professions de santé.

(article 28)

Aborde des dispositions concernant les établissements et services médico-sociaux. Il établit notamment, les conditions d'élaboration des schémas régionaux d'organisation sociale et médico-sociale, les articulations entre l'État, le représentant de l'État en région, les présidents des conseils généraux, les représentants de l'État dans les départements, ainsi que les concertations avec l'ensemble des acteurs du domaine. Les procédures d'appel d'offres. Le régime des autorisations. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. La tarification, les contrôles, etc.

(articles 29 à 33)

Concernent des dispositions d'ordre transitoire.

(article 34)

Qui a été rajouté au cours de la discussion, concerne des dispositions particulières pour l'établissement des « thermes nationaux d'Aix-les-bains ».

Voici donc les principaux points du texte qui sera présenté au sénat (nous vous rappelons que les points présentés ne sont pas exhaustifs et que seule une lecture complète du texte permet d'apprécier l'ensemble des dispositions contenues dans le projet de loi).

La discussion au Sénat devrait avoir lieu à partir du 11 mai 2009.

Nous vous rappelons que vous pouvez retrouver sur le portail documentaire de l'UNAF les principaux amendements intégrés dans le projet de loi, ainsi que les commentaires de l'UNAF concernant les principales modifications.