

COMPTE-RENDUS APM semaine 1 HPST (9 au 13 février 2009)

Lundi 9 février 2009 - 18:27

Projet de loi HPST: nombreuses attentes des professionnels de santé

PARIS, 9 février 2009 (APM) - Des professionnels de santé ont proposé lundi des améliorations au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés engageront mardi la discussion sur ce texte à l'Assemblée nationale, pour une durée de trois semaines, rappelle-t-on.

La Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) est globalement hostile aux dispositions du projet de loi en dénonçant "l'étatisation des soins de ville via des agences régionales de santé (ARS) pilotées par des supers préfets sanitaires" (cf dépêche [APM MHMA8002](#)).

La CSMF, qui redoute que le gouvernement ne règle la question de la régulation démographique et du secteur optionnel dans le projet de loi après l'échec sur ce point des négociations conventionnelles, a diffusé lundi une série de propositions d'amendements au projet de loi, destinées à "éviter le pire à la médecine libérale".

Elles visent notamment à neutraliser la contractualisation individuelle entre les ARS et les médecins et la mise en place des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) ambulatoires qui menacent, selon la CSMF, la liberté d'installation.

Dans un communiqué commun, l'Association nationale des étudiants en médecine de France (Anemf), l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG) et l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (Isnih) ont apporté lundi leur entier soutien au projet de loi de Roselyne Bachelot.

"Il s'agit aujourd'hui d'offrir à l'ensemble des Français un système de soins de qualité (...), grâce à la mise en place d'une réforme respectant les principes de l'incitation et de l'intergénérationnalité des mesures de régulation, conditions sine qua non de l'efficacité et de la pérennité des solutions envisagées", écrivent-ils.

LES MEDECINS SALARIES MECONTENTES

Dans une lettre ouverte aux députés, l'Union nationale des médecins salariés (UNMS) et la Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (affiliée à la CFE-CGC), accusent le projet de loi de "parachever (...) l'évolution déjà largement entamée vers l'hôpital-entreprise et de considérer la souffrance, davantage pour ce qu'elle coûte que pour ce qu'elle est".

Ils s'inquiètent notamment des garanties d'un égal accès aux soins pour chacun compte tenu de la régionalisation accrue du système de santé, et pointent un affaiblissement des "instances de représentation de toutes sortes", parallèlement à un renforcement des prérogatives de l'Etat dans la gouvernance.

Ils déplorent une "organisation extrêmement administrative et pyramidale" qui "laisse si peu de place aux médecins et à l'ensemble des soignants", en pointant l'isolement du président de la commission médicale d'établissement (CME), futur vice-président du directoire, "seul contre-pouvoir toléré devant une administration toute-puissante".

LES DEMANDES DES CENTRES DE SANTE ET DES SAGES-FEMMES

Plusieurs organisations ont demandé que soient ajoutées aux textes des dispositions sur les centres de santé.

La fédération nationale "A domicile" estime que le projet de loi HPST reste "vague" concernant les centres de santé et suggère de "préciser et de développer" leur place dans le système sanitaire français.

Le Regroupement national des organismes gestionnaires des centres de santé (RNOGCS) demande que les centres de santé soient identifiés dans la liste des acteurs de soins de premier recours.

Les deux organisations aimeraient que les centres de santé obtiennent une représentation au niveau national (maintien de l'instance nationale de concertation) et régional (sièges dans les conférences régionales de santé).

La fédération "A domicile" veut obtenir aussi la garantie que les centres de santé autorisés posséderont un statut de privé non lucratif.

L'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées (Adapt) souhaite elle aussi que les notions de privé non lucratif et de participation au service public soient maintenues et demande en outre de conserver le Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

"Cette instance de concertation, qui rassemble des représentants des établissements et des usagers, est la seule à couvrir l'ensemble des champs de l'action sociale et médico-sociale et, par conséquent, la seule en mesure d'avoir une vision cohérente de l'ensemble des dispositifs de programmation et de planification, relevant tant de l'ARS que du conseil général", déclare l'association, qui réclame la suppression des dispositions du projet de loi visant la création d'une commission de sélection d'appel à projets en remplacement des CROSMS.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a indiqué dans un communiqué qu'il espérait que les amendements retenus par la commission des affaires sociales la semaine dernière sur les sages-femmes soient adoptés en séance.

Plusieurs amendements proposent d'élargir les missions des sages-femmes et portent sur la contraception, le processus de recrutement et la formation des professionnels (cf dépêche [APM COMB5004](#)).

MANIFESTATION JEUDI VERS L'ASSEMBLEE NATIONALE

Par ailleurs, une intersyndicale francilienne de la santé et de l'action sociale rassemblant la CGT, la CFTC, FO et SUD a appelé lundi à une manifestation régionale à Paris jeudi convergeant vers l'Assemblée nationale pour protester contre le projet de loi HPST et le rapport d'Edouard Coutu sur la psychiatrie.

Dans un communiqué, l'intersyndicale s'insurge contre le projet de loi HPST "dont l'objet est d'engager durablement des critères de rentabilité financière aux établissements de la santé et de l'action sociale, d'accélérer la privatisation de l'hôpital public, pour livrer clé en main le système sanitaire et social aux appétits mercantiles des actionnaires du secteur privé lucratif".

Six syndicats du personnel de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'intersyndicale des établissements psychiatriques d'Ile-de-France ont également appelé à ce rassemblement (cf dépêche [APM SNMB5003](#)).

Mardi 10 février 2009 - 19:27

HPST: Roselyne Bachelot défend "un projet de loi contre le statu quo"

PARIS, 10 février 2009 (APM) - La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a entamé mardi la discussion en première lecture du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) en défendant un texte "contre le statu quo".

La discussion est étalée sur quatre semaines (dont une semaine d'interruption en raison des vacances parlementaires du 21 février au 1er mars) et pourrait même être prolongée jusqu'au lundi 9 mars.

Mardi matin, 2.500 amendements avaient été déposés sur les 33 articles que compte le texte (cf dépêche [APM COLJL003](#)).

Roselyne Bachelot a insisté, dans son allocution d'ouverture, sur la nécessité d'adopter "une approche territorialisée des besoins et de l'offre" de santé, sur sa volonté de "mettre fin à la complexité et aux cloisonnements du système de santé" et à ses fragilités et de parvenir à "une santé durable et solidaire".

Elle a exhorté les parlementaires à "prendre conscience des changements en cours", citant les disparités de densité médicale (de 830 médecins pour 100.000 habitants à Paris à seulement 198 dans l'Eure) et d'en "tirer toutes les conséquences nécessaires".

Le projet de loi HPST est "une matrice offrant les outils pour nous aider à mettre en oeuvre nos ambitions", améliorer l'accès aux soins et donner aux professionnels médicaux et paramédicaux "des nouveaux modes d'organisation et d'exercice, plus souples, plus cohérentes et plus efficaces".

Roselyne Bachelot a présenté les agences régionales de santé (ARS) comme "la base du nouveau système de santé durable et solidaire(...) conçues pour unir nos forces au lieu de les disperser" en pilotant le sanitaire et le médico-social.

En réunissant sept organismes différents des services de l'Etat et de l'assurance maladie, les ARS doivent aussi remédier au "résultat catastrophique" de la séparation entre organisateur et financeur, se traduisant aujourd'hui par "les déficits et les inégalités territoriales".

Les ARS auront aussi pour objectif de "renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé (...) dans une perspective d'amélioration de l'accès aux soins".

La ministre a clairement rejeté la possibilité d'une "agence nationale de santé" pour chapeauter les ARS, assurant qu'elle ferait en sorte qu'à tout moment, les ARS disposent "d'instructions cohérentes malgré la multiplicité des donneurs d'ordre".

Pour améliorer l'accès aux soins, la ministre a souligné que le gouvernement travaillait dans une "logique de confiance et d'efficacité" avec les médecins libéraux en faisant "le pari de la responsabilité, de l'implication" de ceux-ci.

Il reposera sur la fixation de *numerus clausus* régionaux, l'élaboration conjointe du schéma d'aménagement de l'offre de soins de premier recours et le financement des maisons de santé et des pôles de santé.

Roselyne Bachelot a défendu la nouvelle gouvernance à l'hôpital visant à "simplifier les procédures et assouplir l'organisation interne", en affirmant que le projet de loi renforcerait la place des médecins.

"En plaçant le président de commission médicale d'établissement (CME) dans une position déterminante au sein de l'exécutif, le projet de loi renforce le projet médical car c'est ce projet médical que mettront en oeuvre le président du directoire et le directoire".

La ministre a aussi insisté sur la gradation de l'offre de soins que permettront de mettre en place les communautés hospitalières de territoire (CHT), qui seront "la garantie d'une offre cohérente, bien visible et adaptée aux besoins sur chaque territoire".

Roselyne Bachelot a réaffirmé que les conclusions de la commission Marescaux sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) pourraient trouver une traduction législative dans le projet de loi HPST ou dans un autre dispositif législatif. Et elle a ajouté que plusieurs mesures du texte sur la gouvernance concernaient déjà les CHU.

La ministre a eu quelques mots pour le volet santé publique du projet de loi, l'inscription dans le code de la santé publique de l'éducation thérapeutique du patient et la politique de prévention de l'alcoolisme chez les jeunes.

Répondant à certaines réticences des parlementaires sur les restrictions sur la vente d'alcool, elle a rappelé le drame que constituait la mort d'une jeune de 19 ans qui a trop bu dans un accident de la route pour les familles qui sont concernées.

DEBUT DE DISCUSSIONS CHAOTIQUES

Dès la fin de l'intervention de Roselyne Bachelot, le déroulement de la discussion a été perturbé par des rappels au règlement des députés de l'opposition.

Le président du groupe socialiste, Jean-Marc Ayrault (Loire-Atlantique) a ouvert le feu pour souligner que les députés UMP avaient déposé deux tiers des 2.500 amendements et qu'il fallait suffisamment de temps pour discuter le texte. Puis le député apparenté communiste Jean-Pierre Brard (Seine-Saint-Denis) a demandé la parole pour appuyer cette intervention avant que la députée socialiste Marisol Touraine (Indre-et-Loire) s'étonne d'apprendre que des propositions de la commission Marescaux pourraient être reprises dans le texte.

Le président de l'Assemblée nationale, Bernard Accoyer, a souligné que l'importance du texte avait été prise en compte avec cinq heures de discussion générale.

Avant le début de la discussion, le député socialiste Jean-Marie Le Guen (Paris) a critiqué sévèrement le texte et la politique de santé du gouvernement.

"Le texte est très décevant. Si la ministre de la santé a posé des questions, elle n'apporte aucune réponse. Il n'y a aucune réponse sur les grands sujets de santé publique, absolument rien sur l'organisation de la médecine libérale, puisqu'il faudra attendre 2012 pour que le gouvernement se préoccupe des choses", a-t-il déclaré dans les couloirs de l'Assemblée nationale.

"La pesanteur d'un conservatisme médical a stoppé toute velléité réformatrice du gouvernement. Sur l'hôpital, il y a des mesures tout à fait dangereuses. Il y a indiscutablement une volonté de caporaliser l'hôpital".

Mercredi 11 février 2009 - 13:38

HPST: les députés de l'opposition dénoncent une logique d'"hôpital-entreprise"

PARIS, 11 février 2009 (APM) - Les députés de l'opposition ont dénoncé mardi une logique d'"hôpital-entreprise" dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

"Votre projet de loi nous inquiète au plus haut point" a déclaré la socialiste Catherine Génisson (Pas-de-Calais), dénonçant l'application à l'hôpital "la logique de l'entreprise privée".

La gouvernance des hôpitaux sera "bouleversée dans son ensemble", le directeur aura "la pleine responsabilité de l'établissement" mais le président de la commission médicale d'établissement (CME) n'aura pas assez de responsabilité, a estimé Catherine Génisson, tandis que Jean-Marie Le Guen (PS, Paris) a reproché au projet de loi de "marginaliser la pensée médicale".

Les députés socialistes ont déclaré vouloir revoir le périmètre et les fonctions du directoire de l'hôpital et ses relations avec son conseil de surveillance, estimant que le projet de loi offre une vision "administrative, centralisée, bureaucratique".

Catherine Génisson a dénoncé "la prééminence d'une exigence managériale, pyramidale et technocratique" aussi bien pour les agences régionales de santé (ARS) que pour les hôpitaux publics.

"Vous voulez disposer de directeurs d'hôpitaux qui n'auront d'autre objectif que de marcher dans les clous des contraintes budgétaires que vous imposez à l'hôpital public", a ajouté Jean-Marie Le Guen.

Le projet de loi HPST conduira à "un service public segmenté, fragmenté", avec "l'installation progressive d'une concurrence déloyale entre établissements et la marche vers une privatisation de notre système hospitalier", a également estimé Catherine Génisson.

Le directeur, avec ses nouveaux pouvoirs, sera "un colosse aux pieds d'argile quand sa nomination et sa révocation dépendent de la seule décision du directeur de l'ARS" alors que le PS est favorable à "un directeur qui rende effective la gestion dynamique de l'hôpital et qui supprime les lourdeurs administratives"

Catherine Génisson, Christian Paul (PS, Nièvre) et Jean-Marie Le Guen ont déploré que les propositions de la commission Marescaux sur les centres hospitaliers universitaires (CHU), en cours d'élaboration, ne puissent pas être intégrées, dénonçant "un réel problème de méthodologie" et de calendrier.

Ils ont reproché à la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, soit d'exclure l'Assemblée nationale de la discussion si les amendements sont introduits lors de la discussion au Sénat, soit de proposer un dispositif incomplet si les mesures viennent dans un autre projet de loi.

La communiste Jacquelyne Fraysse (Hauts-de-Seine) a dénoncé la méthode du gouvernement consistant à régler tous les problèmes d'organisation "en désignant des chefs dont les pouvoirs ne sont limités que par l'autorité du

chef placé au dessus d'eux".

Elle s'est aussi opposée à l'exercice de missions de service public par des cliniques privées alors que certaines zones sont désormais dépourvues d'établissement public. "Que se passera-t-il lorsque les actionnaires de ces cliniques les jugeront insuffisamment rentables et les fermeront?".

Les échanges entre Roselyne Bachelot et Christian Paul ont été vifs quand le député socialiste a reproché à la ministre de ne pas voir la réalité, de "ne pas aller sur le terrain" ou de ne se déplacer qu'entourée de CRS.

"Je me rends en moyenne dans cinq centres hospitaliers de taille différente chaque semaine et je connais suffisamment bien le secteur pour y rencontrer de façon appuyée l'ensemble de personnels", a répondu la ministre.

Mercredi 11 février 2009 - 12:00

HPST: la commission des affaires sociales propose que les pharmaciens suivent les patients en ALD

PARIS, 11 février 2009 (APM) - La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a proposé mardi que les pharmaciens d'officine puissent, à titre expérimental, suivre les patients en affection de longue durée (ALD) dans leur parcours de soins.

L'amendement, déposé par le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMD, Yonne), indique que le patient pourra désigner un pharmacien pour "participer à l'élaboration, à la révision, à la mise en oeuvre et au contrôle du parcours de soins".

Le pharmacien d'officine pourrait même, si le médecin traitant n'exprime pas son opposition, "renouveler et adapter les prescriptions initiales de médicaments et de dispositifs médicaux".

Ce dispositif expérimental réservé aux patients de plus de 16 ans serait défini dans un décret en Conseil d'Etat.

Cette disposition, proposée dans le rapport parlementaire sur l'offre de soins de Marc Bernier (UMP, Mayenne) et Christian Paul (PS, Nièvre), vise à mieux exploiter les compétences des pharmaciens dans le parcours de soins, souligne Jean-Marie Rolland dans l'exposé des motifs de l'amendement.

Le réseau des pharmaciens forme "un maillage dense et homogène de notre territoire, y compris dans les zones en voie de désertification médicale" et le pharmacien est "un professionnel de haut niveau", ajoute l'auteur de l'amendement.

SOUTIEN A LA FILIERE DE MEDECINE GENERALE

Le rapporteur a également proposé une mesure de soutien à la filière universitaire de médecine générale en fixant des minima d'emplois à pourvoir pour les trois prochaines années.

Il propose ainsi que le nombre annuel d'emplois à pourvoir soit de 40 pour les professeurs des universités de médecine générale, de 80 pour les maîtres de conférence des universités en médecine générale et de 120 pour les chefs de clinique des universités de médecine générale.

"Le nombre d'enseignants nommés n'est pas à la hauteur des besoins de la filière", souligne Jean-Marie Rolland. L'amendement vise à "garantir un niveau de recrutement de personnels enseignants satisfaisant et à assurer des débouchés en post-internat pour les nombreux internes qui suivent actuellement cette spécialité".

Mercredi 11 février 2009 - 11:40

HPST: la majorité met en avant des mesures incitatives pour l'installation des médecins libéraux

PARIS, 11 février 2009 (APM) - La majorité a mis en avant mardi, lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), des mesures incitatives pour l'installation des médecins libéraux dans les zones à faible densité médicale.

La discussion du projet de loi, entamée mardi après-midi, reprendra mercredi après-midi. Deux motions de procédure défendues par les députés socialistes ont été rejetées mardi soir et les députés communistes défendront mercredi une troisième motion à la fin de la discussion générale sur le texte. L'examen des articles pourrait débuter mercredi soir ou jeudi matin.

Le rapporteur du projet de loi, Jean-Marie Rolland (Yonne), a souligné que la commission des affaires sociales proposait des mesures incitatives à l'installation, notamment des bourses d'études aux étudiants en médecine contre un engagement à exercer quelques années dans une zone sous-dotée en offre de soins, disposition qui renforcerait la régionalisation du numerus clausus des études médicales et des postes d'internat.

Mais la commission a aussi proposé qu'après une période de trois ans de mise en oeuvre des mesures incitatives, l'accès au conventionnement des médecins s'installant dans des zones déjà sur-dotées soit "soumise à l'autorisation de l'agence régionale de santé" (ARS).

"Il ne s'agit pas de mettre en cause la liberté d'installation mais de donner un levier d'action supplémentaire à l'ARS", a souligné le rapporteur en donnant un exemple de conditions posées: s'installer sur tel littoral à condition d'exercer aussi à temps partiel dans une maison de santé de l'arrière-pays; s'installer à Dijon en ophtalmologie à condition d'opérer des cataractes deux jours par semaine à Clamecy (Yonne).

Le président de la commission, Pierre Méhaignerie (UMP, Ille-et-Vilaine), n'a pas caché qu'il était initialement favorable à des mesures coercitives à effet immédiat mais qu'il s'est rallié à la position de Jean-Marie Rolland de "mesures incitatives positives" et à partir de 2012 "de mesures conventionnelles coercitives".

Le rapporteur pour avis de la commission des affaires économiques, André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais), s'est montré plus enclin à des mesures contraignantes. Il a ainsi souligné que la régionalisation du numerus clausus des études médicales n'aurait d'effet "qu'entre 2015 et 2020".

Il fonde ses espoirs sur la nouvelle régulation de la permanence des soins (PDS) par les ARS. La commission demande que l'ARS puisse faire appel, pour la PDS, à tout médecin régulièrement formé et inscrit à l'Ordre, et pas seulement aux médecins libéraux, et sur la base d'un contrat passé avec l'ARS.

Jean-Marie Rolland a voulu par ailleurs rassurer les syndicats de médecins libéraux. "Il n'est nullement question de remettre en cause le libre accès des patients à certaines spécialités".

Le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires arrêté par l'ARS ne sera pas opposable mais "concentrera les aides et subventions sur les projets prioritaires". La distinction qui sera faite entre soins de premier recours et soins spécialisés "correspond mieux au parcours des patients que les cloisonnements actuels entre ville et hôpital, généralistes et spécialistes".

Le député Nouveau centre Jean-Luc Prél (Vendée) a plaidé pour des "rémunérations diversifiées" pour les médecins, en plus dans les zones sous-dotées et en moins dans les zones sur-dotées, et la création d'une maison de santé pluridisciplinaire par canton.

Sur la répression du refus de soins, Jean-Marie Rolland a pris le parti des médecins en estimant que le dispositif du projet de loi, prévoyant une inversion de la charge de la preuve au détriment du médecin, risquait d'aboutir à "une explosion du contentieux". Il a proposé une autre procédure avec une commission de conciliation constituée entre l'Ordre des médecins et les caisses d'assurance maladie.

LES SOCIALISTES TRES CRITIQUES

Les socialistes Marisol Touraine (Indre-et-Loire) et Christian Paul (Nièvre) ont critiqué l'insuffisance des mesures prises pour résorber les déserts médicaux.

Christian Paul a souligné que, sur les 2.500 amendements déposés, 2.000 venaient de la majorité et y a vu un signe de "l'inquiétude profonde devant les faiblesses marquantes du texte".

Ils ont plaidé pour un "nouveau contrat" avec les médecins comprenant une "politique volontariste" de soutien aux maisons de santé pluridisciplinaires, à la télémédecine, et un développement de la rémunération forfaitaire. Ils proposent aussi une "dérogation motivée" à la liberté d'installation avec un "gel des installations" dans les zones surdotées sous le contrôle des ARS.

Christian Paul a reproché à la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, de ne pas proposer une "paquet crédible" de mesures

La ministre a répondu que tout le titre II du projet de loi était consacré à l'amélioration de l'accès aux soins, que de nombreux chantiers étaient cours, notamment la maquette pour les nouveaux modes de rémunération. Par ailleurs, l'ARS apportera un réel progrès en devenant le "guichet unique" pour les aides.

Elle a rejeté catégoriquement tout gel des installations estimant que, dans le système concurrentiel européen, "un gel des installations dans les zones sur-denses, ce serait un gel des installations tout court". Le gouvernement a fait le choix d'une "politique volontariste respectueuses des souhaits des jeunes médecins", a souligné Roselyne Bachelot.

CONTRE L'OUVERTURE DU CAPITAL DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MEDICALE

Jean-Marie Rolland a également pris clairement parti contre l'ouverture du capital des laboratoires de biologie médicale à des non biologistes.

Alors que la commission des affaires sociales a voté un article de suppression de l'article 20 qui prévoit l'habilitation du gouvernement à légiférer par ordonnance sur ce sujet, le rapporteur s'est prononcé pour un maintien de l'article en supprimant la disposition sur la détention du capital.

Mercredi 11 février 2009 - 18:56

Projet de loi HPST: les conférences hospitalières demandent un rôle accru des CME

PARIS, 11 février 2009 (APM) - Les conférences hospitalières ont réclamé un rôle accru des commissions médicales d'établissement (CME) dans la nouvelle gouvernance des hôpitaux prévue par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Plusieurs organismes ont fait connaître mardi et mercredi leur position sur le projet de loi HPST dont l'examen a débuté mardi à l'Assemblée nationale.

Les conférences des présidents de commission médicale d'établissement (CME) des CHU, des CH, des CHS et des doyens des facultés de médecine ont indiqué dans un communiqué qu'elles soutenaient les principaux axes du projet de loi mais s'inquiétaient de la place prévue pour la CME dans le cadre de la nouvelle gouvernance des hôpitaux.

Elles réclament "un renforcement de la médicalisation du processus de décision" au sein des établissements en accentuant la place et la responsabilité du président de la CME, en particulier dans l'élaboration et la mise en oeuvre du projet médical d'établissement.

Elles soulignent "l'importance de l'avis de la CME" pour la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques et réclament que le projet de loi puisse "valoriser les missions" des commissions médicales.

L'Association des petites villes de France (APVF) a demandé de son côté la mise en place d'une "complémentarité" entre les hôpitaux et a souligné "le rôle indispensable" des petits hôpitaux dans le système de soins.

Elle a réclamé la mise en réseaux entre hôpitaux de petites villes et grosses structures hospitalières afin de désengorger les grosses structures, réduire les dépenses hospitalières et assurer un maillage sanitaire. Elle a rappelé sa préoccupation liée à la mise en place des communautés hospitalières de territoires (CHT) qui ne doit pas être "le prétexte à l'accélération des restructurations hospitalières et à la fermeture de nouveaux services dans les petits hôpitaux".

L'association Elus, santé publique et territoires (ESPT) a critiqué la mise en place des agences régionales de santé (ARS) et s'est inquiétée de l'absence de reconnaissance du rôle des communes dans la politique de santé publique.

L'association demande la présence décisionnelle d'élus représentant les trois niveaux de collectivités territoriales au sein des ARS et veut obtenir que les élus puissent "peser dans les choix stratégiques" de l'hôpital.

De son côté, le Syndicat national des jeunes médecins généralistes espère que ce projet de loi donnera "une concrétisation aux discours de valorisation" de la médecine générale et prévient que "toute mesure coercitive ou de régression" ne pourrait que précipiter cette discipline dans "la crise qui la menace".

L'Association française des diabétiques (AFD) a déploré de "larges insuffisances" dans le projet de loi et a alerté les députés sur la nécessité de défendre un système de santé "solidaire et accessible à tous".

L'AFD soutient la création des ARS à condition qu'elles deviennent des guichets uniques régionaux du médicosocial et non des structures administratives en plus et encourage "des avancées importantes" en ce qui concerne la qualité des soins, notamment la reconnaissance des mesures d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des patients.

Elle demande aux parlementaires d'enrichir le texte pour améliorer la place des usagers dans les instances de santé.

Jeudi 12 février 2009 - 18:16

L'HAD mieux reconnue dans le projet de loi HPST

PARIS, 12 février 2009 (APM) - Les députés ont voté jeudi une reconnaissance de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont voté deux nouveaux articles dans le projet de loi qui renforcent une disposition déjà présente à l'article 1.

Ces nouvelles dispositions suivent les annonces de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, le 2 décembre 2008, lors des journées nationales de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad), sur sa volonté de "reconnaître les spécificités de l'HAD et de protéger l'appellation HAD".

Dans le projet de loi HPST, l'HAD est reconnue comme une composante de l'activité des établissements de santé qui "délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile", est-il indiqué à l'article 1. Cette disposition permet de sécuriser l'HAD sur le plan juridique en lui donnant une assise législative et la reconnaît comme une modalité de soins.

Un nouvel article, issu d'un amendement du rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) et de plusieurs députés UMP, reconnaît les spécificités de l'HAD et protège l'appellation.

Il indique que "seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile (...) peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile".

Les autres structures, entreprises et groupements constitués avant la loi qui utilisent le terme devront se conformer aux dispositions d'autorisation "dans le délai d'un an". Une amende de 3.750 euros est prévue en cas d'utilisation abusive et d'infraction à cette disposition.

L'objectif est de ne pas confondre les structures d'HAD, répondant aux normes de qualité des établissements de santé, avec des entreprises proposant seulement des prestations de service à domicile.

En revanche, Roselyne Bachelot s'est opposée à un autre amendement conjoint, initialement déposé par Jean-Marie Rolland (Yonne) et des députés UMP et socialistes, qui avait pour objectif de reconnaître l'HAD comme activité de soins à part entière.

Ils voulaient supprimer le rattachement juridique de l'HAD à une activité de soins identifiée (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR)) pour donner "une signification à son

caractère généraliste et polyvalent".

Roselyne Bachelot a expliqué que l'amendement ferait "basculer l'HAD hors du régime des autorisations". "En voulant protéger l'HAD, vous l'affadissez". Avec les dispositions votées par ailleurs, l'HAD "demeure une modalité d'exercice d'un établissement de santé et non une activité de soins en tant que telle".

RECOURS AUX PUI ET AUX OFFICINES POUR LES MEDICAMENTS

Les députés ont également adopté un nouvel article, issu d'un amendement de Paul Jeanneteau (UMP, Maine-et-Loire), avec l'accord du gouvernement, sur l'approvisionnement en médicaments de l'HAD.

Il est indiqué que les pharmacies à usage intérieur (PUI) peuvent approvisionner en médicaments réservés à l'usage hospitalier les établissements de santé délivrant des soins à domicile ne disposant pas de PUI.

Par ailleurs, les établissements de santé délivrant des soins à domicile qui disposent d'une PUI "peuvent confier à une pharmacie d'officine une partie de la gestion, de l'approvisionnement, de la préparation, du contrôle, de la détention et de la dispensation des médicaments ainsi que des produits (...) et des dispositifs médicaux stériles", sauf les médicaments réservés à l'usage hospitalier.

Les rapports entre les établissements de santé délivrant des soins à domicile et les pharmacies d'officine seront précisés par voie réglementaire.

Cette disposition doit permettre d'assouplir la gestion du médicament dans ces établissements.

Actuellement, les structures d'HAD sans PUI doivent s'approvisionner en médicaments de réserve hospitalière auprès des entreprises pharmaceutiques, qui ne sont pas enclines à les approvisionner en l'absence de pharmacien responsable, a indiqué Paul Jeanneteau. Les PUI alimentent d'ailleurs déjà les structures d'HAD en préparations magistrales, en préparations hospitalières et en spécialités pharmaceutiques reconstituées.

La mesure concerne également les établissements de santé réalisant des dialyses à domicile.

Jeudi 12 février 2009 - 17:13

HPST: les députés précisent le fonctionnement des Samu

PARIS, 12 février 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi un article qui précise le fonctionnement des Samu, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

La disposition adoptée (dans l'article 1) détaille les conditions de fonctionnement des unités participant au Samu, qui ne disposaient pas jusqu'à présent de définition précise.

Le projet de loi stipule que "seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire".

Le centre de réception et de régulation des appels installé dans les Samu pourra désormais être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale.

"Le fonctionnement de ces unités et centre peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral".

Le texte, adopté sans discussion sur ce sujet, précise que les centres de réception et de régulation des appels seront interconnectés "dans le respect du secret médical avec les dispositifs de réception des appels destinés aux services de police et aux services d'incendie et de secours".

NOUVEAU REGIME DES CENTRES DE SANTE

L'article voté procède aussi à des aménagements du régime juridique des centres de santé.

Ils seront tenus d'élaborer "un projet de santé" et leur fonctionnement sera soumis à des conditions techniques prévues par décret.

Le texte donne la possibilité aux établissements de santé de créer et de gérer des centres de santé. Cette réforme tient compte des conclusions de la conseillère générale des établissements de santé, Dominique Acker, qui a rédigé un rapport sur les centres de santé en juin 2007 mettant en évidence une grande hétérogénéité de la taille, de l'activité et de l'organisation des structures existantes.

Jeudi 12 février 2009 - 16:53

HPST: les députés créent les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif

PARIS, 12 février 2009 (APM) - Les députés ont voté jeudi un article créant les Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Un amendement de la commission des affaires sociales confère un nouveau statut aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) afin de tenir compte de ce projet de loi qui donne la possibilité aux établissements privés de participer à des missions de service public.

Seront qualifiés d'Espic, les centres de lutte contre le cancer et les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif.

Ces derniers pourront, jusqu'à la signature de leur prochain contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), recevoir la qualité d'Espic sur simple déclaration à l'Agence régionale de santé (ARS).

Les PSPH deviendront automatiquement des Espic, sauf opposition de leur part, sans qu'il soit nécessaire pour eux, à la différence des autres établissements de santé privés non lucratif, de faire une déclaration à l'ARS.

"Les établissements qui s'engagent à respecter, dans l'exercice de toutes leurs missions, les garanties pour les patients attachées spécifiquement aux missions de service public, de la même manière qu'un établissement public de santé, pourront se voir reconnaître ce statut Espic", a déclaré le rapporteur du texte, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Les députés ont adopté un amendement de la commission prévoyant que ces établissements ne pourront pas se voir imposer de renoncer à exercer les missions pour lesquelles ils y ont été admis ou celles prévues par leur CPOM avant la fin du processus de convergence intersectorielle.

Dans le cadre du plan Hôpital 2012, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a assuré que les Espic auraient le même régime que les actuels PSPH et que le mode de financement ne changerait pas.

La ministre de la santé a souligné que 90% des financements du plan hôpital 2012 étaient destinés aux établissements publics et aux PSPH.

Par ailleurs, les députés ont adopté un amendement du rapporteur qui permet au directeur de l'ARS de prendre les mesures nécessaires en cas de difficultés financières ou de dysfonctionnements d'un établissement de santé antérieurement sous dotation globale.

Le directeur de l'ARS pourra demander la mise en place d'un plan de redressement puis, si nécessaire, nommer un administrateur provisoire.

Vendredi 13 février 2009 - 14:45

HPST: la Fehap salue la création des établissements de santé privés d'intérêt collectif

PARIS, 13 février 2009 (APM) - La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) a salué vendredi dans un communiqué l'adoption par les députés d'un article créant les établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Cet article confère un nouveau statut aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier (PSPH) afin de tenir compte des dispositions du projet de loi qui donnent la possibilité aux établissements privés de participer à des missions de service public. Les PSPH deviendront automatiquement des Espic, sauf opposition de leur part (cf dépêche [APM EHMBC009](#)).

La Fehap avait émis en septembre 2008 des craintes sur la "liquidation" des établissements PSPH dans le projet de loi HPST initial et avait proposé la création du terme d'organisme sanitaire et d'aide à la personne d'intérêt collectif (Osapic) pour remplacer les PSPH (cf dépêche [APM CBLIG001](#)).

La fédération a salué vendredi l'ensemble des députés "qui ont pris en compte sa préoccupation" et a remercié également la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, d'avoir accepté sa proposition "de faire ainsi émerger un nouveau statut d'établissement de santé".

"Cette reconnaissance va permettre à des établissements privés à but non lucratif, gérés par des associations, fondations, congrégations et mutuelles, de s'engager pleinement dans le service public de santé, à l'instar des hôpitaux publics", souligne la Fehap.

Elle indique avoir également suggéré un amendement pour que "les Espic apportent des garanties complémentaires, concernant leurs engagements en matière de qualité, de continuité des soins, mais également d'accessibilité financière et de transparence de gestion".

Jeudi 12 février 2009 - 09:54

HPST: les députés socialistes protestent contre les travaux menés parallèlement par la commission Marescaux sur les CHU

PARIS, 12 février 2009 (APM) - Les députés socialistes ont multiplié mercredi les protestations, contre les travaux menés par la commission Marescaux sur la réforme des centres hospitaliers universitaires (CHU) parallèlement à la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Jean-Marc Ayrault (Loire-Atlantique), président du groupe socialiste, Marisol Touraine (Indre-et-Loire), Catherine Génisson (Pas-de-Calais), membre de la commission Marescaux, et Jean-Marie Le Guen (Paris) sont intervenus soit dans des interventions programmées durant la discussion générale soit lors de rappels au règlement pour demander des explications à la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

Ils ont souligné qu'il était "profondément choquant" qu'un pan entier de l'activité hospitalière soit exclu du projet de loi HPST ou que les députés aient à discuter de mesures qui seraient totalement modifiées au Sénat et sans qu'eux-mêmes puissent en débattre, puisque la procédure d'urgence sur le projet de loi HPST ne permettrait qu'une lecture dans chaque chambre avant la réunion de la commission mixte paritaire (CMP).

"Il est évident que les centres hospitalo-universitaires ne sont pas en lévitation au dessus du système de santé", a souligné Catherine Génisson en rappelant que la commission Marescaux avait pour mission de travailler sur les soins, la formation et la recherche et le statut des personnels et que les CHU devaient être le pivot des communautés hospitalières de territoire (CHT) créées dans le projet de loi HPST.

Mais des députés de la majorité, Bernard Debré (Paris), membre de la commission Marescaux, et Catherine Vautrin (Marne), ont aussi demandé à la ministre les modalités d'intégration de ces propositions au projet de loi HPST.

Alors que Roselyne Bachelot avait déjà abordé le sujet en ouverture de la discussion, elle a dû s'expliquer à deux reprises.

Elle a indiqué que les mesures d'ordre législatif qui seraient retenues pourraient être intégrées lors de la discussion du projet de loi au Sénat "si elles sont suffisamment abouties". Dans ce cas, elle s'est engagée auprès des députés à venir, avec la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, Valérie Pécresse, devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale pour présenter ces mesures.

Dans le cas où les mesures ne seraient pas "suffisamment abouties, ce qui est probable voire possible", la

ministre a dit qu'elles pourraient être intégrées ultérieurement "dans un projet de loi consacré à la recherche et aux CHU" ou dans un autre texte sanitaire.

Mais Roselyne Bachelot a souligné que les propositions de la commission Marescaux ne seraient pas forcément d'ordre législatif, citant le remodelage des missions d'enseignement, de recherche de références et d'innovation (Merri) qui pourraient alors intervenir "lors d'une prochaine campagne tarifaire".

Jean-Marie le Guen a prévenu que les socialistes ne se satisferaient pas d'une simple présentation devant la commission des affaires sociales et qu'une telle procédure s'exposait à une censure par le Conseil constitutionnel.

Il a ajouté que la commission Marescaux s'était prononcée pour le retrait des dispositions sur les CHU dans le projet de loi HPST.

Par ailleurs, il a exprimé de sérieux doutes sur le vote d'un nouveau projet de loi sur l'hôpital, consacrée à la recherche et au CHU en soulignant l'encombrement du calendrier législatif.

Vendredi 13 février 2009 - 18:21

Vive opposition de l'UNPS au modèle économique des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des libéraux

PARIS, 13 février 2009 (APM) - L'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) proteste contre l'un des modèles économiques envisagés pour l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels libéraux, dans un communiqué publié vendredi.

Ces expérimentations, prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2008, se dérouleront sous l'égide de six missions régionales de santé (MRS) et devraient débuter avant la fin du premier trimestre (cf dépêche [APM VGMAJ001](#)).

L'UNPS déplore que le ministère de la santé ait soumis "in extenso" le projet de contrat d'amélioration des pratiques individuelles (Capi) de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) "en guise de modèle économique" lors du dernier comité de pilotage des expérimentations, le 28 janvier.

L'Uncam a saisi les syndicats de médecins libéraux d'un projet d'avenant encadrant la mise en oeuvre des Capi, dans l'objectif de généraliser ce mode de rémunération des médecins libéraux à plus long terme, de préférence dans le cadre conventionnel, rappelle-t-on (cf dépêche [APM VGMB3001](#)).

Le Capi rémunère le médecin souscripteur en fonction des résultats qu'il aura atteint en un an sur une série d'objectifs répartis en trois axes: prévention (vaccination contre la grippe, dépistage du cancer du sein et iatrogénie médicamenteuse), suivi des pathologies chroniques (diabète et hypertension artérielle) et optimisation des prescriptions (génériques) (cf dépêche [APM VGMB3002](#)).

Alors que plusieurs modèles économiques sont à l'étude pour les expérimentations, le plus abouti d'entre eux, qui devait être expérimenté le premier, consiste à combiner un paiement à l'acte au paiement d'un forfait pour la structure, modulé à la performance, sur la base d'un "contrat d'amélioration des performances du groupe (CAPG)", reprenant les indicateurs du Capi.

Pour l'UNPS, la reprise du Capi dans le cadre des expérimentations "constitue un élément de blocage pour les professionnels de santé libéraux".

L'UNPS estime que le ministère n'a pas fait suite à plusieurs demandes visant à réaffirmer que "l'un des principaux objectifs de ces expérimentations est de favoriser la coopération entre professionnels", à associer l'ensemble des professionnels de santé participant aux expérimentations, à la fixation des objectifs et

l'exploitation des résultats.

Elle déplore qu'aucune procédure de validation des travaux du comité de pilotage ne soit en place et soutient avoir été invitée à ne plus participer à ses travaux futures en raisons d'interventions "trop critiques et insuffisamment constructives" de ses membres.

L'UNPS affirme avoir pourtant "formulé des propositions cohérentes en matière de coopération interprofessionnelle dont l'objectif est d'améliorer les soins et les conditions dans lesquelles ces derniers sont prodigués au patient, et de réduire les coûts en limitant le temps en structure ou à l'hôpital".

Vendredi 13 février 2009 - 12:35

HPST: les députés alourdissent les sanctions pour un établissement de santé en cas de non respect du CPOM

PARIS, 13 février 2009 (APM) - Les députés ont choisi jeudi d'alourdir les sanctions envers un établissement de santé qui ne respecterait pas son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont interrompu leurs travaux dans la nuit de jeudi à vendredi après avoir examiné une partie de l'article 3 qui redéfinit les CPOM signés entre un établissement de santé et l'agence régionale de santé (ARS). La discussion reprendra lundi après-midi à l'Assemblée nationale.

Alors que le projet de loi prévoit une sanction financière représentant un maximum de 1% des produits reçus par l'établissement au cours d'un exercice en cas de non respect de ses missions de service public, les députés UMP, PS et Nouveau centre ont porté, avec l'accord du gouvernement, ce taux à 5%. Il s'agit d'un maximum, le texte indiquant que les sanctions doivent être "proportionnées à la gravité du manquement constaté".

Le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), défendant cette position commune à la droite et à la gauche, a souligné que les députés entendaient "renforcer le caractère contraignant des engagements pris dans le CPOM", d'autant que certaines missions de service public seraient assumées par des établissements privés.

"La pénalité de 5% est un plafond, toute amende doit être justifiée et proportionnelle. Le but n'est pas d'atteindre ce plafond", a-t-il ajouté. "C'est là le premier degré d'une échelle de sanctions possibles", sachant que le directeur de l'ARS peut aussi retirer l'autorisation.

L'article 3 du projet de loi HPST actualise les dispositions du code de la santé publique sur le CPOM pour tenir compte de nouveautés introduites dans le texte, notamment la création des ARS et les missions de service public susceptibles d'être assurées par des établissements de santé.

Il est ainsi précisé que la durée du CPOM est au maximum de cinq ans et qu'elle est obligatoirement de cinq ans quand il contient des obligations de missions de service public.

Certaines mentions sont supprimées car considérées comme relevant du domaine réglementaire (comme la mention du contenu du CPOM). A l'inverse, la mention de l'amende, qui relève actuellement de la partie réglementaire, est basculée dans la loi.

L'article 3 indique les CPOM "déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé (...) et des groupements de coopération sanitaire (GCS) sur la base du projet régional de santé, (...) notamment du schéma régional de l'organisation des soins (...) ou du schéma interrégional (...)".

Les établissements "précisent leurs engagements relatifs à la mise en oeuvre de la politique nationale d'innovation médicale et de recours ainsi que leurs autres engagements, notamment de retour à l'équilibre financier". Il n'est plus fait mention des missions d'intérêt général, notion remplacée par les missions de service public.

Un débat a eu lieu sur le caractère contraignant et peu souple des CPOM et sur les pressions que pourront exercer l'ARS sur un établissement pour qu'il signe des engagements difficiles à tenir, points soulevés par le socialiste Jean-Marie Le Guen (Paris) et le Nouveau centre Jean-Luc Prével (Vendée). L'UMP Bernard Debré (Paris) a aussi plaidé pour une plus grande association de la communauté médicale à l'élaboration du CPOM.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a voulu apaiser ces craintes en rappelant que le CPOM était "une feuille de route, qui s'adapte, avec une clause de revoyure annuelle, qui permet de le suivre". "Cette clause donnera l'occasion de voir comment il a avancé, quels sont les points faibles et les points forts, ce sur quoi il faut moduler les choses".

MAINTIEN D'UNE MENTION SPECIFIQUE SUR LES SOINS PALLIATIFS

Les députés de droite et de gauche ont obtenu jeudi soir le maintien d'une mention spécifique sur les soins palliatifs dans les CPOM, que le projet de loi voulait supprimer.

Ils ont donc maintenu que les CPOM "identifient les services au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs et définissent, pour chacun d'eux, le nombre de référents en soins palliatifs qu'il convient de former ainsi que le nombre de lits qui doivent être identifiés comme des lits de soins palliatifs", une disposition ajoutée dans le code de la santé publique par la loi du 22 février 2005 sur la fin de vie.

Roselyne Bachelot a expliqué que la suppression de la mention ne ferait pas disparaître le développement des soins palliatifs parmi les priorités du gouvernement, affirmé à travers le plan lancé en juin 2008. Mais elle a pointé que la présence d'une mention spécifique entraînait d'autres demandes, pour la maladie d'Alzheimer, le cancer ou les maladies rares.

Les priorités "s'évaluent sur les moyens mis en oeuvre", a-t-elle souligné, après avoir rappelé que le nombre de places en structures palliatives avait quadruplé entre 2001 et 2007, que 229 millions d'euros y seraient consacrés jusqu'en 2012, que 340 équipes mobiles existaient et que les soins palliatifs représentaient 800 millions d'euros par an. Elle a ajouté que le Dr Régis Aubry fournirait en juin un premier bilan de mise en oeuvre du plan.

Alors que Marisol Touraine lui signalait le cas d'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) de sa circonscription qui ne bénéficie plus, depuis récemment, de l'intervention d'une équipe mobile en soins palliatifs, la ministre s'est engagé à lui donner une réponse.

Devant l'insistance des députés socialistes et communistes, la ministre de la santé a finalement approuvé le maintien de la mention, en reconnaissant que sa suppression "pourrait être mal comprise".

COOPERATION AVEC L'HAD, LES CENTRES DE SANTE, LES EHPAD, LES MAISONS DE SANTE

Les députés ont voté, contre l'avis de la ministre, une mention des activités de coopération des établissements de santé avec les structures d'hospitalisation à domicile (HAD), les établissements médico-sociaux, les Ehpad, les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, les maisons de santé et les réseaux de santé.

Cette disposition a pour objectif d'obliger les signataires des CPOM à "ne pas négliger le nécessaire conventionnement avec les établissements d'hospitalisation à domicile", a souligné Bérengère Poletti (UMP, Ardennes), auteure de l'amendement soutenu par le rapporteur et d'autres députés UMP.

La ministre a jugé la mention superflue, puisque l'article 1 mentionne déjà le fait que les établissements de santé, dont les structures d'HAD, doivent mettre en oeuvre une coordination avec les professionnels de santé de ville et les établissements médico-sociaux. "Cette coordination est définie par l'ARS et est intégrée dans le schéma régional d'organisation des soins".

Vendredi 13 février 2009 - 08:39

HPST: les députés réforment les commissions médicales d'établissement

PARIS, 13 février 2009 (APM) - Les députés ont adopté jeudi soir un article qui réforme les commissions médicales d'établissement (CME), dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Chaque établissement public de santé conserve l'obligation de mettre en place une CME mais l'article, adopté après des heures de débat, vise à "recentrer" le rôle de ces instances.

Le texte prévoit que la CME "contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins" et "propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Elle est consultée dans des matières et des conditions fixées par décret."

La commission des affaires sociales a fait adopter un amendement, contre l'avis du gouvernement, qui ajoute à la CME la mission de contribuer à l'amélioration "des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences".

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a donné quelques indications sur le décret prévu en application de ce projet de loi. Elle a indiqué que le texte réglementaire précisera que la CME sera "chargée d'élaborer le projet médical".

Elle sera en charge aussi de la qualité, des infections nosocomiales, de l'hémovigilance, de la politique du médicament et de la formation médicale continue. Elle donnera son avis sur le projet de soins infirmiers et sur les relations avec les usagers.

Le texte adopté jeudi supprime l'obligation de créer au sein de la CME des sous-commissions spécialisées et aligne le fonctionnement des conférences médicales des établissements de santé privés sur celui des CME des établissements publics.

Les députés ont eu un débat sur les conférences médicales des établissements privés, discutant de la façon de les rendre effectives partout.

Ils ont adopté un amendement obligeant, dans les établissements privés, le représentant légal à consulter la conférence médicale d'établissement avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

La conférence médicale d'établissement devra "être consultée dans des matières et des conditions définies par décret".

Comme pour le public, la ministre de la santé a indiqué qu'elle souhaiterait que la conférence soit consultée sur des sujets comme la qualité et les infections nosocomiales.

DES DEPUTES DEPLORENT UNE BAISSSE DU POUVOIR DE LA CME

Marisol Touraine (PS, Indre-et-Loire) a critiqué cette réforme des CME déplorant une réduction du pouvoir des médecins à l'hôpital concernant en particulier leur rôle dans l'élaboration du projet médical d'établissement.

Elle redoute que les médecins ne soient "encore plus soumis à des contraintes administratives", alors que "le gouvernement affiche la volonté d'une simplification de gestion".

Gérard Bapt (PS, Haute-Garonne) a accusé le gouvernement de "changer la philosophie de l'hôpital public" en donnant "tous les pouvoirs au directeur" et en limitant celui de la communauté médicale.

Roland Muzeau (PCF, Hauts-de-Seine) a estimé que la CME allait "perdre l'essentiel de son rôle".

Jean-Luc Prél (Nouveau centre, Vendée) a accusé le gouvernement d'introduire "un déséquilibre" entre le directeur et la CME dans les hôpitaux."

"Le pouvoir médical est actuellement parfois dilué et je veux sanctuariser le pouvoir médical dans l'hôpital public", a répondu la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, qui a insisté sur sa volonté de "clarifier le pilotage" des établissements.

Elle a indiqué qu'elle voyait la présidence du futur directoire des établissements de santé, comme "un véritable binôme" composé du directeur et du président du CME qui assurera la vice-présidence du directoire.

DEFINIR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

L'article adopté jeudi soir concerne aussi la qualité et la sécurité des soins à l'hôpital.

"Les établissements de santé élaborent et mettent en oeuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et

de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités", indique le projet de loi.

"Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables et les infections associés aux soins, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux".

Les établissements de santé devront "transmettre aux ARS, à l'Etat ou à la personne publique qu'ils désignent et aux organismes d'assurance maladie les informations, relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales, qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaire, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation".

Les députés ont voté un amendement du rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) qui oblige les établissements de santé publics et privés à "mettre à disposition du public les résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins". Ces résultats devront être publiés chaque année.

Si le directeur de l'ARS constatait le non-respect des dispositions de qualité, il pourrait moduler les dotations de financement.

USAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX

Le texte précise le cadre de l'utilisation de dispositifs médicaux susceptibles de présenter des risques sérieux pour les patients, qui est soumise à des règles spécifiques.

Le projet de loi stipule que "l'utilisation de ces dispositifs médicaux et la pratique de ces actes, procédés, techniques et méthodes à visée diagnostique ou thérapeutique peuvent être limitées pendant une période donnée à certains établissements de santé".

Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale devront arrêter, après avis de la Haute autorité de santé, la liste de ces établissements ou préciser les critères au vu desquels les ARS fixent cette liste.

Les députés ont adopté un amendement du député Elie Aboud (UMP, Hérault) qui confie aux ARS la possibilité de réglementer le recours aux personnels intérimaires dans les hôpitaux. Ceci vise à limiter l'usage excessif de ce type de contrat dans certains établissements.

Les députés ont discuté d'un amendement d'Yves Bur (UMP, Bas-Rhin), finalement retiré, qui visait à étendre le champ d'autorisation de l'implantation d'équipements lourds pour les établissements de santé publics et privés.

Cet amendement avait pour objectif de réduire le délai entre l'installation d'un équipement et son utilisation. Les députés, qui n'ont pas eu le temps d'étudier cet amendement, ont convenu de laisser cette question aux sénateurs lors de l'examen du texte à la Haute assemblée pour le préciser.

Vendredi 13 février 2009 - 15:24

La réforme de la biologie médicale est "impérative", estime Roselyne Bachelot

PARIS, 13 février 2009 (APM) - La réforme de la biologie médicale, inscrite dans le projet de loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST), est "aussi impérative qu'urgente", a déclaré vendredi la ministre de la santé lors de la deuxième journée nationale de la biologie organisée par la Fédération hospitalière de France (FHF).

Cette réforme est prévue dans l'article 20 du projet HPST, en cours de discussion à l'Assemblée nationale.

Si l'article est adopté, la réforme fera ensuite l'objet d'une ordonnance dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi, puis d'un projet de loi de ratification dans les trois mois à compter de la publication de l'ordonnance. Des décrets d'application devront également être pris.

Se disant "déterminée" à "valoriser" l'importance de cet article auprès des députés -qui l'ont supprimé en commission des affaires sociales (cf dépêche [APM COMB6002](#))-, Roselyne Bachelot a indiqué que les objectifs de cette réforme étaient d'"assurer, partout en France, une biologie médicale de qualité prouvée, payée à son

juste prix".

"La réforme fait ainsi le choix de l'accréditation obligatoire, de la médicalisation de la discipline et de l'amélioration du maillage territorial, dans l'intérêt du patient", a-t-elle expliqué en reprenant différentes dispositions contenues dans le projet d'article.

La démarche d'accréditation, thème central de la journée organisée par la FHF en présence de plusieurs centaines de participants, s'inscrit dans une logique "menée depuis de nombreuses années, depuis le Guide de bonne exécution des analyses (GBEA) jusqu'à l'évolution des systèmes mis en place par des professionnels", a indiqué la ministre.

Elle garantit "de façon permanente la qualité de l'offre de biologie médicale aux patients".

"Véritable 'monitoring' permanent, elle valide à la fois l'organisation générale du laboratoire et les résultats techniques", a-t-elle ajouté.

Trois organismes accompliront "un travail complémentaire et conjoint" dans ce domaine, a-t-elle précisé en citant le Comité français d'accréditation (Cofrac) qui est le seul organisme habilité à délivrer des accréditations aux laboratoires, la Haute autorité de santé (HAS) et l'Association française de normalisation (Afnor).

Elle a estimé que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) avait également un rôle "important" à jouer, en matière de qualité des réactifs et de contrôle national de qualité et en ce qui concerne la fiabilité des logiciels utilisés dans les laboratoires.

Roselyne Bachelot a souhaité que l'accréditation "s'adapte à la santé".

En effet, "on ne saurait accréditer un laboratoire de biologie médicale comme un laboratoire de chimie fine ou un laboratoire de recherche en métallurgie", a-t-elle déclaré.

La ministre a demandé que la démarche soit conduite avec "pragmatisme" "sans fixer des objectifs qui seraient inapplicables dans la pratique quotidienne de chaque laboratoire".

Se disant également "attachée à une approche médicalisée" de la discipline, elle a aussi souhaité "qu'on ne parle plus simplement d'analyses médicales mais d'examens de biologie médicale", ceux-ci étant "des actes médicaux à part entière".

"La réforme que je mets en place sera pleinement réussie le jour où chacun dira, non plus 'j'ai reçu mes résultats d'analyses', mais 'mon biologiste m'a rendu les résultats de mes examens'", a souligné Roselyne Bachelot, insistant sur l'importance de la sémantique.

Vendredi 13 février 2009 - 17:27

Accidents médicaux: pas plus de procès en France qu'aux Etats-Unis et une indemnisation moins élevée, selon une étude

PARIS, 13 février 2009 (APM) - Il n'y a pas plus de plaintes ni de procès pour des préjudices liés aux soins en France qu'aux Etats-Unis, où le montant moyen de l'indemnisation est en outre plus élevé, selon la synthèse d'une étude publiée dans la revue scientifique trimestrielle de l'assurance maladie.

Dans cette étude, le Dr François Latil, Wout de Boer et Jacqueline Cardona, en s'appuyant sur une revue de la littérature, cherchaient à savoir si les patients français avaient davantage tendance à poursuivre leurs médecins, comme les Américains en ont la réputation, dans un contexte marqué par une crise de l'assurance avec une augmentation du coût des condamnations et du nombre de procès.

L'étude montre que le rapport entre le nombre de procès et le nombre d'hospitalisations est quasiment comparable entre les deux pays en tenant compte des autres modes de réparation offerts aux patients en France puisque le procès est le seul moyen d'obtenir réparation aux Etats-Unis.

Ainsi, le rapport s'élèverait à 0,075% en France (0,092% en tenant compte des plaintes indemnisées par les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, CRCI) contre une incidence de procès allant de

0,0047% au Texas à 0,16% dans l'Etat de New York.

Le taux de procès pour négligence varie par ailleurs fortement d'un Etat américain à l'autre, dans un rapport allant de 1 pour le Maine à 20 pour des Etats procéduriers comme la Californie ou le Nebraska.

La grande différence entre la France et les Etats-Unis tient à l'importance de l'indemnisation allouée au plaignant, dont le montant est 2,8 fois plus élevé qu'en France. Toutefois, les auteurs observent qu'en France, dès lors que leur responsabilité est mise en cause devant un tribunal, les médecins sont plus souvent condamnés: de l'ordre de 50% de condamnations contre 15% à 20% aux Etats-Unis.

Aux Etats-Unis, au-delà de l'importance des sommes allouées, ce qui menace les médecins tient davantage à l'effet de la concentration des procès dans un seul Etat devenu plus intolérant à l'erreur médicale, observent les auteurs, rapportant un "ouragan judiciaire" sur la Floride en 2003 qui a entraîné l'arrêt ou la réduction d'activité de 78,4% des chirurgiens et de 70% des gynécologues, suite à l'augmentation de 93% de leurs primes d'assurance.

"C'est peut-être ce qui se serait passé en France si les pouvoirs publics n'étaient pas venus au secours de l'activité libérale", notent-ils, rappelant la mise en place en urgence courant 2006 d'un mécanisme d'aide à la prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) de certaines spécialités à risque (chirurgien, anesthésiste-réanimateur, gynécologue-obstétricien).

PAS DE FLAMBEE DES SINISTRES

L'analyse des données des assureurs (Sham et MACSF) et des instances d'indemnisation comme l'Office nationale d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) permet aux auteurs d'affirmer qu'il n'y pas de "flambée de la sinistralité" depuis 2002 et que l'augmentation des déclarations d'accidents et donc des procès (6.000 à 7.000 par an en 2005) "suit globalement et logiquement celle de la démographie médicale".

L'explosion en France des dépenses d'indemnisation constatée depuis l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades facilitant l'accès des victimes d'accidents médicaux aux dispositifs d'indemnisation, est liée à quatre facteurs, selon l'étude.

Les auteurs pointent la concentration du gros risque sur trois spécialités (anesthésie, chirurgie et obstétrique, 51% des plaintes de la MACSF en 2005), l'augmentation du coût des dossiers les plus lourds (de 1,5 million à 6 millions d'euros en dix ans), des décisions de CRCI plus défavorables aux médecins ou à l'établissement que ne l'étaient celles des tribunaux dans les années 1990, et l'accès gratuit à la CRCI alors qu'il faut payer un avocat pour suivre la voie judiciaire.

"Ce phénomène est international. Les compagnies d'assurance se désengagent de ce segment du marché, pas tant en raison de la flambée des primes, tant que les clients sont solvables, que du fait de la difficulté de gérer un risque largement imprévisible dans le temps. Il y a en effet plusieurs années entre le dépôt d'une plainte et le règlement d'un sinistre", soulignent les auteurs.

L'étude montre que l'amélioration en 2005 et 2007 du mécanisme du recours contre tiers responsable pour faciliter le recours des caisses d'assurance maladie, avait eu le succès escompté (1,6 milliard d'euros en 2006 pour le régime obligatoire), tout en entraînant "une flambée des dépenses des assureurs privés", qui l'ont répercutée sur les cotisations des spécialités à risque.

Selon l'étude, les accidents médicaux n'interviennent que pour une part "très faible et inconnue" dans le produit de l'activité de recours contre tiers des caisses d'assurance maladie, mais pour un tiers des dépenses des assureurs.

Pour les auteurs, le seul effet positif de cette crise de l'assurance est d'inciter davantage de professionnels et d'établissements à s'engager par contrat dans la reconnaissance, la déclaration et la prévention des accidents médicaux.

POUR UNE RESPONSABILITE SANS FAUTE LA PLUS LARGE POSSIBLE

Les auteurs proposent plusieurs pistes pour remédier à cette crise.

Ils préconisent d'utiliser le codage des complications médicales comme base de données pour connaître le coût des préjudices liés aux soins et avoir un aperçu épidémiologique global des complications liées aux soins.

Ils recommandent également un enseignement obligatoire, lors de la formation initiale, sur la prévention et la gestion des erreurs médicales, d'apprendre aux médecins à révéler un préjudice et à faire une proposition d'indemnisation et de confier la coordination globale de la prévention des risques médicaux aux futures agences régionales de santé (ARS).

Les auteurs soulignent que la suppression du recours en justice pour les préjudices liés aux soins ne manque pas d'attraits (économies pour le système de soins en frais de justice, réduction de l'encombrement des tribunaux et réduction de la multiplication des examens inutiles destinés à prémunir le médecin contre les plaintes) et qu'il conviendrait de faire évoluer l'indemnisation vers "la réparation sans faute la plus large" tout en laissant l'opportunité d'un éventuel recours en justice.

(Pratiques et organisation des soins, volume 39, N°4, p.331-8)