

PROJET DE LOI

HÔPITAL, PATIENTS, SANTÉ ET TERRITOIRES

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR DE LA LOI HÔPITAL PATIENTS SANTÉ TERRITOIRE
POUR VOS ACTIVITÉS SANITAIRES, SOCIALES ET MÉDICO-SOCIALES :

10 POINTS DE REPÈRES



PRÉVENTION
ET SANTÉ
PUBLIQUE



ACCÈS DE
TOUS
À DES SOINS
DE QUALITÉ



ORGANISATION
TERRITORIALE
DU SYSTÈME DE SANTÉ



MODERNISATION
DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HÔPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

De février à juin 2009, la vie du siège de la FEHAP a été rythmée par les temps d'examen fébrile et parfois nocturne des débats, pour savoir comment évoluait la loi portant réforme de l'Hôpital, et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST)¹ dans le creuset du Parlement. Ce temps a été aussi celui de la rédaction empressée d'amendements dont nombre ont connu un sort heureux. Deux plaquettes éditées dans ce même format par la FEHAP sont intervenues pendant cette période, pour exprimer nos analyses et positions en direction des députés en premier lieu, puis des sénateurs.

Est venu désormais le moment pour la FEHAP d'engager une autre étape : celle de l'explicitation à l'ensemble de ses adhérents de cette loi de grande importance. Elle l'est par son volume : 135 articles et 90 pages du journal officiel, pourtant écrit en petits caractères. Elle l'est également par le nombre des décrets d'application annoncé, avec 120 à paraître, dont 70 en Conseil d'Etat. Elle l'est plus encore par le périmètre très vaste des sujets qu'elle embrasse, au point qu'il sera peut-être plus aisé d'identifier les services et établissements qui ne sont pas concernés, d'une manière ou d'une autre, par la loi HPST que de faire l'inverse.

En tout état de cause, et compte tenu du fait que la loi HPST ne peut pas être détachée de la Révision Générale des Politiques Publiques et de la réorganisation des services de l'Etat et de l'assurance-maladie à tous les niveaux, il est possible d'énoncer qu'aucun adhérent de la FEHAP ne peut se sentir à l'écart de la nécessité de « mettre à jour » ses repères quant aux différents domaines de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. C'est d'autant plus nécessaire dans le cadre d'une action fédérale qui rassemble des adhérents très différents, mais dont la diversité des actions est transcendée par la communauté des valeurs partagées d'initiative privée désintéressée, au service des besoins de la population.

Cette plaquette de synthèse de la loi HPST en « 10 points de repères » est faite pour cela. C'est pour favoriser une vision d'ensemble, décloisonnant les aspects sanitaires et médico-sociaux, qu'il a été préféré un cheminement transverse, plutôt qu'une démarche plus conformiste calée sur le déroulement des titres et chapitres - ou numéros - du texte de loi. Il s'agit que chacun puisse se situer, voire se resituer, dans la nouvelle architecture sanitaire, sociale et médico-sociale. Bien entendu, des approches plus détaillées seront parfois nécessaires aux adhérents et la FEHAP a élaboré d'autres documents à cette intention, comme un « sommaire détaillé et commenté de la loi », avec une pagination et un index ergonomiques permettant d'aller directement et précisément sur chacun des points souhaités.

1 - Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, JO du 22 juillet 2009.

Pour en revenir à cette plaquette, elle a vocation à être lue par des administrateurs et des dirigeants salariés d'associations, fondations, congrégations, mutuelles, institutions de retraite complémentaire et de prévoyance, fonds de dotation, mais il est sans doute indispensable d'élargir le cercle et de faire en sorte que des médecins, des cadres de santé et socio-éducatifs, des partenaires sociaux y aient également accès.

Pour conclure, il me semble important de mettre en exergue le dernier paragraphe de cette plaquette : les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs partagent avec leurs homologues publics des enjeux de mutualisation de ressources et de coûts, voire de regroupement. Ceci étant, la dynamique ne participe pas du même processus puisque la gouvernance propre aux associations, fondations, congrégations, mutuelles et institutions paritaires est spécifique. Elle ne relève ni du Code de la santé publique ni du Code de l'action sociale et médico-sociale, à la différence du secteur public, ce qui explique la place prise par la gouvernance hospitalière dans les débats. Disposée différemment pour les établissements privés non lucratifs, cette exigence n'en est pas moins pressante. Le sens de l'initiative et de la prospective des dirigeants de ce secteur pourra s'appuyer sur les différentes opportunités apportées par la loi HPST pour avancer plus loin : nouvelles alliances pour candidater ensemble à la dévolution de missions de service public, veille partagée et approche coopérative pour les appels à projets sociaux et médico-sociaux, préparation conjointe de CPOM, projets communs en matière de télémédecine ou de centres de santé. Les vecteurs d'action partagée et décloisonnée, « et plus si affinités », ne manquent pas. La FEHAP les soulignera en toutes circonstances, s'agissant d'un des « fils rouges » de son plan stratégique et de ses déclinaisons régionales.

Au terme de ce préambule et non sans émotion, je tiens enfin à adresser un message particulier de remerciements à tous les adhérents de la FEHAP qui se sont fortement mobilisés pour rencontrer leurs députés et leurs sénateurs durant cette période. La réussite de la FEHAP dans ses contacts multiples avec les pouvoirs publics et les médias est celle de chacun des adhérents qui a décidé de prendre sa propre part à ce travail, de prendre son avenir en main d'une certaine manière.

Dans cette grande réforme comme il s'en présente une fois tous les 15 ans, il fallait être au rendez-vous. La FEHAP et ses adhérents ne l'ont pas manqué.

Antoine Dubout,
Président de la FEHAP

SOMMAIRE

Avant propos p.4

1 - Un pilotage régional conforté et décloisonné p.7

2 - Un approfondissement de la démocratie sanitaire et médico-sociale p.15

3 - Une mise en avant de l'offre de soins de « première ligne » p.19

4 - La redéfinition du service public hospitalier et la disparition du « PSPH » p.23

5 - L'intérêt collectif privé sanitaire, social et médico-social p.29

6 - L'évolution concurrentielle du droit des missions de service public et du droit des autorisations p.37

7 - La contractualisation pluriannuelle moteur de la nouvelle organisation p.43

8 - De nouvelles facilités et opportunités dans le management p.47

9 - Des outils multiples au service de la coopération p.53

10 - Les nouveaux lieux de décision et de concertation p.58

Glossaire p.66

La FEHAP p.71

Notes p.74

Contact p.76



AVANT-PROPOS

Le secteur privé non lucratif est l'héritier d'initiatives privées d'inspiration religieuse, associative, mutualiste ou paritaire dans le champ des institutions de retraite complémentaire et de prévoyance... Cette action altruiste de personnes morales de droit privé s'est essentiellement développée pour pallier l'absence de l'offre de statut public dans le champ sanitaire et médico-social, ou le manque d'intérêt des structures commerciales faute de marché solvable.

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, la mise en place de l'Etat providence a semblé reléguer le secteur privé non lucratif au deuxième rang derrière la sphère publique. Parallèlement, le développement de la médecine moderne et les plans successifs d'équipement du territoire issus du Commissariat Général au Plan ont amené les pouvoirs publics à assurer très directement la gestion de l'offre hospitalière. L'architecture comme l'informatique des hôpitaux étaient alors structurées au plan national par les services du Ministère, époque fort heureusement révolue. En 1958, la réforme Debré institue les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les centres hospitaliers universitaires (CHU). Dans ce cadre, elle crée le statut de médecins hospitaliers. Par ailleurs et à compter des années 80, le secteur privé lucratif a connu un fort développement marqué à la fois par une importante concentration et aussi par l'émergence, sans équivalent en Europe, de grands groupes lucratifs dépendant d'investisseurs financiers.

Malgré ces évolutions, le secteur privé non lucratif a continué à jouer son rôle de pionnier dans les domaines insuffisamment couverts par l'offre publique et commerciale. Ainsi dans le domaine hospitalier, les établissements privés non lucratifs ont et continuent à jouer un rôle majeur dans l'invention de nouvelles modalités de soins et de leur organisation. C'est l'avantage issu de leur souplesse et de leur réactivité, n'étant pas assujettis à un « pilotage à distance » du terrain, ministériel pour le secteur public, ou de sièges de grands groupes pour le privé commercial. Le secteur privé non lucratif a également répondu présent sur le développement des soins de suite et de réadaptation, de l'hospitalisation à domicile, de la prise en charge à domicile de l'insuffisance rénale chronique, de l'offre médico-sociale et sociale. Les politiques actuelles en psychiatrie ou, plus récemment, l'attention portée aux soins palliatifs se sont très directement inspirées d'expérimentations menées par des associations, plusieurs années voire décennies avant que les concepts ne soient généralisés ou transcrits dans le droit positif. Dans le même sens, les alternatives à l'hébergement médico-social à temps complet ont été construites et développées par le secteur privé non lucratif : accueils de jour, accueil temporaire, services de soins infirmiers à domicile, etc.

Aujourd'hui, les institutions hospitalières privées non lucratives montrent leur capacité à s'adapter aux évolutions de leur environnement. Les établissements présents en MCO et en SSR (Médecine, Chirurgie, Obstétrique ; Soins de suite et de réadaptation) se sont engagés au cours des dix dernières années dans des mouvements de regroupements ou de reconversion pour adapter leur offre de soins et optimiser leur gestion, mieux répartir leurs coûts fixes. Si la situation du secteur privé à but non lucratif reste fragile, n'étant ni soutenu par les enveloppes financières du Ministère comme pour les établissements publics, ni par les investisseurs en Bourse comme pour les établissements commerciaux, il commence à bénéficier des fruits des efforts entrepris. Depuis 2006, les établissements privés non lucratifs sont ceux dont l'activité progresse le plus, tous secteurs confondus, démontrant leur capacité à répondre aux besoins de la population et ce tout en garantissant un égal accès aux soins. Dans les différents palmarès et classements, ces établissements se classent souvent en tête, comme la prévention des infections nosocomiales pour citer le plus récent. La perception de cette excellence par l'opinion publique peut être parfois atténuée par le caractère trompeur des appellations historiques. Les dénominations fort connues d'Hôpital Saint-Joseph, d'Hôpital Saint-Joseph Saint-Luc, d'Hôpital Foch, d'Hôpital Saint-Jean de Dieu, d'Hôtel-Dieu (Le Creusot) provoquent une assimilation erronée au secteur public, de même que certains établissements réputés de la FEHAP sont souvent classés indûment par la presse dans la catégorie des cliniques privées à but lucratif (Institut Mutualiste Montsouris, Centre Marie-Lannelongue, Hospitalor, Alpha Santé).

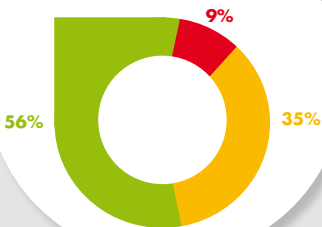
Qu'est-ce qui différencie l'acteur privé non lucratif ?

En premier lieu, il se distingue par son mode d'organisation managériale, fondée sur la liberté d'action mais aussi sur l'esprit de responsabilité et les contraintes de gestion des structures privées. Cet « esprit d'entreprise privée au service du public », avec une gestion non lucrative et désintéressée, lui permet d'offrir à la population comme aux pouvoirs publics une alternative à l'option binaire du « tout public », du fait de sa lourdeur et de ses coûts de gestion, et du « tout privé commercial » dont la crise financière internationale a singulièrement écorné l'image. Cette proximité avec l'expression des besoins et le mouvement associatif, avec ses dizaines de milliers de bénévoles, a permis aussi au secteur privé non lucratif de se situer à « l'avant-garde » du décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, d'une part, comme de la coopération entre les établissements et les interventions à domicile d'autre part. Ces deux décloisonnements participent des grands enjeux de la loi HPST, or nombre d'institutions privées non lucratives sont gestionnaires d'établissements et services qui entrecroisent des modalités de soins et d'accompagnement.

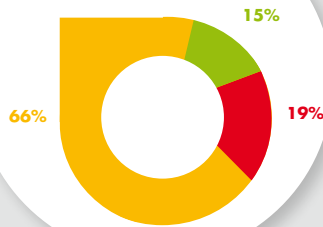
Ainsi et du fait des caractéristiques de ses adhérents, l'équilibre institutionnel et le périmètre de la FEHAP s'ajuste parfaitement avec le nouveau profil des Agences Régionales de Santé, et les premières lignes directrices de leur feuille de route.

En fait, les établissements privés à but non lucratif sont soumis à un modèle économique qui conjugue les mérites respectifs du public et du privé. Les établissements PNL sont soumis aux contraintes et aux risques de la gestion privée, ce qui les conduit à réagir rapidement pour s'adapter à l'évolution des besoins mais aussi à celle de leurs ressources budgétaires. De surcroît, ils n'ont pas de bénéficiaires à reverser à un actionnaire : les excédents peuvent donc être intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients et usagers. Désintéressés de toute finalité lucrative, nos établissements peuvent ainsi être en mesure de fournir des prestations de grande qualité, en visant un reste à charge aussi limité que possible, lorsque les textes prévoient une participation du bénéficiaire, comme dans les maisons de retraite. Non soumis à la pression (ou la dépression actuelle) des marchés financiers, ils paraissent particulièrement à même de s'engager sur des stratégies de long terme.

**Lits et places
Établissements sociaux
et médico-sociaux**



**Lits et places
Établissements sanitaires**



Fédération Française des Établissements Sanitaires et Médicaux à but Non Lucratif
PRIVÉS NON LUCRATIFS

LES 10 POINTS DE REPÈRES DE LA LOI HPST

1

**UN PILOTAGE RÉGIONAL
CONFORTÉ ET DÉCLOISONNÉ,
AU SERVICE D'UNE DYNAMIQUE
TERRITORIALE DE PRÉVENTION,
DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT**



1

UN PILOTAGE RÉGIONAL

CONFORTÉ ET DÉCLOISONNÉ, AU SERVICE D'UNE DYNAMIQUE TERRITORIALE DE PRÉVENTION, DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

● La création d'Agences Régionales de Santé était au programme des deux candidats présents au second tour de la dernière élection présidentielle. L'idée que le niveau régional est un bon niveau de mise en œuvre des politiques de santé a fait son chemin en plusieurs étapes. La Loi HPST constitue une avancée majeure sur ce plan, même si elle ne sera sans doute pas la dernière. L'étape HPST de ce cheminement peut être caractérisée par plusieurs aspects :

● La prise de conscience croissante du fait que le pilotage séparé entre médecine de ville et médecine hospitalière présente de nombreux inconvénients, du point de vue du parcours de l'assuré social : la création de l'ARS veut répondre à cet enjeu au plan régional, même si le problème reste entier au plan national, avec la ligne de partage des responsabilités entre l'Etat et l'assurance-maladie et l'élaboration de

la politique conventionnelle qui reste inscrite à l'échelle du pays ;

● La même prise de conscience quant au pilotage distinct entre les soins hospitaliers et les accompagnements médico-sociaux pour les personnes âgées et les personnes handicapées, même si les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales qui supervisaient la répartition départementale des crédits d'assurance-maladie pour les établissements et services médico-sociaux, pouvaient déjà s'accorder sur une vision partagée au plan régional ;

● La nécessité de mieux articuler les politiques hospitalières et médico-sociales en matière d'addictologie, qui donne l'exemple d'une priorité de santé publique éclatée en plusieurs centres de décision nationaux et régionaux ;

- La nécessité d'une réorganisation des services de l'Etat impulsée par la RGPP (Révision générale des politiques publiques), traduite notamment par un repyramidage des services départementaux et régionaux de tous les services de l'Etat, en fonction de l'importance des populations desservies. La RGPP se caractérise également par la préférence marquée pour une concentration au niveau régional de compétences et d'expériences dont l'Etat ne dispose plus pour chacune de ses structures départementales ; nombre de fonctionnaires chevronnés ayant cheminé vers des fonctions territoriales ;

- La même nécessité de se réorganiser pour les structures et effectifs de l'assurance-maladie et, plus généralement des organismes de protection sociale, qui n'ont pas encore pleinement tiré partie des gains de productivité liés aux progrès des systèmes d'information.

- Compte-tenu de tous ces points plutôt consensuels, il est intéressant du coup de s'attacher un instant aux points de désaccords qui ont émergé et ont été tranchés dans le débat parlementaire de la loi HPST. Quels sont-ils ? :

- Le premier des débats qui s'est manifesté plutôt à l'Assemblée Nationale est celui, classique, de la décentralisation régionale par rapport à une déconcentration, telle que l'ARS la représente. Plusieurs voix se sont élevées pour revendiquer une place

plus nette pour les élus régionaux et leur capacité à opérer des arbitrages significatifs. Cette tendance girondine s'est avérée toutefois très minoritaire, sans doute parce que la péréquation économique et sociale qui porte les ressources d'assurance-maladie est d'ordre national.

- Le second débat important qui est survenu essentiellement au Sénat a porté sur le niveau national et/ou régional de conception ou de déclinaison des politiques de santé, avec en arrière plan le désir des partenaires conventionnels – assurance-maladie et syndicats de professionnels de santé libéraux – de préserver leur espace national de négociation et de pilotage. Le Sénat a tenu à affirmer le caractère national de définition des politiques, l'échelon régional étant défini comme un niveau de mise en œuvre.

- Ainsi, paradoxe apparent, la chambre censée représenter plutôt les collectivités territoriales – le Sénat – s'est montrée plus jacobine dans ses débats et formulations que la chambre assurant la représentation nationale. En tout état de cause, il est patent qu'il s'agit des deux points où les curseurs relatifs aux ARS pourront évoluer, d'ici quelques années.

- Les Agences Régionales de Santé deviennent donc de vastes ensembles regroupant les anciennes Agences Régionales de l'Hospitalisation, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales et les

Directions Départementales, les Unions régionales des caisses d'Assurance-Maladie (URCAM), les caisses régionales d'assurance maladie et leurs homologues des autres régimes – Mutualité Sociale Agricole (MSA) et Régime Social des Indépendants (RSI) -, les Groupements Régionaux de Santé Publique (GRSP) et les missions régionales de santé (MRS). Ce nouvel ensemble qui conforte et décloisonne le pilotage régional des politiques de santé, au sens large, se caractérise par un pouvoir exécutif fort – le directeur général de l'ARS nommé en conseil des ministres – qui reporte à un conseil national de pilotage des ARS qui réunit les différents ministres concernés. Dans le même sens, le DG-ARS signe un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les ministres concernés par son action régionale, bien plus qu'il ne dépend de son conseil de surveillance.

● Pour mener son action, l'ARS s'inscrit dans une organisation² posée par la loi HPST qui :

● Préserve une dimension départementale avec des délégations territoriales de l'ARS, et une répartition des rôles qui est précisée vis-à-vis des Préfets. L'ensemble des compétences sanitaires et médico-sociales des Préfets sont donc transférées aux DG-ARS sauf celles relatives aux réquisitions de personnels de santé, car elles requièrent le cas échéant la maîtrise de

la force publique qui continue de relever du Préfet, ainsi que les mesures de police relatives à l'hygiène publique.

● Organise une animation territoriale avec des conférences de territoire décloisonnant les quatre différents champs d'action (prévention, soins de premier recours, soins hospitaliers, accompagnements médico-sociaux). Pour ce faire, le DG-ARS dispose de la faculté de définir les « territoires pertinents » pour chacun des champs et donc, chaque fois que possible, de mieux les articuler que par le passé : par exemple les territoires de santé pour les urgences et l'hospitalisation, d'une part, et les secteurs de garde pour la médecine de ville, d'autre part.

● Installe une structure de concertation régionale unique, la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), qui se substitue à l'ensemble des instances régionales précédentes et réunit l'ensemble des acteurs concernés, avec l'installation de commissions spécialisées (prévention, médico-social, organisation des soins, dont les membres seront désignés au sein de différents collèges);

● Prévoit deux commissions de coordination des politiques pour y réunir les seuls pouvoirs publics concernés : une pour la prévention, la santé scolaire, la santé au travail et la protection maternelle et infantile ; l'autre pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Ainsi, c'est au sein de la seconde commission que

2 - Confer graphique sur le dispositif national et régional en page 64 de la présente plaquette.

le DG-ARS et les présidents des conseils généraux de la région seront amenés à s'accorder sur la programmation et les financements médico-sociaux pour les maisons de retraite ou encore les foyers d'accueil médicalisé.

● La principale novation issue du nouveau pilotage régional tient à l'émergence d'un schéma régional d'organisation des soins³, commun aux soins hospitaliers et aux soins de ville. Si les établissements de santé disposent d'une expérience de la programmation régionale et se projettent d'ores et déjà à l'horizon du SROS IV (2012), ou d'un SROS III bis qui n'en sera pas très éloigné pour les soins de suite et de réadaptation (octobre 2009), il n'en va pas de même pour les soins de ville ou « de premier recours » selon la terminologie de la loi HPST, pour lesquels toute la méthodologie et l'adhésion des professionnels sont à construire. La loi HPST donne quelques éléments de réponse quant à cette construction progressive, en donnant « quelques cartes » aux futurs DG-ARS :

- Organisation et rémunération de la permanence des soins libérale,
- Gestion unique des aides à l'installation des médecins et pilotage des contrats d'engagement de service public des médecins, qui se traduiront par des bourses d'études pour les étudiants en médecine garantissant leur pratique ultérieure, libérale ou salariée, dans des zones peu denses,

- Définition des besoins d'implantation en médecine de ville, avec un bilan des installations en 2012 et la possibilité ensuite de mettre en œuvre un dispositif un peu plus contraignant pour les praticiens de ville, avec des « contrats santé solidarité » en faveur des zones sous-denses, obligation dont les médecins concernés ne pourraient s'affranchir qu'en acquittant une taxe,

- Programmation régionale conjointe avec l'Université des besoins en formation médicale, générale et spécialisée, dans le cadre d'une mise en avant de la médecine générale et de sa juste place dans l'enseignement universitaire,

- Pilotage par l'ARS des autres implantations et autorisations structurant l'offre de soins de premier recours : officines pharmaceutiques, laboratoires d'analyses et de biologie médicale, maisons de santé, centres de santé, pôles de santé, transports sanitaires.

● Pour le secteur médico-social des personnes âgées et des personnes handicapées recevant des financements de l'assurance-maladie, l'échelon régional et la conception à ce niveau d'un schéma régional médico-social sont un peu moins novateurs que pour la médecine de ville. Les Conférences Administratives Régionales (CAR) et les Commissions Techniques Régionales et Inter-Départementales (CTRI) jouaient déjà un rôle dans les arbitrages nécessaires à

3 - Confer graphique sur l'emboîtement des schémas régionaux en page 62 de la présente plaquette

la mise en œuvre des Programmes Inter-départementaux d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie (PRIAC) et à la déclinaison départementale des campagnes budgétaires concernant les crédits soins. Toutefois, il est important de souligner que la notion de schéma régional médico-social élargit sensiblement le rôle régional autrefois cantonné à une ventilation technique – le PRIAC – des possibilités de financement de la CNSA. Le schéma médico-social piloté par l'ARS a pour vocation de faire évoluer l'offre médico-sociale et son organisation, ce qui le place en symétrie, sinon en synthèse et en arbitrage, des schémas départementaux de la gérontologie et du handicap de chacun des conseils généraux de la région. Il est intéressant de noter également que les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) intègrent le pilotage régional des ARS, du point de vue des autorisations, ce qui est logique quant aux articulations nécessaires avec les autres composantes de la politique du handicap qui relèveront désormais des ARS, bien que les financements des ESAT relèvent toujours de la loi de finances de l'Etat.

● Bien évidemment, le décloisonnement sanitaire/médoco-social au sein des ARS a pour contrepartie le déplacement de la « cloison séparative » entre le social et le

médoco-social. Le social sera piloté par les directions départementales ou régionales en charge de la cohésion sociale (Etat), ou les conseils généraux. Un nouveau panorama de compétences uniques ou de compétences mixtes de l'ARS, des conseils généraux et de l'Etat est ainsi à apprendre, pour chacun des professionnels du champ sanitaire, social et médoco-social : un tableau récapitulatif permet à la fois de le visualiser mais aussi de prendre conscience des autres évolutions possibles à moyen terme, la mode n'étant plus aux compétences et aux interventions croisées⁴.

● La prévention dispose également de son schéma régional, de même que les personnes démunies bénéficient de l'élaboration d'un programme transversal. Au-delà de ces différentes programmations régionales, et de leurs mérites et limites potentiels, l'un des atouts les plus intéressants de la réforme issue de la Loi HPST est la possibilité, jamais gagnée d'avance, d'une vision décloisonnée des parcours de vie et de soins des usagers, associant les quatre différentes composantes de ceux-ci : prévention, accès aux soins de ville, soins hospitaliers, accompagnements médoco-sociaux. La transversalité utile aux usagers a comme traduction la possibilité, pour les DG-ARS, de faire évoluer les quatre composantes de l'offre dans le même sens, chaque fois que

4 - Confer graphique sur les compétences d'autorisation, de financement et de contrôle des ARS, conseils généraux et services de l'Etat concernant les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médoco-sociaux, en page 60 de la plaquette.

les besoins de la population sur un territoire le mériteraient. Rien n'empêchera à l'avenir qu'une maison de retraite puisse organiser et financer avec l'ARS, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), une consultation de médecine générale non programmée dans ses locaux avec un médecin salarié, si l'offre de médecine libérale est vacante et que l'implantation de l'établissement est favorable. A l'inverse, un cabinet libéral de radiologie pourra se voir attribuer et compenser financièrement une mission de permanence des soins à la fois libérale et hospitalière. Ou encore, un établissement de santé spécialisé en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation pourra convenir, dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS, de mener des actions de prévention sur les sujets qu'il maîtrise par ailleurs fort bien sous un autre angle de vue, curatif.

- Le développement de la télémédecine, prévu par le texte de loi HPST, est égale-

ment un levier puissant de déclouonnement et d'action coordonnée entre les différentes composantes de l'offre.

- Pour autant, le texte de loi qui permet ces transversalités et ces synergies stimulantes a souhaité écarter d'éventuelles confusions sur le plan de la gestion des crédits de prévention, d'une part, et médico-sociaux d'autre part. Il ne sera pas possible au DG-ARS de transférer les crédits consacrés à la prévention vers d'autres enveloppes budgétaires (soins de ville, soins hospitaliers, accompagnements médico-sociaux) ; de même que la désormais fameuse « fongibilité asymétrique dynamique » permettra à des crédits sanitaires de devenir médico-sociaux, pour accompagner des opérations de reconversion. Alors que les crédits médico-sociaux alloués aux ARS devront, à l'instar de la sanctuarisation des crédits de prévention, avoir exclusivement une affectation médico-sociale.





LES 10 POINTS
DE REPÈRES DE LA LOI HPST

2

**UN APPROFONDISSEMENT
DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE
ET MÉDICO-SOCIALE AU SERVICE
DES USAGERS**



2 UN APPROFONDISSEMENT

DE LA DÉMOCRATIE SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIALE AU SERVICE DES USAGERS

● Chacune des nouvelles dispositions législatives et réglementaires concernant le secteur sanitaire et médico-social porte désormais la marque d'une influence croissante des organisations d'usagers et de leur point de vue. La loi HPST ne fait pas exception. Elle comporte de nombreuses dispositions qui peuvent être mises en exergue à ce titre, en les classant en deux catégories : celles qui visent un intérêt global des usagers à la transparence du dispositif et à leur information la plus complète ; celles qui visent un intérêt plus précis d'un usager ayant à faire valoir ses attentes sinon ses droits.

● Du point de vue d'une ouverture élargie du dispositif aux organisations d'usagers, il y a lieu de noter que celles-ci seront repré-

sentées au sein du conseil de surveillance des ARS, de la conférence régionale de santé et de l'autonomie et des conférences de territoire⁵. Plus significative encore est la place des associations d'usagers dans les futures commissions de sélection pour les appels à projet médico-sociaux, qui concrétiseront la nouvelle modalité de mise en concurrence des promoteurs de projets médico-sociaux⁶. Ces organisations seront également appelées à donner leur point de vue sur les schémas départementaux de la gérontologie et du handicap, comme les fédérations d'établissements. Les sièges sont bien prévus dans toutes les instances adéquates ; le nombre d'organisations candidates à siéger risque toutefois d'être nettement supérieur à ce qui pourra être prévu, tant la conjonction des champs pré-

5 - Confer graphique sur le nouveau dispositif national et régional, page 64 de la plaquette.

6 - Confer « point de repère n° 6 ».

vention/soins de ville/soins hospitaliers/ accompagnements médico-sociaux porte de légitimités d'usagers différentes.

● Dans les facteurs de transparence, qui auront également leur utilité pour les organisations professionnelles, la loi HPST prévoit :

● La publication d'un état financier régional retraçant, a posteriori, l'affectation et la consommation de l'ensemble des financements de l'assurance-maladie, de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de l'Etat ;

● La publication par les établissements de santé d'indicateurs de résultats en matière de qualité ;

● Le recadrage du calendrier de l'évaluation interne et externe des établissements sociaux et médico-sociaux, éléments d'appréciation dont les usagers ne disposent pas encore sur une base aussi organisée et ancienne que dans les établissements de santé.

● Logiquement, le texte de loi HPST appelle également les associations d'usagers à la même transparence les concernant, avec la publication par la Haute Autorité de Santé de la liste et du montant des subventions qu'elles peuvent recevoir de la part d'entreprises œuvrant dans le domaine de la santé.

● Le texte de loi HPST est par ailleurs marqué par la préoccupation pragmatique de l'effectivité de l'accès aux soins. Comme si et après l'énoncé et l'accumulation depuis 25 ans de « droits théoriques »⁷, il convenait désormais de s'assurer de « droits réels ». Il en va ainsi de dispositions prévenant et pénalisant toute discrimination en matière d'accès aux soins. L'enjeu des dépassements d'honoraires pour l'accessibilité financière aux soins a été également très présent dans les débats au Parlement, mais le lobbying des syndicats de professionnels de santé libéraux a abouti au retrait des dispositions votées qui visaient leur encadrement géographique et quantitatif. Toutefois, la préoccupation des usagers ainsi que de très nombreux parlementaires de toutes appartenances a été préservée partiellement, sous une forme plus incitative. Les partenaires conventionnels doivent conclure avant le 15 octobre 2009 un accord sur le secteur optionnel – soit un secteur ou les dépassements d'honoraires seraient acceptés mais précisément encadrés – faute de quoi le Gouvernement reprendra la main pour les déterminer unilatéralement⁸.

● Les dispositions relatives aux schémas régionaux d'organisation des soins, concernant la ville et l'hospitalisation, sont également marquées par la préoccupation d'accessibilité géographique. Les diffi-

7 - Charte du patient hospitalisé, 1974.

8 - Allocution du Président de la République, Congrès de la Mutualité, Bordeaux, 6 Juin 2009.

cultés d'accès, ou les questions d'organisation adéquate des transports sanitaires font désormais partie des points que les schémas devront traiter avec un « respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (L 1411-11 CSP).

● Sur un plan plus individuel, pour chacun des usagers potentiellement concerné, la loi HPST permet de relever :

- Des dispositions d'encadrement des actes d'esthétique,
- De nouvelles obligations pour les professionnels des établissements de santé qui devront prendre contact avec leurs collègues de ville désignés par les patients, afin d'améliorer la coordination des

soins pour le séjour comme pour les suites d'hospitalisation,

- Une transparence due aux patients par les professionnels de santé sur le coût de revient des dispositifs médicaux,
- Une rénovation du cadre et des méthodes de l'éducation thérapeutique, concernant notamment les patients affectés de maladies chroniques ou de pathologies invalidantes au long cours,
- Une reformulation du « droit de suite en aide sociale »⁹, c'est-à-dire la préservation pour les personnes handicapées qui bénéficient d'un régime d'aide sociale à l'hébergement nettement plus favorable que celui des personnes âgées, du maintien de ce dernier lorsqu'elles franchissent l'âge de 60 ans et intègrent des structures d'hébergement pour personnes âgées.



⁹ - Disposition inscrite initialement dans la loi du 11 février 2005.

LES 10 POINTS DE REPÈRES DE LA LOI HPST

3

**UNE MISE EN AVANT
DE L'OFFRE DE SOINS
« DE PREMIÈRE LIGNE »
ET DE LA PRÉVENTION :
MÉDECINE GÉNÉRALE,
OFFICINES, CENTRES
ET MAISONS DE SANTÉ,
PÔLES DE SANTÉ**



3

UNE MISE EN AVANT

DE L'OFFRE DE SOINS « DE PREMIÈRE LIGNE » ET DE LA PRÉVENTION : MÉDECINE GÉNÉRALE, OFFICINES, CENTRES ET MAISONS DE SANTÉ, PÔLES DE SANTÉ

● La loi HPST met en avant la notion de « soins de premier recours », reposant sur la médecine générale, les pharmaciens d'officine, les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé. Le texte formule en conséquence le fait que les autres interventions relèvent du « second recours » (L 1411-12 CSP). On ne saurait mieux mettre en avant une approche graduée de la réponse aux besoins de santé, conforme à l'approche de l'Organisation Mondiale de la Santé qui promeut de longue date l'importance des « soins primaires ». Par ailleurs, la distinction fonctionnelle des deux niveaux « primaires » et « secondaires » des soins n'exclut pas qu'en termes opérationnels, ils puissent intervenir sur le même lieu. La loi indique ainsi que la mission du médecin généraliste de premier recours « peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ».

● Les soins de « premier recours » sont définis par la loi comme la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, en premier lieu. La dispensation et l'administration de médicaments intervient en seconde citation. L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et l'éducation pour la santé interviennent en troisième et quatrième lieu.

● Pour le médecin généraliste de premier recours, la loi dispose qu'il a une fonction de « synthèse » des informations transmises par tous les autres professionnels de santé pour chacun des patients, ainsi que de « veille » sur la mise en application individualisée des protocoles et recommandations pour les malades présentant des affections chroniques, en « coopération avec

les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ». Il y a lieu également de souligner que la commission mixte paritaire a supprimé les dispositions législatives votées pour garantir l'accès direct sans pénalités aux médecins spécialistes gynécologues, ophtalmologistes, psychiatres et neuropsychiatres. Apparaît ainsi clairement la volonté de mettre en avant la position non seulement de « première ligne » mais aussi de pilotage des médecins généralistes. En cohérence avec cette responsabilité éminente qui se dessine, le texte indique également que les médecins généralistes participent à la mission de service public de permanence des soins.

- Atténuation modeste et pragmatique de la fonction de premier recours de la médecine générale, la loi reconnaît le rôle de la médecine humanitaire et des centres de planification ou d'éducation familiale en supprimant, concernant leurs consultations, les pénalités du code de la sécurité sociale pour la dérogation aux règles du parcours de soins.

- Pour les pharmaciens d'officine, la loi formule spécifiquement leur rôle vis-à-vis des patients affectés de maladies chroniques, dans le cadre des nouvelles organisations qui pourront résulter de la coopération entre professionnels¹⁰. Elle signale également leur position de référent pour

les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dépourvues de pharmacie à usage intérieur, en propre ou en coopération.

- Logiquement et pour compléter le dispositif de « soins de première ligne », la loi précise les conditions de fonctionnement des centres de santé, qui pourront éventuellement être créés ou gérés par des établissements de santé publics ou privés non lucratifs. Elle conforte le statut des maisons de santé, en rassemblant les professionnels de santé libéraux autour d'un « projet de santé » conforme aux schémas régionaux. La loi invente également un nouveau concept – les pôles de santé – permettant de rassembler l'ensemble des acteurs de santé, les professionnels libéraux et les centres et maisons de santé, mais aussi les établissements sanitaires et médico-sociaux et leurs structures de coopération.

- Du point de vue financier, la loi précise que les centres, maisons et pôles de santé sont éligibles à une dotation de financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), de même que les réseaux de santé.

- Enfin, la loi élargit les compétences des sages-femmes, des pharmaciens et des infirmiers en ce qui concerne notamment la

10 - Confer infra. « Point de repère n° 8 ».

délivrance des contraceptifs. Elle actualise les règles de fonctionnement des ordres professionnels, ainsi que l'écriture législative du statut des psychothérapeutes, pour répondre à la demande du Conseil d'État : disposer d'une base législative adéquate pour le décret d'application attendu depuis la loi de santé publique du 9 août 2004.

● La loi organise également les mécanismes d'harmonisation communautaire des qualifications des professionnels de santé par ordonnance, ainsi que pour les nouvelles règles applicables aux laboratoires d'analyse et de biologie médicale. Elle fait une place particulière aux mécanismes de reconnaissance réciproque établis entre la France et le Québec pour ces professions.



4

**LA REDÉFINITION
DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER
ET LA DISPARITION DU « PSPH »
(PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC
HOSPITALIER) : D'UNE APPROCHE
STATUTAIRE DES ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ À UNE DÉFINITION
FONCTIONNELLE.**



4

LA REDÉFINITION

DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ET LA DISPARITION DU « PSPH » (PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER) : D'UNE APPROCHE STATUTAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ À UNE DÉFINITION FONCTIONNELLE¹¹.

● La loi HPST comporte pour les établissements de santé deux initiatives importantes :

● Le premier des changements importants est d'actualiser la définition de leurs missions et de leurs modalités d'intervention en décloisonnant hospitalisation, soins ambulatoires et interventions à domicile. Ainsi et désormais, tous les établissements de santé « délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du Code de l'action sociale et des familles (CASF) » (L6111-1 CSP). Cette formulation consacre un mouvement de fond en direction des soins hospitaliers sans hébergement à temps complet, voire au domicile du patient. Le texte fonde juridiquement le développement opérationnel, depuis quelques années, « d'équipes mo-

biles » dans différents domaines, dans des liens de plus en plus larges avec le secteur médico-social. La définition du substitut de domicile au titre du CASF permet d'envisager qu'à court terme, les structures pour personnes handicapées puissent bénéficier des interventions de services d'Hospitalisation à domicile (HAD), à l'instar des établissements pour personnes âgées. Le texte de loi fait également disparaître une autre segmentation traditionnelle : celle des soins de « court séjour », de « moyen séjour » et de « long séjour ». Enfin et plus globalement, l'hospitalisation à domicile cesse d'être une « alternative à l'hospitalisation », expression datée et hospitalo-centrée. En attendant qu'un jour prochain et pour se projeter dans l'avenir, l'hospitalisation à temps complet ne soit considérée comme une « alternative aux soins à domicile »...

¹¹ - Ou pour le formuler dans un langage moins « académique » et plus imagé : on passe ainsi progressivement d'une approche « essentialiste » des établissements de santé privilégiant « ce qu'ils sont » (hôpital public, clinique commerciale, établissement privé PSPH), à une démarche « existentialiste » mettant en avant « ce qu'ils font » (telle ou telle mission de service public, telle ou telle autorisation).

● La seconde innovation forte est de définir précisément le service public hospitalier, au titre de l'accomplissement d'une ou plusieurs des 14 missions précisément définies par l'article L 6112-1 CSP¹². Le service public hospitalier était auparavant défini par des principes généraux d'égalité, de continuité et d'adaptation qui étaient « organiquement » rattachés aux établissements publics de santé et aux établissements privés PSPH. Désormais et avec cette énumération législative de 14 missions auxquelles sont éligibles l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut (public, privé non lucratif et privé lucratif), la définition du service public hospitalier devient fonctionnelle ou matérielle. Le service public n'est donc plus l'attribut d'une catégorie d'établissements. C'est une forme de généralisation à l'ensemble des établissements de santé du mécanisme de « concession de service public » laquelle, du coup, est supprimée par la loi en tant que dispositif réservé aux seuls établissements privés lucratifs. Dans ce cadre, la catégorie antérieure d'établissement privé PSPH a été supprimée du projet de loi présenté par le Gouvernement au Parlement.

● Il y a lieu de souligner que ces innovations importantes de la loi HPST s'inscrivent dans une longue histoire législative. La loi du 31 juillet 1991 en créant le concept « neutre juridiquement » d'établissement de

santé, transversal aux hôpitaux publics, privés PSPH et cliniques lucratives, a initié un mouvement de convergence juridique entre établissements, ... relayé ensuite par celui de la convergence tarifaire. Les textes relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement des activités de soins créent des obligations communes, sans distinction de statuts. Seule l'autorisation de réaliser des greffes demeure aujourd'hui une activité réservée aux seuls établissements publics ou privés PSPH. Demain et avec la loi HPST, toutes les missions de service public sont accessibles à des établissements privés lucratifs et non lucratifs, source sans doute de certaines craintes ici, mais aussi de nouvelles espérances là, comme la participation plus ouverte aux missions d'enseignement universitaire et de recherche. La loi modifie en effet les dispositions du Code de la Recherche pour y insérer les établissements de santé, sans distinction de statut juridique.

● Toutefois, il y a lieu de noter que le texte de loi comporte également des dispositions qui créent des obligations pesant plus particulièrement sur les établissements publics et privés d'intérêt collectif, qu'ils exercent ou non une ou plusieurs missions de service public. Tandis que ces obligations n'interviennent pour les autres établissements privés que pour autant qu'ils mettent en œuvre une mission de service public.

12 - Pour un examen plus détaillé, confer « point de repère n°6 ».

● Ces obligations générales pour tous les établissements publics et privés d'intérêt collectif, qui les installent dans une forme de « service public hospitalier par vocation » sont :

- L'égal accès à des soins de qualité,
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé
- La prise en charge aux tarifs opposables.

● Dans ce cadre nouveau et ainsi profondément renouvelé, le texte de loi HPST reconnaît dans sa première phrase, l'existence de trois catégories d'établissements de santé : « les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif ».

● Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) peuvent être rejoints, pour ce qui concerne cette « vocation naturelle » à contribuer au service public et à en assumer les missions par : les centres, maisons et pôles de santé ; l'Institution nationale des invalides et le service de santé des armées, les groupements de coopération sanitaire, les personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd et les praticiens exerçant dans les établissements cités supra.

● La loi fait montre par ailleurs de pragmatisme quant à la continuité des missions de service public, dans l'hypothèse où l'une

de celles-ci ne serait plus assurée. Elle indique que dans cette hypothèse, le DG-ARS « désigne la ou les personnes qui en sont chargées », dans le cadre d'un contrat qui prévoit les modalités de compensation financière de ces obligations (L 6112-2 CSP).

● Il est très important de souligner que les obligations qui incombent aux établissements de santé ou à l'une des structures citées au paragraphe ci-dessus, s'imposent également aux praticiens qui y exercent et qui interviennent dans la réalisation d'une ou plusieurs missions de service public. Cette formulation du texte de loi vise notamment les contradictions qui peuvent survenir entre les nouvelles missions d'un établissement de santé privé lucratif ou non lucratif et les stipulations antérieures d'un contrat d'exercice libéral d'un praticien qui y exerce, avec les contentieux civils qui peuvent en résulter.

● C'est dans ce cadre que s'est inscrit l'essentiel du débat au Parlement sur le rôle des conférences médicales d'établissements de santé privés : comment associer en amont les membres d'une communauté médicale d'un établissement privé à la négociation avec l'ARS d'une mission de service public ou du contrat d'objectif et de moyens, puisque ces évolutions institutionnelles peuvent avoir un retentissement individuel sur la pratique libérale d'un praticien ? Ce sont les raisons pour lesquelles la loi prévoit que

l'avis de la conférence médicale d'établissement est obligatoirement joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément d'un établissement de santé privé.

● Le terme de « compensation financière » des obligations de service public de l'article L 6112-2 CSP suggère naturellement le sujet des « sur-compensations » considérées comme des « aides d'Etat » prohibées par les instances communautai-

res, même si l'on se trouve en présence d'un « mandat d'intérêt général » (paquet Monti-Kroes). Le nouveau positionnement des missions de service public induit naturellement la question, appelée à se développer, de leur « juste et strictement nécessaire compensation financière ». Cela interroge les modalités actuelles de dévolution et de répartition des crédits intitulés « Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation » (MIGAC) notamment.





LES 10 POINTS
DE REPÈRES DE LA LOI HPST

5

**L'INTÉRÊT COLLECTIF
PRIVÉ SANITAIRE, SOCIAL
ET MÉDICO-SOCIAL :
LE NOUVEL ÉLAN DU PRIVÉ
NON LUCRATIF ET SA
TRANSVERSALITÉ, EN MIROIR
DE CELLE DES ARS ET DES
POLITIQUES PUBLIQUES**



5

L'INTÉRÊT COLLECTIF

PRIVÉ SANITAIRE, SOCIAL, ET MÉDICO-SOCIAL : LE NOUVEL ÉLAN DU PNL ET SA TRANSVERSALITÉ, EN MIROIR DE CELLE DES ARS ET DES POLITIQUES PUBLIQUES

● Le concept d'établissement privé d'intérêt collectif est une construction d'origine parlementaire, étant totalement absent du projet de loi initial déposé par les pouvoirs publics, tant pour les activités sanitaires que pour les activités sociales et médico-sociales. Cette situation illustre la particularité d'un secteur privé non lucratif qui, s'il met parfois mal à l'aise des administrations centrales plus accoutumées à une distinction binaire secteur public / secteur privé et sous-entendu lucratif, correspond cependant à une sensibilité réelle et à un attachement fort de l'opinion publique, dans chacun des territoires. Par voie de conséquence, cet attachement est aussi celui de nombreux parlementaires de toutes appartenances qui y sont implantés.

● En effet, la gestion privée désintéressée, permet d'offrir à la population comme aux

pouvoirs publics une alternative à l'option radicale entre le « tout public », dont la rigidité et les coûts de gestion sont connus (le débat sur la gouvernance interne des hôpitaux publics l'a encore illustré), d'une part, et le « tout privé commercial » d'autre part, dont la crise financière internationale a singulièrement écorné l'image. La proximité avec l'expression des besoins et le mouvement associatif des usagers, avec ses dizaines de milliers de militants et de bénévoles, a permis aussi au secteur privé non lucratif de se situer à « l'avant-garde » du décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social, d'une part, comme de la coopération entre les établissements et les interventions à domicile d'autre part. Ces deux décloisonnements sont l'un des grands enjeux de la loi HPST. Ainsi et en raison des caractéristiques de ses adhérents, l'équilibre institutionnel et le périmè-

tre sans équivalents de la FEHAP s'ajustent parfaitement avec le nouveau profil des Agences Régionales de Santé, et les premières lignes directrices de leur feuille de route.

● Du point de vue du débat parlementaire, l'Assemblée Nationale s'est plutôt préoccupée du statut des Etablissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), complété sur quelques points par le Sénat, tandis que le Sénat a fait avancer pour sa part le concept d'Etablissement Social et médico-social Privé d'Intérêt Collectif (ESmsPIC), ajoutant ainsi la notion de « Privé d'Intérêt Collectif » à la longue liste de concepts et dispositions que le Code de la Santé Publique et que le Code de l'Action Sociale et des familles ont en partage, liste fortement allongée par la loi HPST. Le mode parlementaire d'élaboration du concept d'ESPIC et d'ESmsPIC a présenté toutefois quelques inconvénients : les textes n'ont pas fait l'objet d'une élaboration préalable, « à froid », par les services du Ministère, de même qu'ils n'ont pas été affinés progressivement dans le cadre d'une concertation préalable avec les organisations concernées de la part des services puis du cabinet des Ministres, comme cela se produit habituellement.

● Ceci étant, il n'y a pas lieu d'atténuer la satisfaction de la FEHAP d'avoir porté et fait aboutir à l'occasion de la loi HPST le concept d'établissement Privé d'Intérêt

Collectif, transversal aux champs sanitaire, social et médico-social : ces dispositions sont également intéressantes à un autre titre, qui est celui de dispositions partagées par l'ensemble du champ privé non lucratif œuvrant dans le secteur sanitaire et social. En effet, le privé non lucratif rassemble des institutions et des cadres juridiques très différents : associations, fondations, congrégations, mutuelles, institutions de retraite complémentaire et de prévoyance. Et demain sans doute conviendra-t-il d'ajouter à cette liste les fonds de dotation, appelés à se développer.

● Quels sont les établissements de santé susceptibles de devenir des ESPIC, au titre de la loi HPST ?

● La loi dispose que les établissements privés gérés par des organismes sans but lucratif peuvent devenir ESPIC en en faisant la déclaration à l'ARS (L 6161-5 CSP). Ils rejoignent alors les centres de lutte contre le cancer (CLCC) qui sont d'emblée des ESPIC, au titre de la loi, ainsi que les établissements privés PSPH auxquels la loi épargne la démarche de demande, puisqu'ils prennent automatiquement la qualification d'ESPIC sauf opposition de leur part (XX romain de l'article 1). Il y a lieu de souligner que la qualification d'ESPIC n'est pas synonyme d'application de l'échelle publique des tarifs : en effet, ces dispositions législatives ont été écrites dans un « état d'esprit » de convergence des tarifs publics et privés, avec des

dispositions transitoires pour intégrer les différences de financement du moment. De ce fait, un établissement « ex-OQN » privé non lucratif, relevant de l'échelle privée des tarifs et fonctionnant avec des praticiens libéraux, peut parfaitement s'inscrire dans le cadre des ESPIC, à la condition de pouvoir satisfaire à l'ensemble des obligations, notamment la pratique en secteur opposable. Ce sera évidemment plus aisé dans le domaine de la dialyse, car la dimension itérative des soins pour l'insuffisance rénale chronique a naturellement engagé l'ensemble des néphrologues sur une pratique en secteur 1. Pour ce qui concerne les disciplines chirurgicales, anesthésiques et d'imagerie médicale, pour des établissements ex-OQN privés non lucratifs, la question sera plus malaisée compte-tenu de la nécessité de pouvoir faire venir et préserver une communauté médicale de grande qualité et de pratique libérale : pour ces établissements privés non lucratifs de la FEHAP, une large part des réponses réside dans les discussions à venir relatives au secteur optionnel. Ces discussions portent de nouveaux espaces de compromis entre la nécessité de rémunérations cohérentes de ces praticiens, au regard de leur environnement confraternel, tout en organisant un encadrement des dépassements d'honoraires avec des tarifs maîtrisés qui soient conformes aux objectifs sociaux d'accessibilité financière aux soins, donc aux dispositions relatives aux ESPIC.

● Quels sont les autres conséquences, devoirs et obligations des ESPIC ?

● Un décret d'application est prévu par la loi et sera nécessaire pour avoir une visibilité plus complète. Pour autant, les dispositions transitoires du XX romain de l'article 1, écrites pour les établissements privés PSPH et « ex-DG¹³ », et du XXI romain, écrites pour les établissements privés, ex-DG mais non PSPH, apportent des éléments éclairants. Les établissements financés en échelle publique aujourd'hui poursuivent leur activité dans ce cadre de financement, dans le cadre de leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou jusqu'à la date de la convergence tarifaire. A ce sujet, le texte de loi traduit les annonces ministérielles durant le débat parlementaire, quant au report de l'échéance de la convergence tarifaire à 2018 (VI de l'article 1). Ces dispositions transitoires indiquent également que ces établissements PSPH et ex-DG non PSPH formalisent un projet d'établissement et un projet social, comportant la définition d'une politique de formation continue. Elles assujettissent logiquement ces établissements sous échelle publique aux mêmes procédures budgétaires et tarifaires que les établissements publics : procédure des Etats Prévisionnels de Recettes et de Dépenses (EPRD), contrôle de l'ARS. Les dispositions transitoires indiquent également les possibilités qui demeurent de détachement

13 - Auparavant financés en dotation globale, à l'instar des établissements publics de santé, avant d'intégrer avec eux les modalités de financement en tarification à l'activité (T2A).

des Praticiens Hospitaliers et des Professeurs des Universités, ainsi que la faculté de recruter des praticiens sur des contrats à durée déterminée de quatre ans.

● Parmi les autres dispositions importantes, il y a lieu de souligner :

● La faculté offerte par le texte de loi aux établissements privés non lucratifs de créer ou de gérer un centre de santé, ce qui peut être une composante importante du projet et de l'audience d'un établissement de santé, pour intégrer plus pleinement le mouvement de fond vers les soins ambulatoires et accentuer son ancrage dans la population ;

● La faculté pour les établissements privés ex-DG, avec l'accord du DG-ARS, d'organiser des équipes médicales et paramédicales mixtes, associant ainsi aux professionnels de santé salariés des confrères et collègues libéraux, dont les honoraires seront assumés par le budget de l'établissement minorés d'une redevance : pour des raisons proches de celles évoquées pour les établissements privés ex-OGN (confer supra), ce dispositif pourra prendre sa pleine valeur dans le cadre des négociations sur le secteur optionnel, pour permettre un fonctionnement en tarifs opposables ou maîtrisés ;

● La faculté pour un ESPIC de conclure un accord d'association à la réalisation des missions de service public avec un établis-

sement public de santé ou une communauté hospitalière de territoire (CHT). L'intérêt de ce dispositif est de permettre une coopération entre un établissement privé non lucratif, isolé quant à son statut, avec une CHT réservée à des établissements publics. Il permet également de ne pas être engagé dans un GCS très majoritairement public, dont le statut vraisemblablement public comporte l'inconvénient sérieux de faire disparaître l'établissement privé non lucratif de la gouvernance, dès lors que les autorisations de soins lui sont transférées¹⁴. Enfin, ce concept permet aussi de fonder juridiquement, le cas échéant, des opérations immobilières de construction sur le domaine public.

● Dans le domaine social et médico-social, le concept d'établissement privé d'intérêt collectif est évidemment encore plus novateur, puisque le précédent sanitaire d'établissement privé « PSPH » n'existait pas. Pour la FEHAP, cette novation correspond à une quadruple intuition, à savoir :

● La dimension transversale des parcours de vie et de soins des usagers et la conscience du fait que nombre des clés de la réussite dans le domaine sanitaire se trouvent dans le secteur social et médico-social, et réciproquement : cette ligne directrice inscrit pleinement les ESmsPIC comme les ESPIC dans la philosophie de la loi HPST et de la fondation des ARS (confer supra).

14 - Confer « point de repère n°9 ».

- La nécessité de rassembler l'offre privée non lucrative sociale et médico-sociale dans un creuset commun, alors que les statuts d'exercice sont très divers : associations, fondations, congrégations, mutuelles, institutions de retraite complémentaire et de prévoyance, fonds de dotation.

- L'intérêt du concept d'ESmsPIC dans le cadre de l'évolution communautaire qui apporte des éléments du « faisceau d'indices » qui est la méthode proposée par le rapport de Michel Thierry pour définir les services faisant l'objet d'un « mandat d'intérêt général » et qui seront de ce fait exemptés de l'application de la directive services¹⁵.

- L'intérêt de l'offre privée non lucrative, qui apporte une alternative aux usagers comme aux pouvoirs publics, entre le « tout public » dont le manque de souplesse de fonctionnement et de réactivité sont connus, et le « tout privé lucratif » dont la crise financière d'une part, et les enjeux d'accessibilité géographique et financière pour les usagers nuancent singulièrement les atouts. Dans le secteur social et médico-social, le seul domaine d'activité significatif pour les opérateurs lucratifs est celui des maisons de retraite et il est utile de rappeler que ce métier peut être correctement réalisé, certes, mais avec des mérites professionnels limités tant que l'on n'est pas ou peu confronté au challenge qualitatif et économique de

tarifs hébergement qui demeurent abordables. Une prestation hôtelière remarquable mais très coûteuse n'a aucun mérite ; c'est le fait de délivrer des prestations hôtelières de qualité à des prix accessibles qui signe l'excellence dans cette activité médico-sociale. La question de l'accessibilité géographique n'est pas moindre : l'offre privée lucrative se concentre très majoritairement sur les villes importantes et les zones littorales, où la population est plus aisée et où le foncier se valorise rapidement. Tandis que la globalité de l'offre sur le territoire est portée par l'offre publique et l'initiative privée non lucrative.

- Le texte de loi répond à cette quadruple intuition quant aux ESmsPIC, mais comporte aussi une déception, liée à une initiative très étonnante de grands groupes privés lucratifs d'EHPAD au moment de l'arrivée du texte de loi devant la commission mixte paritaire, après le vote très consensuel des ESmsPIC par le Sénat (confer infra).

- Pour ce qui concerne la teneur du texte de loi, qui sera complété par un décret d'application en Conseil d'Etat de grande importance, elle prévoit pour les ESmsPIC :

- Une obligation de formaliser un projet institutionnel validé par l'organe délibérant,

¹⁵ - Rapport IGAS-IGA-IGF, Mission relative à la prise en compte des spécificités des services d'intérêt général dans la transposition de la directive « services » et l'application du droit communautaire des aides d'état. Michel Thierry, Alain Bodon, Rémi Duchene, Janvier 2009.

- Des devoirs d'innovation et d'expérimentation au service des usagers : « répondre aux besoins sociaux ou médico-sociaux émergents ou non satisfaits »

- Des engagements d'accessibilité financière : « limiter le reste à charge des personnes accueillies ou accompagnées »

- Une transparence financière, avec la publication des comptes certifiés,

- Des devoirs de coopération avec les autres composantes de l'offre sociale et médico-sociale, dans une double perspective d'une approche qui surmonte les distinctions et clivages de l'offre en direction des populations (personnes âgées/personnes handicapées/personnes exclues/personnes souffrant d'addictions...) et d'une desserte de proximité. Ce point est à mettre en lien avec la faculté des établissements sociaux et médico-sociaux de s'engager également sur le terrain de la prévention, dans le cadre du décloisonnement instauré par les ARS, ainsi que de participer à des coopérations avec des activités sanitaires (prévention des infections nosocomiales, plans blancs, pharmacies à usage intérieur partagées, HAD en EHPAD, équipes mobiles, etc.).

- Ainsi et alors que la FEHAP était très satisfaite de la rédaction du Sénat comme du soutien manifesté publiquement par la ministre en charge des personnes handicapées et des personnes âgées, en lien avec

les autres organisations qui ont accompagné la FEHAP dans cette initiative (Croix-Rouge, Mutualité Française, Uniopss), est intervenu un « *deus ex machinae* » en commission mixte paritaire : l'adjonction d'un morceau de phrase « *ou exercent dans un cadre lucratif mais en ayant conclu une convention d'aide sociale prévue au présent code* ». Ces mots ont pour conséquence de glisser les opérateurs privés lucratifs dans cette disposition propre au secteur privé non lucratif social et médico-social, et qui présentait une dimension identitaire et transversale pour lui.

- Le résultat est que cette insertion n'aboutit pas à une rédaction législative cohérente avec celle des ESPIC sanitaires, qui ne peuvent être le fait que d'organismes privés non lucratifs. Cette adjonction concernant les ESmsPIC a été manifestement rédigée dans la seule perspective des maisons de retraite, alors que le périmètre des ESmsPIC est beaucoup plus large puisqu'il engage aussi le secteur social, ou encore aussi le secteur médico-social des personnes handicapées, soit deux secteurs où les établissements et services privés non lucratifs sont la référence.

- Pour mettre en perspective cette déception, il y a lieu toutefois de souligner :

- Que la rédaction d'une loi peut toujours être ajustée par une reformulation à l'occasion d'un nouveau véhicule législatif ;

- Que la réaction très virulente des grands groupes privés lucratifs à ces dispositions sur les ESmsPIC qui ne les concernaient pas et qui ne créent que des devoirs et aucun droit à un traitement particulier, comporte sans doute des enseignements qui pourront être médités avec profit par le secteur privé non lucratif et les pouvoirs publics : notamment ce souhait du secteur commercial de faire ainsi main basse sur un statut « qui ressemble pour s’y méprendre » à celui du privé non lucratif ;

- Qu’aux termes du décret d’application à venir, qui sera nécessairement conforme à l’ensemble des dispositions législatives instaurant les ESmsPIC et qui fera sans doute place à une attente de clarté et de transparence des associations d’usagers, il est probable que fort peu d’établissements et services privés lucratifs pourront être effectivement éligibles au statut d’ESmsPIC : pourront-ils en effet mettre en avant une politique institutionnelle d’accessibilité financière pour une proportion significative des résidents accueillis ?

- Pour terminer ce « point-clé » dédié au secteur privé non lucratif, il y a lieu de souligner que le texte de loi a instauré un régime d’administration provisoire spécifique aux organismes sans but lucratif, transversal au secteur sanitaire PSPH (XXIII romain de l’article 1 de la loi) et médico-social (L 313-14-1 CASF, 27° de l’article 124 de la Loi). Au regard du point précédent sur l’Intérêt Collectif, l’idée que l’offre privée non lucrative a des caractéristiques et devoirs particuliers qui justifient un régime d’administration provisoire spécifique est intéressante. Au-delà, l’administration provisoire des établissements privés non lucratifs pose des questions délicates d’articulation entre les dispositions à caractère « sectoriel » du Code de la santé publique et du Code de l’action sociale et des familles, et les dispositions générales applicables à tout organisme privé au titre des mesures collectives issues du Code de commerce. Le texte de loi HPST ne répond pas véritablement à cet enjeu opérationnel, mais il ne s’agissait pas non plus de ses dispositions les plus centrales, focalisant la disponibilité des uns et des autres. De ce fait, la FEHAP sera sans doute conduite à revenir sur ce sujet, à l’occasion d’un prochain véhicule législatif.



LES 10 POINTS
DE REPÈRES DE LA LOI HPST

6

**L'ÉVOLUTION
CONCURRENTIELLE
DU DROIT DES MISSIONS
DE SERVICE PUBLIC
ET DU DROIT DES
AUTORISATIONS SANITAIRES
ET MÉDICO-SOCIALES**



6 L'ÉVOLUTION CONCURRENTIELLE

DU DROIT DES MISSIONS DE SERVICE PUBLIC ET DU DROIT DES AUTORISATIONS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES

● L'adjectif concurrentiel associé à la dévolution des missions de service public et au droit des autorisations sanitaires et médico-sociales peut surprendre. Il est naturellement un peu schématique mais a pour objectif d'attirer l'attention sur une forte évolution qui tient pour une part à deux novations du texte de loi HPST, mais aussi aux enseignements issus de la jurisprudence qui prend en compte l'émergence du droit de la concurrence dans le droit communautaire et français.

● Pour mieux représenter le contexte général, il y a lieu de souligner ce qu'indique l'Autorité de la Concurrence dans son Rapport annuel 2008¹⁶, à savoir que les interventions des autorités de la concurrence « ne sont pas limitées aux marchés libres, répondant à la dynamique de l'offre et de la demande ; elles concernent également les

marchés réglementés, sur lesquels la tension concurrentielle par les prix est atténuée ou inexistante. Dans ce cas, la concurrence qui s'applique est une concurrence par l'innovation, ou par la qualité des services, mais non essentiellement une concurrence par les prix ». Il aurait été possible d'ajouter qu'il existe aussi, dans le secteur sanitaire et médico-social, une concurrence par la maîtrise des coûts, car les tarifs très tendus fixés par les pouvoirs publics exercent une pression élevée sur l'équilibre budgétaire des établissements aujourd'hui.

● De plus longue date, le Conseil de la concurrence avait souligné l'impact notamment du libre choix du demandeur¹⁷, principe fondamental du droit sanitaire et social : « La libre expression du choix par les demandeurs joue un rôle crucial dans l'économie en ce qu'elle oriente, si elle n'est pas mise en échec

16 - Autorité de la Concurrence, rapport annuel 2008, page 121.

17 - Conseil de la Concurrence, rapport annuel d'activité, 1991, p.XXVII

par des pratiques anticoncurrentielles émanant des offreurs, les ressources vers les emplois qui sont les plus appréciés et permet ainsi d'obtenir l'efficacité du système économique ». D'une certaine manière et en considérant les décisions successives de l'Autorité de la concurrence et des tribunaux, il est possible d'indiquer qu'en dépit d'un cadre fortement administré et de tarifs d'origine ministérielle, ce qui peut subsister de concurrentiel dans le système de santé, et notamment la concurrence par le libre choix et la qualité, est fortement protégé. Les infractions à ces principes de « concurrence minimale » sont alors systématiquement et sévèrement sanctionnées. Mais les contraintes de la concurrence sont ambivalentes : là où des dirigeants d'établissements associatifs peuvent y percevoir une « évolution marchande » différente de leurs valeurs fondatrices, il y a lieu aussi de noter que la concurrence est aussi une contrainte croissante pour les autorités de régulation elles-mêmes, dans le maniement des instruments juridiques et financiers de répartition des activités. En effet, la progression du droit de la concurrence dans le domaine sanitaire et médico-social réduira progressivement la part de discrétionnaire dans les décisions des DGARS de demain, comme dans celles des Présidents de Conseils généraux.

● Pour ce qui concerne les 14 missions de service public hospitalier de la loi HPST, force est d'observer qu'une modalité de dévolution par l'ARS dans le cadre de l'ouverture d'un appel à candidatures pour chacun des territoires de

santé identifiés est devenue incontournable. La seule atténuation prévue par la loi HPST figure au dernier alinéa de l'article L 6112-2 CSP, à savoir que les missions de service public déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné, à la date de promulgation de la loi « peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ». La difficulté tient plus ensuite à la nature des 14 missions de service public, assez hétérogène, qui va se traduire par des différences voire de réelles difficultés pratiques dans la dévolution, puis dans la conclusion ultérieure de contrats d'objectifs et de moyens.

● Une typologie en trois sous-ensembles peut être ainsi avancée :

● Des missions de service public directement liées à des activités ou des modalités de soins autorisées : permanence des soins ; aide médicale urgente ; lutte contre l'exclusion ; prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

● Des missions de service public concourant indirectement à la qualité des soins ou des pratiques professionnelles : soins palliatifs, développement professionnel continu des praticiens, formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical, éducation et prévention pour la santé, actions de santé publique.

● Des missions de service public de nature interministérielle : enseignement universitaire, recherche, soins aux détenus en milieu

pénitentiaire et hospitalier, soins aux personnes retenues (législation sur l'immigration), soins dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

● Comme cela a été évoqué supra, cette évolution peut susciter des craintes d'établissements privés non lucratifs, mais également autoriser de nouvelles espérances : ainsi par exemple, les appels à candidature en matière d'enseignement universitaire et de recherche pourront permettre à des institutions, aujourd'hui dans l'impossibilité d'obtenir une convention hospitalo-universitaire et/ou des financements pour la recherche, d'intégrer ces nouveaux domaines, prolongements naturels de leurs activités de soins.

● Pour ce qui concerne le droit des autorisations, le secteur médico-social connaît avec HPST une évolution des plus claires, avec l'instauration d'une procédure d'appel à projet et l'intervention dans ce cadre d'une commission de sélection. Un décret d'application est annoncé pour définir les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet, le contenu du cahier des charges, les conditions d'examen et de sélection des projets pour une « mise en concurrence sincère, loyale et équitable, et la qualité de l'accompagnement » (dernier alinéa de l'article L 313-1-1 CASF, 8° de l'article 124). Autant dire que l'essentiel du commentaire doit prudemment attendre le dé-

cret d'application. Mais d'une manière plus générale, il y a lieu de noter que ce secteur avait connu avec la loi du 2 janvier 2002 un débat important quant à la durée déterminée des autorisations, et un compromis avait été trouvé sur une durée de 15 années. Ce débat étant désormais clos, le secteur social et médico-social franchit une seconde étape en intégrant désormais, peu ou prou, le droit de la commande publique avec le libre choix par l'acheteur public (ARS et/ou collectivité territoriale¹⁸), de biens et services sociaux et médico-sociaux pour le compte de la collectivité dont il a la charge. Ces dispositions sont atténuées naturellement pour les extensions de capacité de volume limité, à l'image de la règle actuelle des 15%. Elles sont également nuancées pour des projets expérimentaux ou innovants, qui doivent alors rencontrer « un cahier des charges allégé ». La rançon pour l'autorité publique de cette concurrence et du caractère équitable de son choix, réside dans la nécessité de pouvoir s'en expliquer objectivement avec une motivation explicite, voire d'en assumer la défense dans le cadre de contentieux pouvant être engagés par les autres promoteurs de projets, s'ils s'estiment injustement écartés.

● Ira dans le même sens la disposition d'HPST relative à la publication au recueil des actes administratifs des cessions d'autorisation sociale et médico-sociale. Cette publicité s'avère indispensable pour

18 - Confer graphique sur les compétences d'autorisation, de financement et de contrôle des ARS, conseils généraux et services de l'Etat concernant les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux, en page 60 de la plaquette.

la sécurité juridique des cessions d'autorisations, à défaut de laquelle un tiers peut contester leur bien-fondé ou leurs conditions longtemps après. Mais cette publicité donnera aussi l'occasion d'une régulation voire d'un contrôle contentieux des opérations de reprise d'établissements et de services, du fait de la transparence instaurée.

● Pour les autorisations sanitaires, l'approche du droit positif doit être complétée par l'évolution jurisprudentielle. « *Les réformes hospitalières successives n'ont cessé d'accroître la précarité de la situation juridique des titulaires d'autorisation* »¹⁹. La Loi du 31 juillet 1991 a notamment instauré un dispositif de fenêtre d'autorisation, qui a évidemment induit une dimension comparative dans l'examen simultané des projets des promoteurs. Un impératif d'objectivité et de neutralité du décideur public en résulte. « Le juge administratif a eu plusieurs fois l'occasion de préciser qu'en présence de demandes concurrentes, une ARH devait respecter le principe d'égalité entre les promoteurs et se livrer à une appréciation des mérites respectifs des demandes »²⁰. Si le droit positif n'indique pas les critères d'appréciation de l'ARH, et demain de l'ARS, et semble pour l'instant ménager un important pouvoir discrétionnaire du décideur public, il est désormais logique que la jurisprudence indique le caractère

impératif, pour la validité de la procédure, de l'énoncé par l'agence régionale des critères qu'elle entend suivre. C'est ce que vient d'indiquer le Tribunal Administratif de Saint-Denis, dans une décision en référé du 6 octobre 2008²¹.

● En tout état de cause, un promoteur de projet sanitaire éconduit de manière subjective ou peu transparente par une Agence Régionale dispose de quelques moyens juridiques pour faire reconnaître une erreur manifeste d'appréciation par le juge administratif et ainsi faire suspendre puis annuler une décision défavorable de l'Agence.

● Dans un domaine différent, mais avec la même obligation de publier et de respecter des règles ou des critères objectifs de sélection, le IX romain de l'article 5 de la loi définit un dispositif d'agrément d'établissements de santé qui peuvent se voir réserver des prises en charge ou des actes à caractère innovant, à la fois pour maîtriser les risques cliniques mais aussi pour éviter des dépenses injustifiées. Une liste nationale d'établissements peut être définie, après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), de même que cette décision peut être déconcentrée au niveau régional : le DG-ARS devra alors respecter les critères figurant dans l'arrêté ministériel.

19 - Revue Générale de droit médical, Hors série sur « Services de santé et concurrence », mars 2005. Les Etudes Hospitalières, page 34.

20 - Op.cit. page 36.

21 - TA de Saint-Denis, ARH de la Réunion contre Clinique des Eucalyptus, 6 octobre 2008, N°0801224.

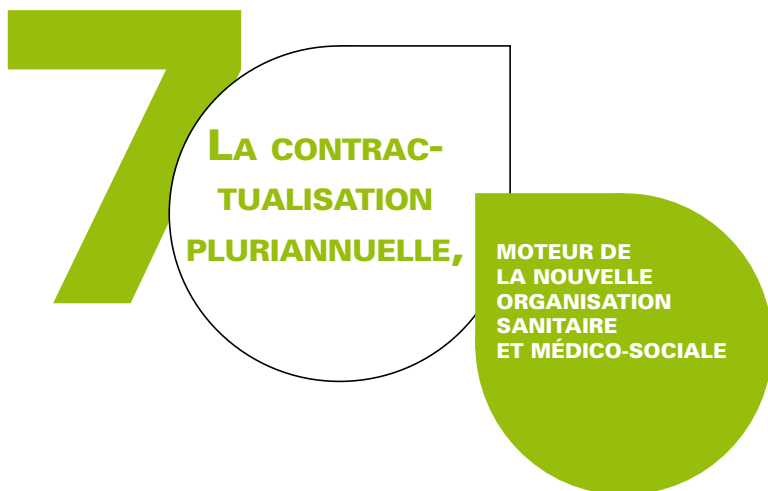


LES 10 POINTS
DE REPÈRES DE LA LOI HPST

7

**LA CONTRACTUALISATION
PLURIANNUELLE,
MOTEUR DE LA NOUVELLE
ORGANISATION SANITAIRE
ET MÉDICO-SOCIALE**





● Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens s'est affirmé progressivement dans le paysage sanitaire, social et médico-social. Introduit dans le champ sanitaire et réformé par l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, le CPOM s'est également répandu dans le secteur social et médico-social. La loi HPST vient élargir, sinon systématiser, cet outil contractuel dans la gestion des relations entre établissements et autorités de contrôle et de tarification. Elle l'étend également à des situations nouvelles.

● Les raisons de cette évolution en faveur de cet instrument juridique méritent d'être rappelées :

● Nécessité de disposer d'un véhicule juridique souple entre les deux parties prenantes, permettant d'organiser des objectifs ou des

moyens en « sur-mesure », compte tenu de la situation propre à chaque opérateur ;

● Nécessité de mettre en avant une planification par objectifs dans un cadre pluriannuel, avec le temps de préparation requis de part et d'autre, de préférence à une logique d'examen annuel des ressources et des résultats qui est désormais inadaptée et dont, de toute manière, l'administration sanitaire et sociale n'a plus les moyens pour un travail de qualité.

● Dans ce cadre, il y a lieu de souligner que l'un des CPOM méritant la plus grande attention va être celui conclu entre le DG-ARS et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées et des personnes handicapées (L 1433-2 CSP ; article 118). Il aura évidemment valeur d'acte administratif juridiquement communicable.

● Bien entendu, les missions de service public vont être formalisées dans le cadre d'un CPOM, dans un délai de 6 mois, précise la loi HPST, de même que les autorisations des activités de soins. Le caractère bilatéral du CPOM se nuance fortement à défaut de conclusion dans le délai. Dans ce cas, le DG-ARS peut fixer unilatéralement les objectifs quantifiés et les compensations financières des missions de service public. La loi HPST réévalue le plafond des pénalités potentielles pour les manquements aux engagements pris, pénalités qui seront inscrites dans le corps du CPOM.

● Concession faite par les parlementaires à une vision plus authentiquement contractuelle, le droit positif conserve des garanties législatives quant aux modalités de renouvellement des CPOM : bilan préalable, délais de renégociation.

● Il est intéressant de noter qu'en cas de carence dans la réalisation des missions de service public, le DG-ARS dispose d'une « clause de sauvegarde » lui permettant de désigner un établissement ou une personne physique pour la mettre en œuvre, charge au contrat d'en définir les modalités et compensations.

● Plus généralement, il est loisible à l'ARS de financer différentes actions et contributions s'intégrant dans son schéma régional de santé, à la condition d'avoir conclu un

CPOM avec l'institution ou la personne concernée.

● Pour ce qui concerne les établissements sociaux et médico-sociaux, l'article 124 de la loi élargit l'usage du CPOM aux Centres d'hébergement et de réadaptation sociale, mais aussi aux Centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Ce même article précise que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dont la capacité ou les recettes sont supérieures à un seuil fixé par arrêté ministériel, concluent un CPOM qui se substitue donc à la convention tripartite « traditionnelle ». Il en va de même pour de nombreuses autres structures sociales et médico-sociales, le CPOM traitant à la fois du financement et des objectifs de qualité de prise en charge à atteindre.

● Sont ainsi concernés : les structures pour enfants et adolescents en situation de handicap (Instituts médico-éducatifs (IME), etc.), les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les centres de réadaptation professionnelle (CRP), les structures pour adultes en situation de handicap (maisons d'accueil spécialisé), etc. Les structures dédiées à l'exclusion et à l'urgence sociales (CHRS, etc.), les structures œuvrant en direction de populations présentant des difficultés spécifiques, notamment les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA),

les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD), les lits « halte soins santé » et les Appartements de coordination thérapeutique (ACT), les différents centres de ressources, d'information et de coordination, à l'instar des Centres locaux d'information et de coordination en gérontologie (CLIC).

● La diffusion des CPOM dans le secteur sanitaire et médico-social a déjà amené de nombreuses interrogations sur le caractère effectivement négociable de leurs dispositions, et sur la solidité des moyens financiers du fait de la relation très inégale des deux parties prenantes. Ce constat pourrait inspirer aussi, avec profit, une réflexion des responsables d'établissements sur leur capacité réelle de préparation technique et de négociation bilatérale de ces échéances majeures que sont les conclusions et renouvellements de CPOM, moments qui engagent cinq années de

vie institutionnelle et de projets. Ces réflexions pourront en rejoindre d'autres qui s'expriment en termes de taille critique à rechercher et d'alliances nécessaires pour mutualiser des ressources humaines ou des moyens techniques. Il est patent que le développement de l'outil CPOM, s'il comporte de forts enjeux d'évolution des pratiques managériales, est en même temps un formidable outil de décloisonnement et d'action transversale mobilisable avec l'ARS et au service des usagers.

● Enfin et dans la batterie de contrats susceptibles d'être conclus avec les ARS par les responsables d'établissements sanitaires et médico-sociaux, il y a lieu d'ajouter avec l'article 118 de la loi les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (L 1435-4 CSP). Ces contrats élargissent ainsi le cadre et les modalités des accords de bon usage et des contrats de bonne pratique des soins.



LES 10 POINTS DE REPÈRES DE LA LOI HPST

8

**DE NOUVELLES FACILITÉS
ET OPPORTUNITÉS
DANS LE MANAGEMENT
DES RESSOURCES SANITAIRES
ET MÉDICO-SOCIALES,
DANS UN CADRE GÉNÉRAL
DE PLUS EN PLUS CONTRAINT**



8

DE NOUVELLES FACILITÉS

ET OPPORTUNITÉS DANS LE MANAGEMENT DES RESSOURCES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIALES, DANS UN CADRE GÉNÉRAL DE PLUS EN PLUS CONTRAINT

● L'état des finances publiques et sociales comme la rareté de certaines ressources humaines médicales et paramédicales permettent de dessiner les contours d'un environnement de gestion fortement contraint pour les dirigeants d'établissements sanitaires et médico-sociaux, et ce pour longtemps. Ceci étant, les besoins de la population sont croissants en volume et s'expriment de manière toujours plus exigeante, en termes qualitatifs et de sécurité. Du coup, la loi HPST porte un certain nombre d'ouvertures et d'opportunités pour les gestionnaires qui témoignent du souhait partagé, par les pouvoirs publics comme les professionnels, de reconstituer ainsi un certain nombre de marges de manœuvre et d'offrir de nouvelles possibilités de synergies.

● Une typologie permet de rassembler ces novations en trois ensembles :

- Les opportunités d'ordre stratégique,
- Les ouvertures nouvelles sur le plan des ressources humaines
- Les nouvelles facilités sur le plan de la gestion.

● Les opportunités d'ordre stratégique pour les établissements sanitaires et médico-sociaux tiennent notamment à :

- La faculté de créer ou de gérer des centres de santé, passerelles vers l'activité de ville et confortements de l'ancrage vis-à-vis des populations,
- La faculté de constituer des « pôles de santé », rassemblant tous les acteurs de

santé de tous statuts dans un même ensemble coopératif : tous les établissements sanitaires et médico-sociaux privés non lucratifs qui pourraient être isolés et installés dans des territoires ruraux pourront considérer cette option avec profit,

- Les encouragements à la coopération qui se traduisent par une majoration des aides financières apportées aux porteurs de projets de Groupements de coopération sanitaire (GCS), à l'instar de celles apportées aux communautés hospitalières de territoire ;

- Dans le même sens, apparaissent de nouvelles souplesses apportées par les GCS de droit privé qui pourraient être détenteurs d'autorisations d'activités de soins et érigés en établissements de santé : en effet et dans ces cas de figure, une option tarifaire apparaît entre échelle publique et échelle privée des tarifs, pour autant que coopèrent ensemble un établissement sanitaire ex-DG et un établissement sanitaire ex-OQN. Ce schéma peut présenter de nouvelles opportunités entre des établissements privés non lucratifs, ex-DG et ex-OQN, mais aussi avec des établissements privés lucratifs voisins²².

- Pour les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées, il y a lieu de noter que le législateur a prévu une expérimentation tarifaire pour les structures d'hébergement temporaire, compte tenu

des blocages observés en ce domaine et qu'il y a lieu de résoudre pour permettre un décollage de cette offre de services à haute valeur ajoutée sociale. Les établissements intéressés ont tout lieu de faire état de leur intérêt auprès des autorités de contrôle et de tarification, s'ils souhaitent être partie prenante.

- Le développement de la télémédecine, dont le texte de loi apporte les bases pour une élaboration réglementaire des fondations juridiques et tarifaires –quels actes diagnostiques et thérapeutiques ? quels tarifs ? quelles conditions techniques de fonctionnement ? » présente également de nombreuses opportunités. Cette dimension fera également partie du projet régional de santé.

- Sur le plan de la gestion des ressources humaines médicales et paramédicales, il y a lieu de considérer :

- Les possibilités nouvelles de constitution d'équipes mixtes, salariées et libérales, dans les établissements de santé ex-DG. Les honoraires des professionnels de santé libéraux seront naturellement assumés sur les budgets des établissements. Cette faculté vise également les collaborations paramédicales, telles par exemple que les orthophonistes avec les établissements de soins de suite et de réadaptation, qui rencontrent parfois de grandes difficultés pour en recruter

22 - Tandis que fort malheureusement, la coopération avec un établissement public de santé est à appréhender avec circonspection, compte tenu de la forme de gouvernance exclusivement publique susceptible de se mettre en œuvre. Confer point de repère 9.

ter même à temps partiel, alors que cette collaboration s'impose dans certaines prises en charge rééducatives et est exigée par les textes issus du droit des autorisations. Plus largement, ce dispositif prendra sa pleine valeur avec les discussions sur le secteur optionnel, pour permettre une rémunération sur la base d'honoraires non seulement en secteur 1 mais aussi en tarifs « maîtrisés » (dépassements d'honoraires encadrés).

- En « symétrie » de cette disposition, les établissements « ex-OQN » obtiennent la possibilité de recruter des médecins salariés et de facturer leurs actes à l'assurance-maladie (L 162-26-1 CSS, article 29), disposition attendue de longue date.

- Pour les professionnels paramédicaux libéraux intervenant à domicile, le texte de loi permet aux établissements qui bénéficient de leur collaboration de déroger au principe du paiement à l'acte (V de l'article 13). Il en va également ainsi des dispositions relatives aux GCS²³, qui permettent d'élaborer d'autres formes de rémunération que le paiement à l'acte pour les professionnels de santé libéraux.

- La coopération entre professionnels de santé (L 4011-1 CSP, article 51), qui fonde juridiquement la possibilité d'organiser de nouvelles répartitions des rôles dans la réalisation des actes et l'organisation des activités est une ligne potentielle d'innovation très prononcée, qui a été peu mise en va-

leur dans la communication ayant entouré les débats sur HPST. Il s'agit à l'évidence d'une « zone d'innovation » importante à l'avenir, que les dirigeants d'établissements privés non lucratifs ont tout intérêt à investir au plus tôt.

- Dans le même esprit et pour les établissements sociaux et médico-sociaux, la loi dispose en son article L 313-26 CASF que l'aide à la prise des médicaments est un acte de la vie quotidienne, ce qui est important pour la valorisation des compétences d'accompagnement des personnels socio-éducatifs (éducateurs, moniteurs, aides-médico-psychologiques). Les débats parlementaires autour de l'article 124 de la loi sont importants pour mesurer le périmètre de cette disposition, puisqu'ils indiquent que cela inclut naturellement le portage des médicaments entre le poste de soins et la chambre, ou un autre lieu de vie dans l'établissement. Bien évidemment, le médecin prescripteur peut indiquer des dispositions particulières requérant l'intervention d'un personnel infirmier chaque fois que nécessaire.

- Pour les établissements de santé publics et privés, la loi HPST dispose de la gratuité des stages des auxiliaires médicaux, au sens de la quatrième partie du code de la santé publique (L 4381-1 CSP). Seules les indemnités liées à des contraintes peuvent être versées.

23 - Confer « point de repère n°9 ».

- La loi HPST en son article 59 rénove et rebaptise en « développement professionnel continu » les obligations de formation continue mais aussi celles d'évaluation des pratiques professionnelles des professions de santé.

- Enfin et au 23° du I de l'article 124, la loi HPST ouvre la perspective de l'instauration d'un service minimum pour les établissements sociaux et médico-sociaux, dans le cadre d'un rapport remis au Parlement avant le 30 juin 2010. Ceci étant, un certain nombre d'établissements ont d'ores et déjà prévu des « effectifs de sécurité », au titre de la préservation des personnes et des biens, dans le cadre d'accords collectifs. Ce concept « d'effectifs ou d'équipes de sécurité », certes différent de celui de service minimum, a l'intérêt d'avoir déjà été reconnu par les partenaires sociaux et défini dans le cadre d'une circulaire. Cette démarche peut être recommandée d'ores et déjà pour tous les établissements sociaux et médico-sociaux qui ne les ont pas encore établis à ce jour.

- Pour ce qui concerne les facilités et opportunités de gestion, la loi HPST prévoit :

- La création de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), avec une approche décloisonnée du secteur

sanitaire et médico-social. L'ANAP est le rassemblement du Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitalier (GMSIH), de la Mission pour l'expertise et Audit Hospitaliers (MEAH) et de la Mission d'Accompagnement des investissements Hospitaliers (MAINH). Au regard de la qualité des travaux menés par ces différentes missions, et notamment des nombreux bénéfiques opérationnels pour les établissements des travaux conduits par la MEAH et le GMSIH²⁴, ce confortement et cet élargissement au secteur médico-social sont très bienvenus.

- Pour les gestionnaires et acheteurs, la loi HPST introduit le taux réduit de la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA à 5,5 %) sur tous les travaux de construction ou de rénovation d'établissements et services pour enfants et adolescents handicapés, de même que pour les structures dédiées à l'hébergement temporaire des personnes âgées et des personnes handicapées (article 124).

- Pour sa part, l'article 30 réforme des dispositions de la Loi de Modernisation de l'Economie, pour permettre l'adaptation réglementaire des délais de paiement lorsque des accords entre organisations représentatives des fournisseurs et des acheteurs semblent inaccessibles, compte tenu de l'état ou plutôt de l'insuffisance de concurrence.

24 - Le GMSIH a déjà mené des travaux méconnus mais remarquables pour le secteur médico-social, notamment au moment délicat de la mise en place de l'allocation personnalisée autonomie (APA) en établissement, pour la mobilisation et la coordination des éditeurs de logiciels.

● Pour les établissements de santé, l'article 5 de la loi réforme le régime des visites de conformité, en prévoyant judicieusement que ces inspections se réalisent « in vivo », dès lors que les nouvelles installations autorisées sont en fonctionnement et non dans des locaux peut-être conformes mais encore vides.

● Pour sa part, l'article 21 de la loi sécurise juridiquement la possibilité d'externaliser mais aussi de dématérialiser les archives.

● Pour les responsables médico-sociaux en charge de l'évaluation interne et externe

de leurs activités, le 19° de l'article 124 de la loi permet de redéfinir par décret les obligations de présentation de résultats de leurs travaux et dispose que tous les établissements autorisés avant le 22 juillet 2009²⁵ doivent procéder à une évaluation externe au moins deux ans avant la date de renouvellement de leur autorisation. Par ailleurs, la loi permet de valider la mise en œuvre d'une procédure de certification par un établissement médico-social, comme composante significative de ses obligations d'évaluation externe.



²⁵ - Date de promulgation de la loi HPST.

LES 10 POINTS
DE REPÈRES DE LA LOI HPST

9

**DES OUTILS MULTIPLES
AU SERVICE DE LA COOPÉRATION
PUBLIC-PRIVÉ ET VILLE-HÔPITAL
DANS UN CONTEXTE
VOLONTARISTE
DE CONCENTRATION
DU SECTEUR PUBLIC SANITAIRE
ET MÉDICO-SOCIAL**



9

DES OUTILS MULTIPLES

AU SERVICE DE LA COOPÉRATION PUBLIC-PRIVÉ ET VILLE-HÔPITAL DANS UN CONTEXTE VOLONTARISTE DE CONCENTRATION DU SECTEUR PUBLIC SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL

● Les débats relatifs à la coopération ont été importants, dans le déroulement de l'examen du texte. D'abord parce que les communautés hospitalières de territoire réservées aux établissements publics – une des dispositions emblématiques du texte – ont fortement évolué. Tandis que par ailleurs, les groupements de coopération sanitaire ont fait l'objet d'écritures très différentes entre l'Assemblée Nationale et la commission des affaires sociales du Sénat. Cette situation nous indique que cette composante de la loi HPST n'a sans doute pas encore atteint son véritable degré de maturité technique et d'équilibre politique.

● Pour ce qui concerne les groupements de coopération sanitaire, l'article 23 de la loi établit une nouvelle définition du GCS dit de moyens, dans lequel chacune des parties prenantes conserve la maîtrise de

ses autorisations et des financements correspondants au niveau de l'établissement membre (et non du GCS). Il permet d'organiser tout type de coopération jusqu'à la mutualisation de personnel soignant pour des activités de soins ou médico-techniques, sachant que le GCS de moyens peut aussi être employeur à son propre niveau. Il s'agit pour résumer du « GCS-contrat », qui est le fruit du constat d'un intérêt partagé entre plusieurs établissements et éventuellement des professionnels de santé libéraux voire d'autres organismes (laboratoires, officines), et dont la gouvernance est structurée conventionnellement entre les parties intéressées. L'article 23 précise par ailleurs la typologie des autres types de GCS, à savoir le « GCS-réseau », qui est une forme particulière du « GCS-contrat ». Ces deux supports sont des outils puissants et relativement clairs d'alliance entre des établisse-

ments de santé, mais aussi avec les professionnels et structures de santé de « première ligne » (confer « point de repère n°3 »). Les professionnels de santé libéraux peuvent en effet rejoindre une coopération en GCS soit sous forme individuelle, soit dans le cadre d'une société d'exercice libéral.

● Avec l'article L 6133-7, toujours à l'article 23, la loi introduit une nouvelle catégorie juridique avec les GCS détenteurs d'autorisation dont elle indique que ceux dont le statut est public deviennent des établissements publics de santé et en adoptent *ipso facto* les règles de fonctionnement et de gouvernance, alors que ceux dont le statut est privé constituent des établissements de santé privés. Il n'était pourtant pas évident, au regard des débats parlementaires et extra-parlementaires, que la gouvernance des hôpitaux publics soit si harmonieuse et efficace qu'il faille se dépêcher de l'étendre aux GCS-autorisation de statut public...

● Cet article pose des questions redoutables, tant d'équilibre médico-économique des établissements membres du GCS-autorisation puisque tous les financements sont transférés à l'image des autorisations, que pour la viabilité de la nouvelle entité sanitaire ainsi engendrée. Des simulations soigneuses sont de rigueur, compte tenu des répartitions de coûts fixes qui ne se déplacent pas aussi aisément que les auto-

risations et les recettes... D'autre part et sur un plan juridique, l'adoption de la gouvernance publique par les GCS-autorisation de droit public, a des conséquences concrètes très regrettables :

● La nécessité pour tous les établissements privés, lucratifs comme non lucratifs, de privilégier systématiquement des formes de coopération qui préservent in fine leur propre place dans la gouvernance du nouvel ensemble constitué, ce qui ne sera jamais le cas dans des GCS-autorisation de droit public.

● Du coup, il y a lieu pour eux de viser systématiquement, si la question se présente, la structuration de GCS-autorisation avec un statut de droit privé, mais aussi de se montrer attentif au fait de ne plus intégrer des GCS de moyens de droit public, voire à saisir les opportunités de s'en dégager ou d'en faire évoluer le centre de gravité. En effet, un GCS de moyens de droit public peut évoluer en GCS-autorisation de droit public, par simple transfert juridique des autorisations d'activité d'une entité à l'autre.

● Enfin et le droit des conventions traduisant les rapports de force du moment de leur conclusion, il y a lieu de prêter attention à la dynamique à moyen terme d'équilibre juridique des parties prenantes dans un GCS et de veiller, pour les établissements privés, à ne pas s'insérer dans des GCS (de moyens comme autorisation) de majorité publique.

● Le droit des GCS a sans doute subi l'influence (et un dommage collatéral) du débat parlementaire sur les communautés hospitalières de territoire (CHT). Obligatoires et très intégratives au début du débat, l'article 20 de la loi qui définit les CHT les situe désormais dans un schéma coopératif optionnel et à géométrie variable entre hôpitaux publics. Elles peuvent adopter une stratégie d'intégration très forte, mais les règles de gouvernance et d'équilibre entre les parties prenantes ne s'y prêtent plus de la même manière. Du coup, les GCS-autorisation de droit public constituent une autre option que les DGARS pourront adopter pour mener des stratégies plus tranchées de fusion-absorption d'hôpitaux publics. En effet, l'ancien article L 6122-15 CSP recodifié en L 6131-2 CSP permet toujours à un directeur d'agence d'imposer la constitution d'un GCS à plusieurs établissements publics de santé. Et le décret 2009-801 du 23 juin 2009²⁶ permet au directeur d'agence de transférer unilatéralement des autorisations des établissements publics membres vers les GCS.

● L'intrication dans le droit des GCS de dimensions pleinement contractuelles – où les conventions entre les parties constituent la règle qu'ils se donnent – et de dimensions unilatérales issues des interventions potentielles des directeurs d'agence voire du législateur, aboutissent à une instabilité juridique qui n'est pas propice aux dynamiques

coopératives qu'il conviendrait pourtant de pouvoir initier ou encourager de manière claire, sans être encombré d'un aussi grand nombre d'ambivalences.

● Si les pouvoirs publics avaient prévu que les GCS-autorisation soient de droit public uniquement lorsqu'ils sont exclusivement constitués d'établissements publics, comme la FEHAP l'a suggéré en son temps, cette approche de « GCS de salut public » n'aurait pas eu l'inconvénient de susciter des appréhensions et des réticences légitimes des établissements privés, manifestées tant par la FEHAP que par la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP) auprès du Ministère et des parlementaires. Cette menace de disparition de la gouvernance, pour la composante privée d'un GCS de droit public (GCS-autorisation mais aussi GCS de moyens par ricochet) aura nécessairement de fortes répercussions, en mettant plus naturellement en avant des coopérations entre établissements privés, d'une part, et avec la médecine de ville, d'autre part.

● Pour ce qui concerne les structures médico-sociales, privées comme publiques, les dispositions sur le GCS prévoient toujours la possibilité d'en être parties prenantes. C'est une option importante, par exemple pour mutualiser des coûts fixes comme une Pharmacie à usage intérieur (PUI), avec un ou plusieurs établissements de santé ou avec

26 - JO du 26 juin 2009, page 46.

une officine pharmaceutique, que le DGARS peut autoriser à intégrer un GCS. La question des médicaments est le point qui différencie le potentiel coopératif des GCS avec celui des Groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), qui ne peuvent gérer des PUI. Cette évolution coopérative est d'ailleurs particulièrement mise en avant par la loi HPST pour les services d'hospitalisation à domicile, qui pourront ainsi ajuster leur fonctionnement pharmaceutique, tant avec des établissements de santé, d'une part, qu'avec des pharmacies d'officine d'autre part.

● Pour les établissements médico-sociaux de statut public, la logique de coopération et de concentration publiques s'exprime aussi dans le texte de loi. Ils peuvent s'associer à des communautés hospitalières de territoire, mais les règles de gouvernance d'essence sanitaire les écartent du tour de table décisionnel, ce qui freinera sans doute les initiatives. Par contre, il est intéressant de noter le III de l'article 11 qui vise à favoriser le développement de conventions de directions communes d'établissements publics sociaux et médico-sociaux, et qui sera de nature à favoriser tant les stratégies de regroupement que la mutualisation des compétences de direction.

● Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés non lucratifs partagent avec leurs homologues publics des enjeux de mutualisation de ressources et de coûts, voire de regroupement. Ceci étant, la dynamique ne participe pas du même processus puisque la gouvernance propre aux associations, fondations, congrégations, mutuelles et institutions de retraite complémentaire et de prévoyance est spécifique. Elle ne relève ni du code de la santé publique ni du code de l'action sociale et médico-sociale, à la différence du secteur public. Disposée différemment, cette exigence n'en est pas moins pressante pour le secteur privé non lucratif. Le sens de l'initiative et de la prospective des dirigeants de ce secteur pourra s'appuyer sur les différentes opportunités apportées par la loi HPST pour avancer plus loin : nouvelles alliances pour candidater ensemble à la dévolution de missions de service public, approche coopérative d'appels à projets sociaux et médico-sociaux, préparation conjointe de CPOM, projets communs en matière de télémédecine ou de centres de santé. Les vecteurs d'action partagée et décloisonnée, « et plus si affinités », ne manquent pas. La FEHAP les soulignera en toutes circonstances, s'agissant d'un des « fils rouges » de son action nationale et régionale.



LES 10 POINTS
DE REPÈRES DE LA LOI HPST

10

LES NOUVEAUX
LIEUX DE DÉCISION
ET DE CONCERTATION
NATIONAUX
ET RÉGIONAUX EN
QUELQUES GRAPHIQUES



10

LES NOUVEAUX LIEUX DE DÉCISION

ET DE CONCERTATION NATIONAUX ET RÉGIONAUX EN QUELQUES GRAPHIQUES

● Un bon dessin vaut mieux qu'un long discours. C'est en vertu de ce principe que trois premiers schémas sont insérés dans cette plaquette de présentation générale. D'autres suivront pour apporter une vision d'ensemble, tentant ainsi de conjuguer synthèse et concision.

- a. Les relations et compétences d'autorisation, de financement et de contrôle, entre les ARS, les conseils généraux et l'État, avec les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- b. Le nouvel emboîtement des différents schémas régionaux
- c. Organisation nationale et régionale

Les relations entre les ARS, les conseils et services sanitaires, so

Compétences d'autorisation, de financement et de contrôle :

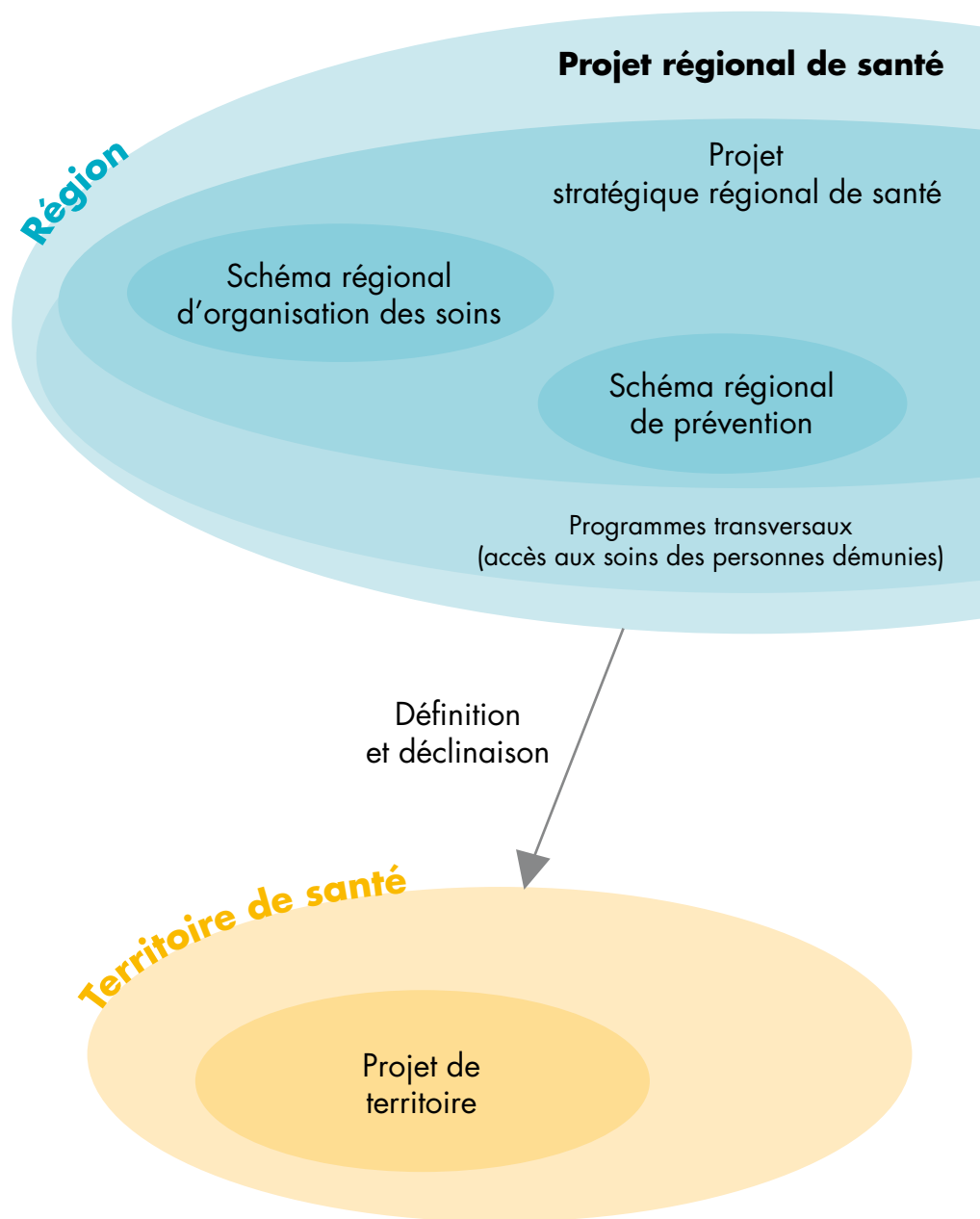
ARS	Conseil général	Etat
<ul style="list-style-type: none"> - Etablissements de santé, - Autorisation des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), - Instituts médico-éducatifs (IME), - Instituts médico-pédagogiques (IMP), - Instituts médico-professionnels (IMPro), - Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), - Centre médico-psycho-pédagogiques (CMPP), - Services d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD), - Centre de pré-orientation, - Centres de rééducation professionnelle (CRP), - Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), - Maisons d'accueil spécialisées (MAS), - Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), - Appartements de coordination thérapeutique (ACT), - Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue (CAARUD), - Lits halte soins santé (LHSS) 	<ul style="list-style-type: none"> - Foyers d'hébergement, - Foyers de vie/foyers occupationnels, - Maisons d'enfants à caractère social, - Structures de l'aide sociale à l'enfance, - Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), - Logements-foyers², - Services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), - Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), - Centres d'hébergement d'urgence (CHU), - Centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA), - Services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs et services d'aide à la gestion du budget familial, après avis conforme du procureur de la République

1 - Le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil est exercé par l'autorité qui a délivré l'autorisation. Cependant, quelle que soit l'autorité qui a délivré l'autorisation, le représentant de l'Etat dans le département peut, à tout moment, diligenter un contrôle. Il dispose à cette fin des moyens d'inspection et de contrôle de l'agence régionale de santé pour l'exercice de ses compétences.

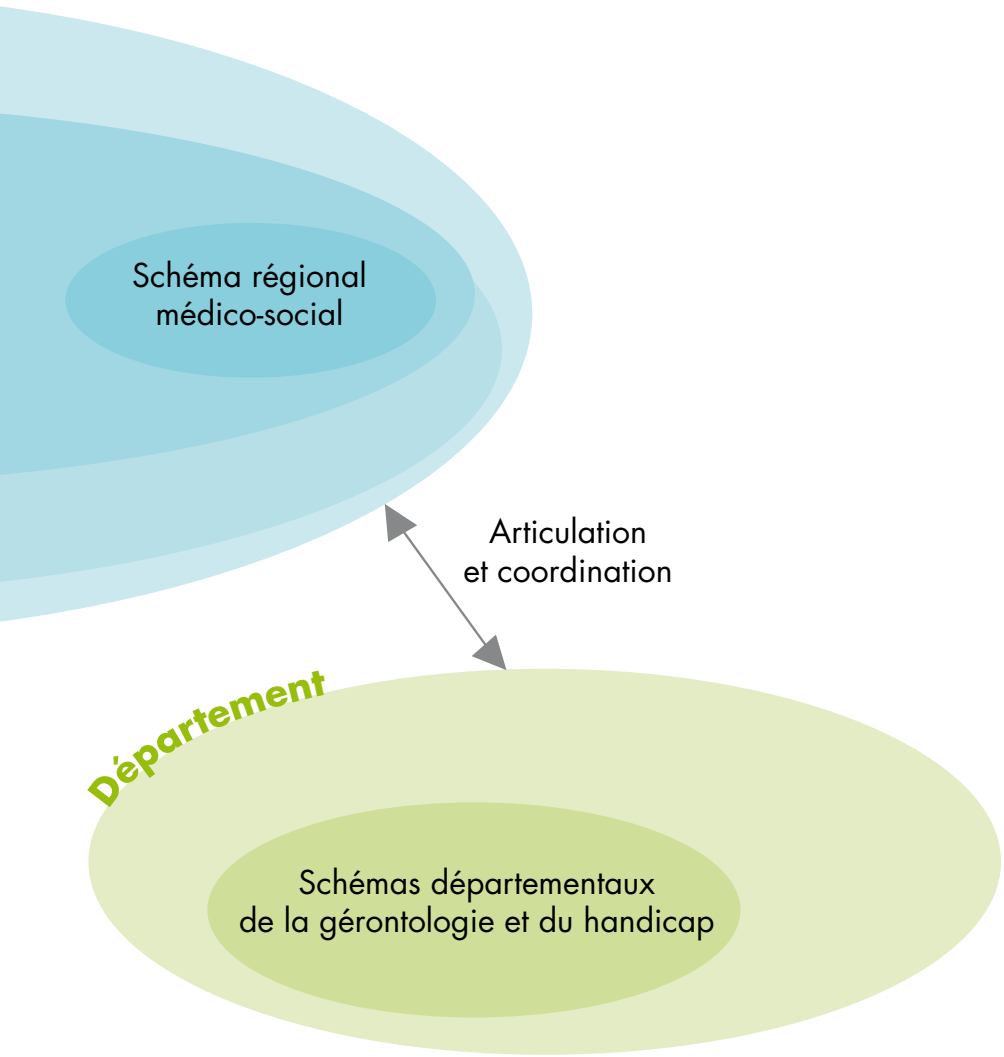
généraux, l'Etat et les établissements ciaux et médico-sociaux

Mixtes ARS/ Conseil général	Mixtes Etat/ Conseil général	Mixtes ARS/ Conseil général/Etat
<ul style="list-style-type: none"> - Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), - Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), - Unités de soins de longue durée (USLD), - Foyers d'accueil médicalisés (FAM), - Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), - Services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Maisons d'enfants à caractère social habilitées justice 	<ul style="list-style-type: none"> - Centres de ressources (autisme, handicaps rares, handicaps sensoriels, multihandicap), - Centres d'information et de coordination (centres locaux d'information et de coordination, centres d'information et de conseil sur les aides techniques), - Centres prestataires de services de proximité, - Etablissements ou services à caractère expérimental, - Lieux de vie et d'accueil

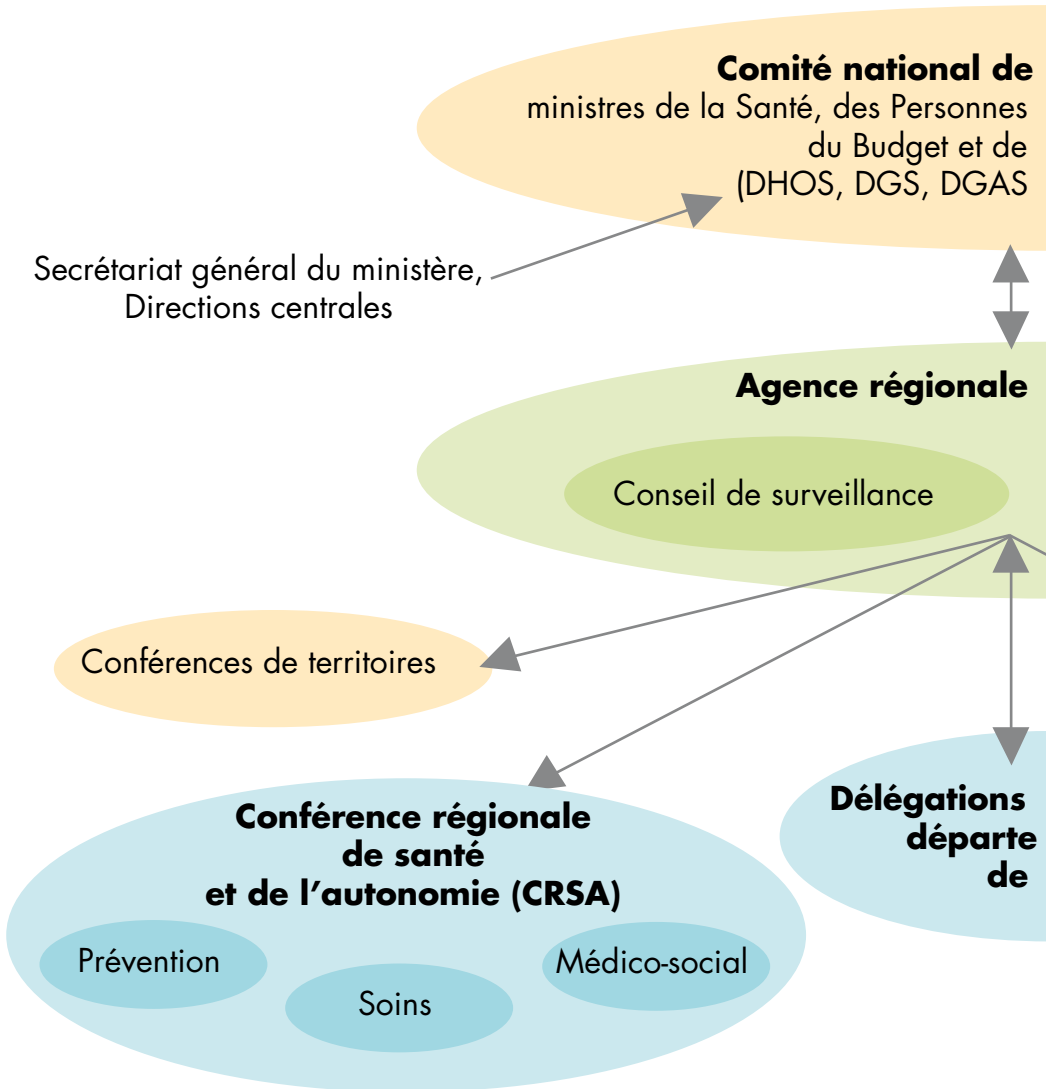
2 - Structures non médicalisées dont le GMP est < 300. Si le logement-foyer perçoit un financement de l'assurance maladie, compétences mixtes Conseil général/ARS.



ment des schémas



Dispositif natio



3 commissions spécialisées (Prévention, Soins, Médico-social), issues du vote de collèges représentant les collectivités territoriales, usagers et associations, conférences de territoire, organisations représentatives des salariés et employeurs et indépendants, professionnels de santé, organismes gestionnaires sanitaires et médico-sociaux, organismes de protection sociale.

pilotage des ARS :

âgées, des Personnes handicapées,
la Sécurité sociale
puis DGCS et UNCAM)

de santé (ARS)

Directeur général ARS

territoriales mentales l'ARS

Commissions de coordinations des politiques publiques

Prévention Santé
sociale, Santé au
travail, PMI

Accompagnements
médico-sociaux

ARH : agence régionale d'hospitalisation

Créées par ordonnance en 1996 et opérationnelles en 1997, les ARH sont des groupements d'intérêt public associant l'Etat et l'assurance maladie. Elles mettent en œuvre au niveau régional la politique hospitalière définie par le gouvernement, analysent et coordonnent l'activité des établissements de santé publics et privés, concluent avec eux des CPOM et déterminent leurs ressources. Avec la loi HPST, les ARH apparaîtront comme la « première étape » ayant conduit à l'émergence des Agences Régionales de Santé (ARS), associant au pilotage et à la régulation des établissements de santé, celui de la prévention, de la médecine de ville et du secteur médico-social. Les ARH travaillent en collaboration avec les conférences régionales de santé et les comités régionaux d'organisation sanitaire. Enfin, en partenariat avec les professionnels de santé, elles élaborent les SROS.

ARS : agence régionale de santé

Créées par la loi HPST du 21 juillet 2009, ces structures sont des établissements publics administratifs sous tutelle de l'Etat. Elles se substituent aux ARH mais aussi aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie, Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, le Groupement Régional de Santé Publique. Elles doivent être mises en place avant le 1^{er} juillet 2010.

Centres de santé

La loi HPST porte une redéfinition précise des centres de santé : Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent le tiers paiement. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse. Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif. Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.

Certification

Délivrée par la Haute Autorité de Santé, elle est effectuée sur la base de plusieurs critères, dont le respect du droit des patients, l'organisation de la prise en charge, la gestion des systèmes, la sécurité lors des transfusions, la prévention et le contrôle du risque infectieux.

CHT : Communauté hospitalière de territoire

Nouvelle forme de coopération entre établissements publics de santé instituée par la loi HPST qui peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire. Cette communauté peut se situer dans un contexte de coordination des projets d'établissements, mais aussi adopter des modalités beaucoup plus intégrées, avec des transferts d'autorisation et de patrimoine entre les membres.

CMU : couverture maladie universelle

La couverture maladie universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre (activité professionnelle, etc.).

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

La CMU-C permet d'avoir accès à une protection complémentaire santé gratuitement. Les bénéficiaires peuvent s'adresser aux médecins, à l'hôpital, et à d'autres praticiens, sans dépense à leur charge ni avance de frais. Elle est accordée pour un an, sous conditions de ressources. Les plafonds sont fixés chaque année par décret.

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Signé conjointement par le directeur d'établissement et l'autorité de contrôle et de tarification, le CPOM revêt à la fois une dimension politique et financière, mais aussi d'identification d'objectifs en matière de qualité. D'une part, il permet de décliner la politique sanitaire ou médico-sociale d'une région en fonction des besoins de santé, des priorités nationales et régionales ainsi que de mettre en place la coopération indispensable à une prise en charge optimale des patients.

D'autre part, avec le CPOM, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux s'engagent au niveau des orientations stratégiques à moyen terme ainsi que sur les moyens financiers dont ils pourront disposer.

Le CPOM porte sur l'ensemble des activités des établissements et services, des groupements de coopération sanitaire ou médico-sociale, ou de tout autre titulaire de l'autorisation délivrée par l'agence régionale de l'hospitalisation.

La loi HPST procède à une généralisation de l'outil CPOM, pour de nombreuses catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux (confer « point de repère n°7 »).

Education thérapeutique

La loi HPST porte pour la première fois une définition juridique précise de l'éducation thérapeutique et lui donne un cadre opérationnel : celle-ci s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

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, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé. Ces programmes

sont évalués par la Haute Autorité de Santé. Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades,

ou à leur entourage, dans la prise en charge de la 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.

GCS : Groupement de coopération sanitaire

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification du système de santé, a consacré le groupement de coopération sanitaire comme outil principal de coopération entre les établissements et les autres structures de soins. Le GCS vise à faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres. En ce sens, il permet les interventions communes de professionnels non médicaux exerçant dans les établissements membres, de professionnels salariés du groupement, de professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement. Il offre aussi la possibilité de réaliser ou de gérer des équipements d'intérêt commun, parmi lesquels les blocs opératoires, les services d'imagerie médicale ou la pharmacie. La loi HPST du 21 juillet 2009 précise le statut de deux catégories de GCS :

- Les GCS de moyens, dans lesquels les établissements membres conservent leurs autorisations d'activité de soins et les recettes afférentes ;
- Les GCS autorisation dans lesquels l'autorisation figure au niveau du GCS lui-même. Dans ce cas, le GCS devient un établissement de santé. De droit public, il adopte le fonctionnement et la gouvernance des établissements publics de santé, ce qui présente de nombreux inconvénients pour la composante privée minoritaire (confer « point de repère n°9 »). De droit privé, il devient un établissement de santé privé.

GRSP : groupement régional de santé publique

Dans chaque région, le GRSP constitué sous forme de groupements d'intérêt public a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le Plan Régional de Santé Publique en se fondant notamment sur l'observation de la santé dans la région. Il s'intègre dans le nouveau dispositif de l'Agence Régionale de Santé.

HAD : Hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile est mise en valeur à plusieurs titres dans la loi HPST, avec une redéfinition des établissements de santé qui cesse d'aborder l'HAD comme « une alternative à l'hospitalisation traditionnelle ». Le patient peut ainsi être pris en charge dans son environnement familial et quotidien. Il peut bénéficier de soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Les soins sont prodigués pour une période limitée mais révisable selon l'état de santé du patient. Ils se distinguent des autres soins dispensés à domicile par leur fréquence et leur technicité.

Les établissements de santé

Dans son article 1, la loi HPST procède à une redéfinition des établissements de santé et de leur rôle : Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence Régionale de Santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils peuvent être conduits à assumer des missions de service public. Le système hospitalier français compte de nombreux établissements privés à but non lucratif relevant de statuts juridiques divers : associations, fondations, mutuelles, institutions de prévoyance et de retraite complémentaire, congrégations.

ORS : observatoire régional de santé

Créés dans les années 1980, les ORS visent à améliorer l'information sur l'état de santé et sur les besoins des populations régionales, dans le cadre d'une mission d'aide à la décision. Ils participent à la mise à disposition d'information sur la santé par le biais de recherche de données et d'analyses afin de permettre aux décideurs de les prendre en compte. On compte 22 ORS. Hormis ceux de Guadeloupe, Guyane et Ile de France, ces observatoires sont des associations à but non lucratif régies par la loi 1901. La loi HPST indique que l'Agence Régionale de Santé s'appuie en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé pour la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires

PDS : Permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires (PDS) vise à offrir à tous les patients une réponse adaptée en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La loi HPST la reconnaît comme une des missions de service public qui concerne les médecins généralistes de premier recours. Elle repose sur deux principes majeurs : le renforcement de la régulation et de la coordination médicales des appels et une meilleure sectorisation des astreintes avec une adaptation du nombre de secteurs de permanence des soins, d'une part, et une meilleure articulation avec la permanence des soins hospitalières, dans le cadre des territoires de santé « pertinents » définis par l'ARS.

Réseau et filière de santé

Un réseau de santé est centré sur une pathologie dont il assure la prise en charge par l'ensemble des professionnels et des structures qui travaillent dans ce domaine. Les filières suivent, quant à elles, une trajectoire à l'intérieur du réseau. Elles concernent un malade et non plus une pathologie.

Secteur 1

Ce secteur conventionnel correspond aux tarifs des actes servant de base de remboursement de la caisse d'assurance maladie.

Secteur 2 et secteur optionnel

Secteur « conventionné honoraires libres ». Les tarifs pratiqués dans ce secteur sont libres et fixés par le médecin, avec, selon les exigences de la caisse d'assurance maladie, tact et mesure. La caisse de sécurité sociale rembourse le malade sur la base du tarif de base. La loi HPST programme l'instauration d'un secteur dit optionnel, correspondant à des dépassements d'honoraires encadrés et maîtrisés dans leur ampleur, pour certaines pratiques et spécialités médicales.

Soins ambulatoires

Ils comprennent les soins des médecins, des dentistes, des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes), les analyses biologiques et les soins dispensés en cures thermales qui ont lieu hors d'un séjour hospitalier. La loi HPST les intitule « soins de premier recours ».

Soins primaires

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels rendus universellement accessibles aux individus et aux familles au sein de leur communauté. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. La loi HPST met en avant ce concept avec la notion de « soins de premier recours », correspondant aux soins ambulatoires, et la notion de « soins de second recours », pour les soins spécialisés et hospitaliers.

SROS

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins a pour objectif de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitaliers publics et privés, en vue de satisfaire, de manière optimale, la demande de santé. Le SROS constitue aujourd'hui la référence pour délivrer les autorisations, approuver les projets d'établissement, conduire le processus de contractualisation et orienter l'allocation de ressources [définition de la circulaire ministérielle du 26 mars 1998]. Avec la loi HPST, le SROS intègre désormais un volet ambulatoire pour une approche associant désormais les soins de premier recours.

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Les centres SSR assurent les soins ou traitements continus après la phase aiguë de la maladie, en vue d'une réinsertion sociale des malades capables de retrouver une vie autonome. Les patients restent en moyenne une trentaine de jours, avec de fortes variations selon les modes de prise en charge, car les prises en charge ambulatoires se développent. Ces centres peuvent regrouper les établissements de cure médicale, de convalescence, de réadaptation, de postcure...

Territoire de santé

Etendue géographique où la population résidente peut disposer d'une offre de soins de qualité. Le territoire de santé s'est substitué au secteur sanitaire et est devenu le cadre de l'organisation des soins hospitaliers, publics et privés. Quelle que soit son étendue, le territoire de santé est le niveau de découpage territorial juridiquement applicable à toutes les activités de soins et à tous les équipements.

Avec la loi HPST, l'ARS a la responsabilité de définir les « territoires de santé pertinents » pour les 4 composantes de son action (prévention, soins de ville, soins hospitaliers, médico-social).

URCAM : Union régionale des caisses de l'assurance maladie

Créées par l'ordonnance du 24 avril 1996, les URCAM sont des structures régionales inter régimes. Au niveau régional, elles coordonnent la politique de gestion du risque des régimes de l'assurance maladie autour de la maîtrise médicalisée des dépenses, de l'organisation et la qualité des soins, de la prévention et de l'éducation à la santé. Membres du GRSP, elles contribuent à l'élaboration, à la mise en œuvre et l'évaluation des politiques régionales de santé. Ces structures rejoignent les nouvelles Agences Régionales de Santé (ARS).

Sources :

Loi HPST, juillet 2009
Avant-projet de loi HPST
septembre 2008
Note blanche, FEHAP, *juillet 2008*
LNP n°351, *octobre 2007*
Statistiques de l'observatoire
de la FEHAP
www.ecosante.fr
www.oms.com

LA FEHAP

LA FEHAP

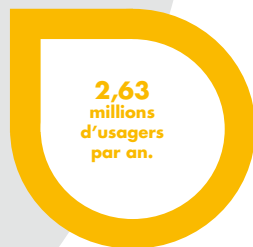
Créée en 1936 en tant qu'association de Loi 1901, la **Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs (FEHAP)** est un acteur essentiel du **secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif**. Initiatrice de la première Convention collective du secteur de la santé (CCN51), elle représente également une force de proposition, partenaire parfois sans complaisance mais toujours constructif et loyal avec les pouvoirs publics.

De plus, la FEHAP prône la mutualisation des expériences menées par les établissements, encourage la transversalité entre champs sanitaire et médico-social, dont témoigne l'émergence de plusieurs groupes d'établissements dont le décloisonnement sanitaire/médico-social/social est la « marque de fabrique ». La FEHAP s'attache à faire connaître le secteur privé non lucratif, dont la gestion désintéressée combine la dynamique et la rigueur privées, d'une part, et le service de l'intérêt collectif, d'autre part.

La FEHAP intervient dans tous les secteurs de la protection sociale : établissements hospitaliers, établissements et services pour personnes âgées, handicapées, pour enfants, ...ce qui lui permet de construire une vision d'ensemble des enjeux actuels et à venir. En définitive, son périmètre actuel d'activités s'ajuste assez précisément avec celui des compétences des ARS de demain. La FEHAP réunit à l'heure actuelle plus de 1 500 associations, fondations, congrégations, mutuelles et institutions de prévoyance qui sont gestionnaires de :

Quelques données chiffrées

1 530 institutions gestionnaires de plus de 3 250 établissements



Elle assure **46 %** de l'hospitalisation à domicile et **40 %** de l'offre en dialyse.

Toute l'offre de soins et services représentée

	Adhérents	Nb lits et places	% offre	Nb salariés en ETP
Etablissements sanitaires	639	58 801	11%	89 350
soins de suite et de Réadaptation - SSR	214	22 888	24%	
Soins de longue durée - USLD	33	5 147	7%	
Médecine - Chirurgie - Obstétrique - MCO	141	15 860	6%	
Dialyse	38	14 428 patients	40%	
Hospitalisation A Domicile - HAD	47	3 164	55%	
Psychiatrie 118	118	11 355	13%	
Autres sanitaires 48	48	387	-	
Etablissements sociaux et médico-sociaux	2 512	146 352	11%	72202
Etablissements et services pour personnes âgées	1 124	78 594	11%	31781
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées	785	58 198		
Services de soins infirmiers à domicile	296	19 656		
Services sociaux en faveur des personnes âgées (CLICS)	32	106		
Autres établissements pour personnes âgées	11	634		
Etablissements et services pour personnes handicapées	986	51 589	12%	32 164
Etablissements et services pour enfants handicapés	376	19 591	11%	120 403
Etablissements et services pour adultes handicapés	610	31 998	12%	20 121
Etablissements et services pour personnes en difficulté sociale	227	10 224	3%	5 497
Etablissements et services de l'aide sociale à l'enfance	94	4 453	3%	3 109
Etablissements pour adultes en difficulté	133	5 771	3%	2 388
Autres établissements	175	5 945	1%	2 760
Etablissements d'accueil des jeunes enfants	128	4 738	1%	2 312
Etablissements de formation et divers	47	1 207	-	448

La FEHAP répond à un nombre important des besoins en matière sanitaire, sociale, et médico-sociale :

Sanitaire :

La FEHAP représente près de 15% de l'offre nationale tous secteurs confondus, environ 15% de l'offre nationale de psychiatrie, 7% de l'offre nationale de soins USLD, 25% de l'offre nationale de SSR, 6% de l'offre nationale de soins MCO mais plus de 40% de l'offre nationale en dialyse et 55% de l'HAD.

Social et médico-social :

Le secteur privé à but non lucratif représente 35% des capacités nationales de prise en charge des personnes âgées, 70% des capacités nationales de prise en charge de l'aide sociale à l'enfance, 88% des capacités dans le secteur du handicap.

Qui sont nos adhérents ?

L'ensemble des adhérents de notre fédération a un statut **privé non lucratif** et applique la **Convention collective du 31 octobre 1951**. En outre, la plupart des établissements sanitaires participent au service public hospitalier (PSPH). Ils ont les mêmes obligations que les hôpitaux publics : égal accès aux soins pour tous, ouverture 24h/24 et 365 jours par an pour les services d'urgences. Pour leur part, les établissements sociaux et médico-sociaux apportent une solution personnalisée aux difficultés de chacun : handicap, vieillesse, difficultés sociales. Ils développent de nouvelles formes d'accompagnement (accueil temporaire, de jour, de nuit..) et sont à l'origine de dispositifs adaptés à l'évolution des besoins de la population.

Quels sont nos atouts ?

- Gestion privée au service de tous les publics, opérant quasi-exclusivement en secteur 1.
- Nombre des établissements privés à but non lucratifs (PNL) sont classés parmi les meilleurs hôpitaux français selon le palmarès annuel de l'hebdomadaire *Le Point*.
- Le secteur PNL assure une prise en charge de cas aussi lourds voire même parfois plus lourds que les hôpitaux publics et les hôpitaux privés commerciaux.
- Les établissements PNL enregistrent une productivité plus grande que le secteur public : ils effectuent des interventions lourdes et à effectifs comparables produisant plus d'actes que le secteur public.
- Le PNL occupe une place significative dans des domaines pointus et à forte progression de la demande de la population et des besoins de santé publique : HAD, maladies chroniques, dialyse.
- Les établissements PNL obtiennent de nombreuses certifications sans réserve voire avec des mentions d'excellence délivrées par la Haute autorité de santé (HAS).



NOTES

NOTES

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

CONTACTS

Président de la FEHAP :

Antoine Dubout

Directeur Général :

Yves-Jean Dupuis (yves-jean.dupuis@fehap.fr)

Secrétaire Général et directeur de la communication :

Coralie Cuif, (coralie.cuif@fehap.fr)

Coordinateur du Pôle Santé-Social & Directeur du Secteur Sanitaire :

David Causse, (david.causse@fehap.fr)

Chargé des Affaires Publiques :

Jean-Baptiste Boudin-Lestienne, (jean-baptiste.boudin-lestienne@fehap.fr)

Journaliste, relations presse :

Ingrid Arnoux

Conception graphique :

Mediatys

Impression :

Trollé

SITE INTERNET

www.fehap.fr

ADRESSE

179, rue de Lourmel - 75015 Paris

Tél. : +33 (0)1 53 98 95 00 - Fax : +33 (0)153 98 95 02

Directeur de publication

Yves-Jean Dupuis

Comité de lecture

Coralie Cuif, Secrétaire Général ;

David Causse, Coordinateur Pôle Santé Social & Directeur du Secteur Sanitaire ;

Jean-Baptiste Boudin-Lestienne, Chargé des Affaires Publiques ;

Ingrid Arnoux, Journaliste



FÉDÉRATION FRANÇAISE DES ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ENFANTS HANDICAPÉS
PRIVÉS NON LUCRATIFS