



LA LOI
« HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES »
DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS DE SANTE

COMMENTAIRE DE L'UNIOPSS
AOUT 2009

Le titre Ier de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) est intitulé « modernisation des établissements de santé » et procède à d'importantes modifications, en particulier au niveau de leurs missions. La définition de la mission globale des établissements demeure à peu près identique à ce qu'elle était : « le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins », sans toutefois distinguer entre soins de courte durée, des soins de suite ou de réadaptation et de longue durée comme antérieurement. Par contre, au niveau des missions de service public, la loi en modifie considérablement le cadre d'exercice.

Ce nouveau cadre et les outils mis en place ont pour visée de reconfigurer le paysage hospitalier. Si l'objectif avancé est de mieux répondre aux besoins de santé de la population, la réforme n'en est pas moins questionnante pour les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont à s'inscrire dans cette nouvelle donne.

▪ **La réforme du service public hospitalier, la fin du statut de participant au service public hospitalier (PSPH) (article 1er de la loi) :**

Les missions de service public (SP) sont définies au nombre de quatorze (article L.6112-1 du Code de la santé publique) :

- 1° La permanence des soins
- 2° La prise en charge des soins palliatifs
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire
- 4° La recherche
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination
- 10° Les actions de santé publique
- 11° La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement

- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier
- 13° Les soins dispensés aux personnes en rétention administrative
- 14° Les soins dispensés aux personnes en rétention de sûreté

En dehors de l'identification de la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, de la permanence des soins et des actions de santé publique en tant que mission de service public, la liste de ces missions évolue en fait peu. C'est sur leur dévolution que la loi procède à un important changement de logique. En effet, elles seront être réparties en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins entre tous les établissements quelque soit leur statut, (public, privé non lucratif, privé lucratif). La répartition de missions sera le fruit d'une négociation entre la future Agence régionale de santé (ARS) et l'établissement, formalisé par une clause dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). L'ARS aura d'importantes marges de manœuvre. Elle pourra ainsi imposer à un établissement l'exercice d'une mission qui ne serait pas assurée par ailleurs sur un territoire de santé et, à l'inverse, les établissements qui exercent actuellement des missions de service public (les établissements publics et les établissements PSPH qui deviendraient établissements de santé privés d'intérêt collectif ESPIC- cf. infra) ne sont pas assurés de les conserver.

A noter que ces missions de service public peuvent également être assurées ou du moins peuvent y contribuer : les centres de santé, maisons de santé, pôles de santé, les groupements de coopération sanitaire, les praticiens.

Premier aspect à retenir de ce changement fondamental : on s'intéresse désormais moins au statut de l'opérateur, comme en droit européen, qu'aux missions de service public qu'il exerce effectivement et sur lesquelles tout acteur peut élarger. Les cliniques commerciales pourront se voir confier des missions de service public sous réserve de respecter un certain nombre d'engagements qui correspondent aux obligations de service public : l'égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou du moins l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution ainsi que le respect des tarifs de la sécurité sociale, c'est-à-dire pas de dépassements (art. L. 6112-3 CSP). A noter toutefois, que pour les établissements publics de santé et pour les ESPIC, cf. infra, ces obligations s'appliquent à l'ensemble de leurs missions, ce qui permet encore de les distinguer en termes de service rendu. La notion de service public se détache cependant bien du statut du gestionnaire.

Deuxième aspect de ce changement : la rupture avec la stabilité conférée par le statut. Les missions de service public sont donc inscrites dans un processus de négociation entre l'ARS et l'établissement formalisé par le CPOM qui indiquera désormais les missions de service public hospitalier exercées pour 5 ans et les obligations attachées à leur exercice ainsi que, le cas échéant précise la loi, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations. Ainsi, la permanence des soins hospitalière sera réformée selon ce principe : la participation des établissements se fera sur une base contractuelle et rémunérée spécifiquement. C'est là un changement essentiel par rapport à la stabilité de la situation connue jusqu'à présent où les missions de service public étaient assurées par des établissements au statut reconnu : les établissements publics et les établissements PSPH. Le caractère mouvant du vecteur qu'est le contrat (aisément renégociable, résiliable par l'ARS en cas de manquement de l'établissement à ses obligations) et le possible retrait de la mission passées les 5 années que dure le contrat ne sont en effet pas sans poser d'importantes questions quant à la continuité de l'action pour la structure, ne serait-ce qu'en termes d'investissements.

A noter que le CPOM ou son avenant doit être signé ou révisé au plus tard 6 mois après l'attribution d'une mission de service public. A défaut, c'est l'ARS qui en fixe les termes.

Troisième aspect de ce changement et non des moindres pour le secteur non lucratif : tout établissement pouvant « participer au SPH », le statut PSPH propre aux établissements privés à but non lucratif exerçant des missions de service public est supprimé. Plus précisément, il disparaîtra au terme d'une période alignée sur celle du processus de convergence tarifaire, soit fin 2012 en l'état actuel des textes. A noter que les contrats de concession de SPH prennent également fin au plus tard à cette date.

Mais le terme de cette période sera très certainement repoussé à 2018, le Gouvernement ayant annoncé sa volonté de reporter la fin du processus de convergence intersectorielle à cette date dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. En dehors des débats que cela soulève sur le plan financier (cf. chapitre 6) cela peut permettre aux établissements de disposer de davantage de temps pour opérer la transition. Point positif étant donné l'ampleur des enjeux de recomposition du paysage hospitalier. D'autant, que là où dans le texte adopté par le Sénat, il y avait obligatoirement une reconnaissance prioritaire des missions de service public aux établissements qui en exercent actuellement, la loi ne le retient au final qu'une simple possibilité. Il s'agissait selon les membres de la commission mixte paritaire de donner à l'ARS davantage de latitude pour décider de la dévolution des missions de service public en fonction des besoins de la population.

▪ **La reconnaissance de la notion d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) (article 1er - IX et X de la loi) :**

La notion d'**ESPIC** est reconnue par la loi (**art. L. 6165-5 CSP**). Elle concerne les centres de lutte contre le cancer (CLCC) dont le régime est précisé, les actuels PSPH (sauf opposition de leur part) et tout autre établissement de santé privé à but non lucratif qui en fait la déclaration auprès de l'ARS. Ces établissements sont ainsi qualifiés car un certain nombre d'obligations s'imposent à eux : l'égal accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou du moins l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution. Ils doivent respecter les tarifs de la sécurité sociale (pas de dépassements).

Par contre, l'examen de la loi à l'Assemblée puis au Sénat, ni le passage en commission mixte paritaire, n'aura permis d'inscrire les conséquences concrètes de cette notion en termes de régime juridique que l'Uniopss et les autres organisations représentant ces établissements demandaient dans leurs propositions d'amendements. La notion serait donc à affiner dans les prochains textes d'application de la loi, textes réglementaires voire ordonnance. Si les ESPIC, comme les établissements publics, ne sont pas de droit détenteurs de missions de service public, contrairement à ce que les organisations demandaient, ils pourront par contre en exercer, en fonction du résultat de la négociation qu'il auront à mener avec l'ARS qui répartit ces missions voire être associés à l'accomplissement de missions de service public exercées par un établissement public ou une communauté hospitalière de territoire (CHT) (cf. infra) selon un accord conclu avec ces derniers (**art. L. 6165-8 CSP**).

A noter, que les établissements actuellement PSPH et ceux qui avaient opté pour la dotation globale peuvent recourir à des professionnels de santé libéraux, ce qu'ils ne pouvaient faire jusqu'à présent. Ils y sont « admis » par le Directeur de l'ARS (art. L. 6165-9 CSP). Les professionnels sont rémunérés par l'établissement sur la base des tarifs des libéraux, déduction faite d'une redevance. Cette avancée en termes de coopération entre établissements et professionnels libéraux ouvre une réelle perspective pour les établissements sur certains postes plus difficiles à être pourvus autrement.

▪ **La réforme de la gouvernance et de la gestion de l'hôpital public (article 8 à 21 de la loi)**

Après la création des pôles en 2005, l'hôpital public connaît une nouvelle réforme en profondeur de sa gouvernance et de son organisation :

- son conseil ne serait plus d'administration mais de surveillance avec pour mission la définition de la stratégie à long terme de l'établissement et le contrôle de la gestion de l'établissement.

- le président ne serait plus de droit le Maire de la commune mais serait élu parmi les membres du conseil de surveillance.

- le directeur voit son rôle renforcé malgré les contestations suscitées par le projet de loi dans la communauté médicale qui s'insurgeait contre leur évincement. S'il est le président d'un directoire à majorité médicale, concession faite aux médecins, « il dispose bien de l'essentiel des leviers d'action pour assurer la gestion de l'établissement : signature du CPOM, arrêt de l'Etat prévisionnel de recettes et des dépenses (EPRD), nomination du personnel... Le directeur de l'ARS est influent par rapport au directeur d'établissement : outre les leviers qu'il détient pour contraindre la politique de l'établissement, il est central dans la procédure de nomination et peut placer en recherche d'affectation un directeur dont l'établissement serait placé en administration provisoire.

- un statut de « clinicien hospitalier » est créé pour des emplois (médecin, odontologiste, pharmacien) présentant des difficultés particulières à être pourvus. Ce statut de contractuel se veut attractif en proposant une rémunération avec une part variable en fonction de la satisfaction d'objectifs de production de soins mais aussi de leur implication dans la gestion de l'établissement, dans les coopérations, dans l'évaluation etc. Il doit permettre de recourir à des libéraux mais sera également proposé aux titulaires. Ayant pour objectif de rendre plus attractif l'exercice dans le secteur public, la mesure pourrait avoir des conséquences sur les recrutements pour le secteur privé.

▪ **Un mouvement souhaité de coopération voire de concentration (article 21 à 23 de la loi)**

Le développement de communautés hospitalières de territoires (CHT)

Ces communautés réservées aux établissements publics, établissements publics de santé mais aussi médico-sociaux, relèvent de la fusion d'établissements plus que de la coopération. Un établissement ne peut en effet appartenir qu'à une seule CHT car il ne s'agit pas de créer un réseau d'établissements, des coopérations mais de véritables regroupements : il y aura un établissement siège avec les organes de décision (directoire, conseil de surveillance...) donc une unité de décision

même si les autres établissements sont conservés en tant que localisations et personnalité morale avec les instances consultatives (instances du personnel, CRUQPC etc). Cette nouvelle entité se substituera à eux pour ce qui est de la définition du projet médical, du budget et enfin de la gestion des cadres et des praticiens hospitaliers. Même s'il a été question de processus volontaire de la part des établissements, la loi prévoit bien la possibilité pour le Directeur de l'ARS d'obliger les établissements publics à la création de CHT.

La rénovation du groupement de coopération sanitaire (GCS)

Si les CHT sont réservées aux établissements publics, les établissements de santé privés pourraient s'y associer par la voie du groupement de coopération sanitaire (GCS) qui est de nouveau rénové. En effet, le GCS a déjà été rénové par l'ordonnance du 4 septembre 2003¹, il a pu ainsi comprendre des professionnels libéraux et des établissements médico-sociaux. Il était aussi prévu que le GCS puisse être autorisé à exercer une mission de soins avec ses moyens propres en employant du personnel et à être financé directement par l'assurance maladie, tout cela sans toutefois devenir un établissement de santé. La subtilité du raisonnement avait cependant laissé la disposition législative sans application. Le décret relatif aux mesures spécifiques (et dérogatoires) relatives aux GCS autorisés à exercer directement les missions d'un établissement de santé ou à assurer l'exploitation d'autorisation d'un de ses membres n'a en effet jamais été publié.

Avec la loi HPST se sera désormais possible. Le texte distingue en effet GCS de moyens et GCS « établissements de santé ». Les deux sont des personnes morales, mais alors que le premier n'est qu'une coopération d'établissements qui gardent leur(s) autorisation(s) d'activité de soins en propre et décident de gérer ensemble des activités administratives, médico-techniques ou des équipements (y compris équipement lourd dont le GCS peut être titulaire de l'autorisation d'installation) ou encore de permettre les interventions communes des professionnels (le GCS peut alors être leur employeur) ; le second est titulaire des autorisations de soins et est qualifié d'établissement de santé. Il se substitue donc à ses membres pour les activités de soins dont il détient l'autorisation.

Concernant son statut, le GCS est public si ses composantes sont exclusivement ou majoritairement publiques et inversement, il est privé si ses composantes sont exclusivement ou majoritairement privées. L'Uniopss s'était opposée à cette nouvelle forme de GCS en tant qu'établissement de santé à part entière qui dessaisit de facto ses composantes et impose une gestion privée à des établissements publics et inversement.

L'ARS aura ainsi tous les outils pour restructurer l'offre. Elle a un pouvoir d'injonction pour les seuls opérateurs de statut public mais aura également certains moyens de contraindre les autres structures. Ainsi, pour tous les établissements publics et privés, il y a une incitation financière aux coopérations et regroupements : les établissements qui s'engagent dans des regroupements (GCS, CHT...) seront prioritaires pour l'affectation des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

¹ Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation - fiche n° 30780.

- **Un mouvement de redéploiement de l'hôpital public ?**

Telle qu'elle est envisagée, la réforme a visiblement pour objet de préserver l'hôpital public : préserver ses emplois, des capacités minimales dans le court séjour et lui offrir les conditions d'un redéploiement dans le moyen séjour, le long séjour et le secteur médico-social. L'objectif est de réduire les dépenses de court séjour (lits de court séjour toujours dénoncés comme « embolisés » par des personnes qui relèveraient davantage du long séjour ou du médico-social) et, sans que l'on connaisse précisément l'étendue de ces possibles transformations, la création des ARS et la fongibilité asymétrique des enveloppes du sanitaire vers le médico-social devraient y aider.

Le chef de l'Etat s'était en effet engagé à ne pas fermer les hôpitaux locaux, ils peuvent par contre être transformés. Et il y a les 800 000 employés de la fonction publique hospitalière auxquels il faut trouver une affectation... Il s'agit selon la formule du Président d'opérer pour l'hôpital public "un double mouvement : recentrage sur son cœur de métier, la phase aiguë de la maladie, et reconversion vers la prise en charge du grand âge et de la dépendance".

Pour le médico-social, l'enjeu est de faire en sorte que le redéploiement ne se fasse pas au détriment des créations de places et de la consolidation de l'existant (de l'adaptation du bâti, des renouvellements d'autorisation...).

- **L'Hospitalisation à domicile (HAD) confortée (article 1^{er}, 2, 3 et 4 de la loi)**

La définition du domicile auquel peut intervenir les établissements de santé (HAD) a été précisée comme le demandait l'Uniopss : le domicile peut s'entendre comme du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles » (article L.6111-1 du CSP). Cela permet d'asseoir juridiquement l'intervention de l'HAD en EHPAD, ce qui est le cas à l'heure actuelle, mais également dans les autres établissements sociaux et médico-sociaux. Un texte réglementaire est toutefois nécessaire pour préciser les conditions de cette intervention.

Egalement dans le sens de ce que demandait l'Uniopss, le texte opère une plus grande reconnaissance de l'HAD par son inscription dans le code aux côtés des alternatives à l'hospitalisation (dialyse par ex) (article L.6122-1 du CSP). De plus, il précise que les pharmacies à usage intérieur (PUI) d'établissements de santé peuvent approvisionner un service d'HAD sans PUI (article L.5126-2 du CSP) et prévoit un régime de protection de l'appellation HAD (article L.6125-1 du CSP).

- **La création de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) (article 18 de la loi)**

Le texte crée l'Agence nationale d'appui à la performance de établissements de santé et médico-sociaux une disposition qui était déjà prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 mais qui avait été censurée par le conseil constitutionnel (elle n'avait pas sa place dans une loi de financement).

Cette agence est la résultante de la fusion de deux missions (MEAH² et MAINH³) et du GMSIH⁴. Toutefois à la différence de ces organismes investis uniquement dans le secteur hospitalier, la future agence concernera également les établissements et services sociaux et médico-sociaux financés par l'assurance maladie. Elle sera tant un appui aux structures qu'une agence au soutien des futures ARS pour le pilotage. Elle serait en effet chargée d'élaborer et de diffuser des outils pour la gestion des établissements et service dans l'objectif d'améliorer leurs performance (le texte parle tant d'améliorer le service rendu aux patients et usagers que de maîtriser les dépenses des structures), cela en articulation avec l'HAS pour le sanitaire et l'ANESMS pour le médico-social, qui sont compétentes pour ce qui concerne la qualité. Elle pourra procéder à des audits dans les établissements.

A noter également que dans un souci, toujours accru, **de sécurité et de qualité pour l'utilisateur**, Les établissements de santé ont l'obligation de publier les résultats de leurs indicateurs de qualité et de sécurité des soins sous peine de diminution de leur dotation « missions d'intérêt général et aide à la contractualisation » (MIGAC).

=> [Ainsi, si l'on s'en tient aux perspectives ainsi ouvertes, trois mouvements seront à l'œuvre remettant en question le positionnement actuel du secteur sanitaire privé à but non lucratif](#) : la redistribution des missions de service public, le redéploiement annoncé des capacités de MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) de l'hôpital public vers l'aval (les soins de suite et de réadaptation, SSR) et l'aval de l'aval (le médico-social) et enfin la structuration de l'offre de soins hospitaliers autour des CHT. Le secteur doit impérativement négocier ce tournant. L'inscription dans les logiques de flux et de filière, le fait d'émarger sur des missions de services public et de jouer la carte de la proximité sont autant de pistes possibles. La reconnaissance de la notion d'ESPIC qui permet de distinguer ces établissements privés à but non lucratifs des autres établissements privés est un levier qu'il faudra concrétiser. En SSR, l'enjeu est d'autant plus grand que du fait de la réforme de cette activité, les schémas régionaux de l'organisation de l'offre de soins (SROS) doivent être rouverts et les autorisations à nouveau sollicitées par les établissements ce qui peut donner lieu à une redistribution des autorisations (en termes de compatibilité avec le SROS renouvelé), des CPOM et donc des moyens financiers (cf. infra).

2 Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers.

3 Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier.

4 Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier.