

Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016

Pôle
Santé

www.syndex.fr / 01 44 79 13 00 / contact-sms@syndex.fr

Mars 2016

Edito

Après près d'un an et demi de discussions, de débats, et d'allers-retours entre l'Assemblée nationale et le Sénat, la loi de modernisation du système de santé a été définitivement adoptée le 26 janvier dernier.

Malgré l'opposition des médecins libéraux, des ordres professionnels et des cliniques privées, les mesures phares introduites dans la feuille de route initiale (rétablissement du SPH, GHT, etc.) ayant pour ambition de rénover notre système de santé et d'anticiper les mutations des dix prochaines années ont été conservées dans leurs grandes lignes. Elles tournent pour la plupart la page de la loi HPST de 2009.

Largement médiatisée (assouplissement de la loi Évin, généralisation du tiers payant, etc.), cette loi contient cependant d'autres changements plus profonds et plus méconnus qui influenceront probablement davantage sur le quotidien des professionnels. Dans les pages qui suivent, nous nous intéresserons à quatre de ces dispositions, pour les questions de fond que soulève leur contenu et surtout pour les conséquences qu'elles peuvent avoir.

Remplacement des CHT par les GHT et émergence d'une « stratégie de groupe public » *Articles L.6132-1 et suivants du CSP*

Première mesure que nous aborderons, les groupements hospitaliers de territoires (GHT) ont fait couler beaucoup d'encre du côté des organisations patronales publiques et privées. Les GHT obligent désormais les hôpitaux publics « proches » à élaborer un projet médical commun et à mutualiser leurs missions ou fonctions support, comme les achats, la formation, les systèmes d'information ou encore la gestion des ressources humaines, le tout sans création de personne morale

nouvelle (tout comme les anciennes CHT). **Mais alors quelle différence avec les anciennes CHT ?**

Tout d'abord, un GHT sera constitué autour d'un projet médical « unique », qui devra désormais être conforme au Schéma régional de santé, et non plus seulement « compatible » comme l'était l'ancien projet médical « commun » de la CHT. Cette variation sémantique traduit ainsi une plus grande autorité de l'ARS dans la validation des projets.

Élément d'importance, ce projet médical commun pourra conduire à des transferts d'activités ou d'équipements lourds entre membres du GHT. La FHF a évoqué à ce sujet l'opportunité de construire une « stratégie de groupe public », faisant ainsi du GHT un outil puissant d'organisation de l'offre de soins qui risque, selon la FHP, « d'isoler les cliniques ».

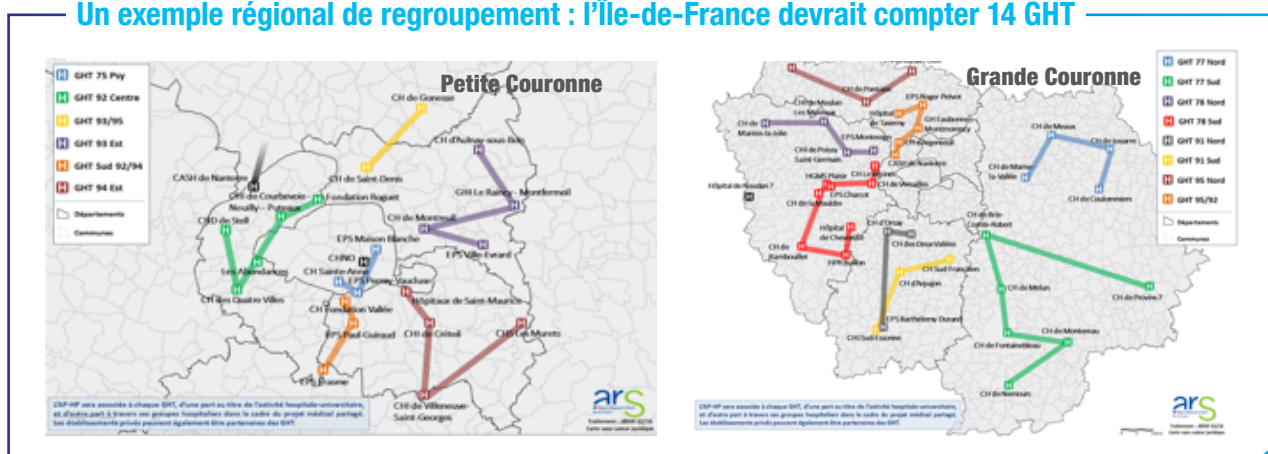
Les GHT prévoient en effet l'intégration de membres privés, ce qui n'était pas possible (ou exceptionnel – cf. CHT de psychiatrie parisienne) avec les anciennes CHT, mais ces derniers ne seront intégrés qu'en tant que simples « partenaires ». Autre différence notable avec les CHT, les GHT s'affranchissent des frontières régionales (et dépendent alors de l'autorisation de plusieurs ARS).

À noter que tous les CHT deviendront GHT à partir du 1^{er} juillet 2016, sauf opposition de leurs membres. Sur un plan financier, le versement des aides MIG et AC à un établissement sera subordonné à sa participation à un GHT, ce qui incite déjà à leur constitution...

Certains spécialistes voient dans les GHT un prélude à une fusion entre établissements. À ce sujet, la loi contient d'ailleurs un article « fourre-tout » (article 204), qui habilite le gouvernement à procéder par ordonnance pour « simplifier » et « moderniser » la procédure de fusion entre EPS et de renouvellement, transfert ou cession d'autorisation.

Un décret pris en Conseil d'État précisera la mise en place et le fonctionnement des GHT. En revanche, rien n'est dit sur la gouvernance de ces groupements : articulée autour d'un établissement « support », elle ne

Un exemple régional de regroupement : l'Île-de-France devrait compter 14 GHT



sera sûrement pas sans poser problème. La situation de l'AP-HP (organisée en groupes hospitaliers composés chacun de plusieurs hôpitaux), de l'AP-HM et des hospices civils de Lyon fera quant à elle l'objet d'un décret spécifique.

L'emploi n'est pas évoqué de manière directe dans cette nouvelle forme de coopération avancée, dont la mise en place vise aussi des économies. Mais il pourrait être impacté au travers des logiques de mutualisation et de transferts d'activités qui sont affichées.

Les représentants du personnel doivent avoir connaissance de tout projet de GHT, en vue :

- d'apprécier les conséquences sur la recombinaison de l'offre de soins sur les territoires et les « parts de marché » des établissements privés ;
- d'identifier les perspectives d'intégration des collectifs de travail dans un GHT pour anticiper toutes conséquences sur l'emploi, les métiers et les compétences, au regard en particulier des mutualisations et des transferts d'activités et d'éventuelles réductions de capacité ;
- de s'interroger sur les conséquences plus « quotidiennes » des GHT pour les collectifs de travail, en termes de mobilité d'emploi et géographique, de culture professionnelle... qui dépendront de l'étendue de chaque GHT.

Le rétablissement du service public hospitalier inquiète le secteur privé lucratif *Articles L.6112 et suivants du CSP*

La loi de santé rétablit la notion de service public hospitalier (SPH) « en bloc » et ainsi met fin au découpage en 14 missions de service public institué par la loi HPST dans un but de « lisibilité » de l'offre et de garantie d'accès aux soins.

Les établissements de santé désirant faire partie du SPH devront ainsi se conformer aux exigences de ser-

vice public sur toutes leurs activités, et non plus sur une partie seulement comme c'était le cas avec HPST.

Ces exigences sont notamment l'égalité d'accès, la continuité de service, l'adaptation et l'accessibilité (géographique et financière). En particulier, les dépassements d'honoraires ne seront plus autorisés.

Devant la levée de boucliers de la FHP, voyant dans cette dernière mesure son exclusion pure et simple d'un système de santé à ses yeux dangereusement articulé au bénéfice de l'hôpital public, la version initiale du texte a été légèrement modifiée et intègre un paragraphe indiquant que l'appartenance au SPH n'a aucune incidence sur le régime des autorisations d'activité de soins.

Malgré une définition plus « matérielle » qu'« organique » du SPH, les acteurs « naturels » identifiés par la loi sont les établissements publics de santé (EPS) et les établissements privés à but non lucratif (ESPIC)¹, sauf refus explicite.

Les établissements privés à but lucratif pourront participer à ce service public sous réserve de répondre aux exigences du SPH mentionnées plus haut, notamment l'absence de dépassement d'honoraires, et après habilitation de l'ARS. Un décret en Conseil d'État fixera les modalités de dépôt et d'examen des demandes d'habilitation.

Seule exception, la loi garantit aux établissements privés lucratifs gérant un service d'urgences d'être associés au SPH, mais uniquement pour cette activité et sous réserve du non-dépassement d'honoraires, y compris « pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge (ndr : en urgence) », mesure qui ne sera pas sans créer quelques difficultés...

1. L'habilitation des ESPIC « donne lieu, si besoin, à la conclusion d'un avenant à leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier » (Article L.6112-3 du CSP).

Soulignons par ailleurs que l'ARS peut sanctionner les établissements de santé ne respectant pas les obligations de service public (pénalité financière, retrait d'habilitation). L'interdiction des dépassements d'honoraires est cependant sans incidence sur l'activité libérale de praticiens hospitaliers au sein des établissements publics. Ceux-ci pourront continuer à facturer des dépassements d'honoraires.

Ainsi, dans une volonté de rétablir une « équité » vis-à-vis des établissements privés qui voudraient fonctionner sans dépassement d'honoraires, le texte de loi prévoit la remise dans les 6 mois d'un rapport sur la possibilité d'instituer une mission d'intérêt général (MIG) à leur bénéfice. Cette mesure a également été présentée comme pouvant permettre à ces mêmes établissements de rester attractifs dans leur recrutement médical. Toutefois, cette mesure visant à créer un financement MIG dédié aboutira-t-elle et avec quelle compensation financière ?

Le SPH a donc provoqué de vives inquiétudes dans le secteur privé lucratif, même pour les cliniques disposant d'un service d'urgences intégré au SPH. Ce secteur a soulevé de plus le risque de marginalisation des établissements privés malgré la déconnexion entre le SPH et les autorisations de soins, en particulier au regard de l'émergence parallèle des GHT et de leur impact sur la recomposition de l'offre de soins. Sur cet aspect, la FHP a d'ores et déjà appelé à une « transparence des règles de régulation du système de santé ».

Les enjeux identifiés à ce stade

- Quel avenir pour les cliniques effectuant aujourd'hui des missions de service public ?
- Quelles conséquences sur les financements MIG pour les cliniques privées ?
- Quelle organisation des cliniques gérant un service d'urgences pour les soins « consécutifs » ?
- Quelles conséquences du SPH sur l'organisation des soins à l'échelle d'un territoire de santé et la recomposition de l'offre ?

Encore objet de méfiance, le « privé » est soumis un renforcement des contrôles *Articles L.111-8-3 et L.6116-3 du CSP*

La loi a d'abord étendu le périmètre de contrôle de la Cour des comptes et des Chambres régionales des comptes aux établissements privés (lucratifs et non-lucratifs).

Elle donne, en outre, la possibilité aux ARS de demander les comptes des organismes gestionnaires de ces mêmes établissements privés. Mais que faut-il comprendre : comptes sociaux ou comptes consolidés ? Ce

contrôle s'exercerait dans l'optique d'éviter la « surcompensation tarifaire », c'est-à-dire faire en sorte que l'établissement reste à un « taux de bénéfice raisonnable » conforme aux critères européens d'aides d'État.

Les termes sont pour le moment flous, notamment la définition d'un niveau « raisonnable » de bénéfice et son application (normalement restreint aux recettes liées aux soins). Les mesures prévues par la loi devraient être clarifiées par un décret en Conseil d'État, ce qui devrait permettre de mieux mesurer les incidences de ces nouvelles dispositions.

Quels enjeux ?

Il semble difficile à ce stade d'identifier la portée de cette disposition. Il conviendra cependant d'être vigilant au contenu du décret d'application sur ce point.

Autre sujet porté par la loi, la montée en puissance de la notion de « parcours » et le développement de métiers en « pratique avancée »

Dans ce contexte, on note une reconnaissance par la loi des « pratiques avancées » pour le personnel paramédical (article L.4301-1 du CSP).

D'après la communication institutionnelle du ministère de la Santé, la loi élargit la compétence de certaines professions « au service des grandes priorités de service public ». Il en est ainsi de la reconnaissance du métier d'infirmier-clinicien, ou encore de la possibilité pour les sages-femmes de vacciner l'entourage des femmes et des nouveau-nés.

Concernant les infirmiers-cliniciens, ou plutôt le personnel paramédical en « pratique avancée » selon l'article 119 de la loi, ces professionnels pourront par exemple suivre un patient atteint d'une maladie chronique, lui prescrire des examens complémentaires ou adapter les prescriptions médicales autant que de besoin, sous la coordination d'un médecin.

Ce métier existe déjà dans plus de 25 pays, avec notamment dans certains États de l'UE une reconnaissance acquise après deux années d'études supplémentaires et l'obtention d'un diplôme de niveau master. C'est ce modèle qui a été retenu par la loi, puisque les professionnels paramédicaux pourront prétendre à la reconnaissance de leur « pratique avancée » dès lors qu'ils auront obtenu un « diplôme de formation en pratique avancée ».

Les seules inconnues restent à ce stade le niveau conféré par ce diplôme, le contenu de la formation et la reconnaissance de ce statut. Les précisions utiles devraient être apportées par décret.

Cette nouvelle fonction marque la reconnaissance d'une forme de « glissement » de tâches de fait et existant déjà dans certains établissements. Elle ouvre la voie à l'adaptation des postes au « parcours de soins », sur le modèle des « *nurses navigators* » nord-américaines.

La mise en place des GHT offre par ailleurs aux employeurs l'opportunité de faire émerger ces nouvelles fonctions, au regard des recompositions de l'offre, du développement de l'ambulatoire et des filières de prise en charge qui seront définies dans les futurs projets médicaux uniques.

Notons enfin que cette disposition a fait largement débat dans la communauté médicale, mais aussi parmi les professionnels paramédicaux eux-mêmes, qui réclament rémunération et assurance en conséquence.

Les enjeux identifiés à ce stade :

- la vigilance à avoir sur l'adaptation des métiers, de plus en plus orientés vers la prise en charge en ambulatoire, à domicile et la coordination des parcours de soins (cf. fusion récente des métiers d'auxiliaire de vie et d'AMP) ;
- la nécessité de négocier une GPEC dans tous les établissements pour tenir compte de ces évolutions ;

- le glissement de tâches sur les autres professionnels de soins ;
- les incidences sur l'organisation des services de soins et des prises en charge.

Conclusion

Cette loi est présentée par certains observateurs comme une fracture de plus entre le « public » et le « privé ».

Les dispositions relatives aux GHT et au SPH interrogent en effet sur les objectifs recherchés : s'agit-il de mieux structurer la réponse sur les territoires ? de préparer les parcours de santé ? ou de renforcer le secteur public qui souffre depuis plusieurs années d'une concurrence du secteur privé attirant de plus en plus de patients et se structurant en groupes d'envergure nationale et internationale ?

Quoi qu'il en soit, il y a fort à parier que ces « outils » auront une influence non négligeable sur la recomposition de l'offre de soins sur les territoires, ce qui invite les partenaires sociaux à se saisir au plus vite de ces questions.

D'autant que d'autres réformes se profilent à l'horizon (notamment sur la tarification) et viendront parachever cet énième bouleversement du système de santé, 5 ans à peine après la loi HPST...

SYNDEX...

Une Scop de 450 collaborateurs engagés au seul service des représentants des salariés.
Plus de 40 ans d'expérience dans l'expertise et le conseil aux IRP.
Syndex est présent à Paris, dans 17 bureaux régionaux et 6 bureaux en Europe.

... et son pôle Santé-Social

Une équipe de consultants spécialisés, répartie sur tout le territoire et intervenant auprès des différentes entités du secteur social, médico-social et sanitaire.
Le pôle santé-social se veut également un lieu d'échange et de veille à l'appui des réflexions stratégiques des élus et des organisations syndicales.

Directeur de la publication

J.-F. Poupard

Ont contribué à ce numéro

Jérémy Mouchette

Michel Passelaigue

Sabine Robion

CONTACT

22, rue Pajol
75018 Paris
Tél : 01 44 79 13 00

contact-sms@syndex.fr

UN EXPERT
ENGAGÉ
AUPRÈS DES
COMITÉS
D'ENTREPRISE
ET DES CHSCT