

Lundi 16 février 2009 - 18:44

**HPST: les députés adoptent la nouvelle configuration des CPOM des établissements de santé
PARIS, 16 février 2009 (APM)**

Les députés ont adopté lundi la nouvelle configuration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé publics et privés dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont adopté lundi l'ensemble de l'article 3 du projet de loi dont ils avaient entamé la discussion jeudi (cf dépêche [APM EHMBD003](#)).

Le projet de loi modifie le contenu du CPOM, en l'adaptant à la création des agences régionales de santé (ARS) et à la définition des missions de service public

Le CPOM devra mentionner les missions de service public assurées par l'établissement et les missions de soins ou de santé publique spécifiques qui sont assignées par l'ARS. Il fixera les objectifs quantifiés (Oqos) des activités de soins et équipements matériels lourds pour lesquels une autorisation a été délivrée.

Le projet de loi indique que le CPOM est signé ou révisé au plus tard six mois après la délivrance d'une autorisation ou l'attribution d'une mission et que, à défaut, l'ARS fixera elle-même les Oqos, les pénalités prévues en cas de manquements aux engagements du contrat, les obligations relatives aux missions de service public et les modalités de calcul de la compensation financière des missions de service public assurées par un établissement de santé privé.

En cas de renouvellement d'une autorisation, les Oqos devront être révisés dans les six mois, et non plus dans les trois mois comme actuellement.

Le projet de loi réécrit aussi les engagements contenus dans les CPOM en matière de qualité et de sécurité des soins. Un CPOM devra définir des objectifs sur ce domaine, dont l'importance est mise en avant à l'article 2 du projet de loi (cf dépêche [APM CBMBD001](#)), et comporter des engagements d'amélioration faisant suite à une certification.

Le CPOM devra aussi intégrer "des objectifs d'efficience et d'évolution des pratiques", définis dans les accords-cadres de "bonnes pratiques hospitalières" signés entre les ministres de la santé et de la sécurité sociale, l'assurance maladie (Uncam) et les fédérations d'établissements.

Sans changement par rapport à la situation actuelle, les CPOM des établissements publics devront décrire "les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion" et comporter un volet social.

Pour les établissements privés à but lucratif, le CPOM fixera le montant des tarifs des prestations.

La discussion de l'article a été l'occasion pour la gauche de dénoncer la "pression budgétaire" subie par l'hôpital public. Le député socialiste Jean-Marie Le Guen (Paris) a critiqué les conditions économiques imposées qui poussent certains établissements à "une surmédicalisation"

DISCUSSION SUR LE DEPART DES PH DANS LE PRIVE

Plusieurs amendements, identiques ou proches, déposés par des députés UMP, Nouveau centre socialistes, communistes et verts, ont donné à une longue discussion sur les moyens pour l'hôpital public de se défendre de la concurrence du privé.

Les amendements ont été repoussés après l'avis défavorable de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, et le vote défavorable d'une majorité de députés UMP.

Les députés voulaient fixer une restriction à l'installation dans le privé de praticiens hospitaliers à temps plein qui partiraient en libéral à proximité de l'hôpital, avec un délai de deux ans.

Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée) comme Yves Bur (UMP, Bas-Rhin) et Jean-Marie Le Guen (socialiste, Paris) ont souligné que des règles de non concurrence protégeaient les médecins libéraux contre l'installation à proximité d'un ancien remplaçant mais que l'hôpital public ne pouvait pas empêcher un praticien hospitalier de s'installer en libéral ou de partir dans une clinique privée après s'être formé à une technique particulière.

Il s'agit de "rétablir des règles de concurrence équitables entre établissements publics et privés", a souligné Jean-Luc Prével, tandis que Monique Iborra (PS, Haute-Garonne) demandait à la ministre de "faire un geste" pour affirmer "l'égalité" entre établissements publics et privés.

Jean-Marie le Guen a estimé que, si cette mesure n'était pas prise, la chirurgie à l'hôpital public risquait de disparaître. Il s'est aussi étonné qu'un amendement venant "de tous les bancs de l'Assemblée" n'obtienne pas l'accord du gouvernement.

Roselyne Bachelot a écarté la mesure en indiquant qu'elle se heurterait au principe constitutionnel de la liberté d'entreprendre et que, dans la jurisprudence, les clauses de non concurrence doivent être "limitées dans le temps et l'espace" et "assorties de contreparties financières".

Elle a ajouté qu'il y aurait un effet inverse à celui recherché, avec un effet de repoussoir pour les praticiens s'ils savent qu'ils ne pourront pas s'installer dans le privé ultérieurement.

Le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) a abondé dans son sens en affirmant que les restrictions à la liberté d'installation n'avaient "aucune sécurité juridique". Il a ajouté qu'elle donnerait une image négative de l'hôpital public "obligé d'avoir des mesures coercitives pour empêcher ses praticiens d'aller ailleurs". Il a ajouté que d'autres mesures étaient prévues dans le projet de loi pour rendre la carrière des PH attractive.

L'UMP Bernard Debré (Paris) a estimé que les chefs de cliniques risqueraient de partir plus tôt "sans s'être formés", l'UMP Guy Lefrand (Eure) estimant que certains praticiens risquaient de ne pas venir à l'hôpital.

Mardi 17 février 2009 - 08:27

HPST: les députés votent un nouveau statut et une nouvelle gouvernance pour les hôpitaux publics

PARIS, 17 février 2009 (APM)

Les députés ont adopté lundi soir un article qui réforme le statut et la gouvernance des établissements publics de santé, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'article dote les établissements publics de santé d'une nouvelle structure juridique. Ils continuent d'être communaux, intercommunaux, départementaux et interdépartementaux ou nationaux mais il est désormais mentionné que ce ressort peut aussi être "régional ou interrégional".

Les établissements seront créés par décret, pour les établissements ayant un ressort national, interrégional ou régional, ou par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) pour les établissements de taille inférieure.

L'avis du Comité national ou régional de l'organisation sanitaire et sociale n'est plus requis lors de la création d'un établissement, note-t-on.

L'article stipule que les "établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur".

Pour les centres hospitaliers universitaires (CHU), le directeur sera nommé par décret pris sur le rapport du ministre chargé de la santé.

Pour les autres établissements publics de santé et syndicats interhospitaliers, le directeur sera nommé par arrêté du directeur général du centre national de gestion (CNG), sur proposition du directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance.

Les députés ont eu un débat sur les conditions de nomination des directeurs des hôpitaux, certains parlementaires déplorant un manque de régulation nationale dans la nomination des directeurs au regard de l'ensemble de leur carrière.

La ministre a assuré que le projet de loi préservait une gestion nationale.

"Nommé par le CNG de la fonction publique hospitalière, les directeurs continueront à bénéficier d'un suivi de leur carrière au niveau national. C'est le CNG qui transmettra au directeur de l'ARS la courte liste sur laquelle figureront les candidats qu'il aura préalablement présélectionnés. Il n'y a donc pas de place pour l'arbitraire", a souligné la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

"La hausse des responsabilités du directeur appelle en toute logique un renforcement du pouvoir de la tutelle et il est légitime que le directeur général de l'ARS puisse exprimer un choix éclairé sur ceux qui devront conduire la politique régionale hospitalière", a ajouté la ministre.

Par dérogation, pour les établissements membres d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) autres que l'établissement siège, le texte prévoit que le directeur sera nommé "par arrêté du directeur général du CNG, sur proposition du président du directoire de l'établissement siège après avis du président du conseil de surveillance de l'établissement membre".

L'article voté prévoit que, après avis du conseil de surveillance, "le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation après avis de la commission administrative paritaire compétente, sauf en cas de mise sous administration provisoire".

LES CATEGORIES ET LES RESSOURCES DES HOPITAUX

L'article adopté lundi soir énumère les catégories d'établissements publics de santé qui seront désormais limitées aux "centres hospitaliers" et aux "groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soin soumises à autorisation".

Cette mesure aboutit à la disparition de la dénomination "hôpital local".

Le texte voté par les députés donne la liste des ressources d'un établissement public: "les produits de l'activité hospitalière et de la tarification sanitaire et sociale; les dotations ou subventions de l'Etat, d'autres personnes publiques et des régimes obligatoires de sécurité sociale; les produits des ventes de biens ou services et produits des brevets qu'il détient; le revenu des participations et produits financiers et divers; les dons, legs, subventions et apports; les produits des cessions d'actifs et produits exceptionnels et les emprunts et avances".

Les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales qui ajoute comme ressources d'"autres produits ou ressources".

"Il s'agit d'éviter tout risque de rejet par le comptable public d'une recette qui ne pourrait pas être rattachée à un élément de la liste des ressources des établissements publics de santé", a expliqué le

rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

CREATION DES FONDATIONS HOSPITALIERES

Le projet de loi permet aux établissements de santé de créer "une ou plusieurs fondations hospitalières". Celles-ci seront "dotées de la personnalité morale, résultant de l'affectation irrévocable à l'établissement intéressé de biens, droits ou ressources apportés par un ou plusieurs fondateurs pour la réalisation d'une ou plusieurs oeuvres ou activités d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche".

Les fondations disposeront de l'autonomie financière et pourront bénéficier des dispositions relatives à la reconnaissance d'utilité publique.

La ministre de la santé a estimé que ce système de fondation permettait "la transparence des flux [financiers] et la souplesse d'une gestion globale".

CRITIQUES SUR LES POUVOIRS AU SEIN DE L'HOPITAL

Le député Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée) a estimé que le pouvoir confié au conseil de surveillance et au directeur était trop limité au profit de l'ARS. "Le directeur de l'ARS ne sera-t-il pas le véritable patron de l'hôpital?", s'est interrogé le député centriste.

La députée Martine Billard (Verts, Paris), qui a défendu un amendement de suppression de l'article, a expliqué qu'elle redoutait "le creusement d'un fossé entre les différents hôpitaux" et le "démantèlement du service hospitalier". Elle a accusé le gouvernement de vouloir "privatiser la santé publique".

Plusieurs élus, y compris de la majorité, ont regretté la place limitée prévue pour les élus au sein du conseil de surveillance.

Henri Nayrou (PS, Ariège) a estimé que "les élus, mais aussi les médecins, allaient être écartés des décisions concernant l'hôpital". Il a estimé que le directeur d'établissement et l'ARS étaient "les deux hommes forts" de la réforme alors que le conseil de surveillance donnera "un simple avis".

Jean-Luc Reitzer (UMP, Haut-Rhin) a lui aussi déploré la faible implication des élus dans les instances de l'hôpital et s'est inquiété du rôle des hôpitaux de référence des CHT sur les affaires des petits établissements locaux.

"Quel sera le poids du directeur d'un hôpital local face à l'hôpital de référence (...) L'hôpital de référence n'aura-t-il pas tendance à laisser les miettes et à garder les activités nobles?", a déclaré Jean-Luc Reitzer.

Jacques Domergue (UMP, Hérault) a estimé au contraire que le projet de loi allait permettre d'assurer "une complémentarité entre le pouvoir administratif et le pouvoir médical".

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a assuré que le texte préservait le statut public de l'hôpital public et a rejeté les accusations de "privatisation de l'hôpital public".

Pour rassurer les responsables des hôpitaux locaux, la ministre a rappelé que le conseil de surveillance définira les orientations et le contrôle de gestion de chaque hôpital et a affirmé que les élus auraient toute leur place au sein du conseil de surveillance.

"Au lieu d'être un président obligatoire vous serez un président choisi par le conseil de surveillance", a dit aux députés la ministre de la santé, qui fait le pari que les élus auront en plus peu concurrence pour tenir cette place.

La ministre a assuré que sa réforme renforçait le pouvoir médical au sein de l'établissement et consacrait le rôle des commissions médicales d'établissement (CME).

"Quelle autre structure publique ou privée place-t-elle aux côtés de son directeur un professionnel élu par ses pairs?", a-t-elle souligné

Mardi 17 février 2009 - 12:23

Le déficit de la sécurité sociale pourrait atteindre 15 milliards d'euros en 2009, selon Eric Woerth

PARIS, 17 février 2009 (APM)

Le déficit de la sécurité sociale pour 2009 a été révisé mardi à la hausse par le ministre du budget et des comptes publics, Eric Woerth, estimant qu'il pourrait atteindre 15 milliards d'euros, a-t-il déclaré dans un entretien au site internet capital.fr.

Les prévisions de déficit de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2009 faisaient état dans un premier temps d'un déficit prévisionnel de 11,4 milliards, portés en janvier à 12,6 milliards d'euros.

"Le déficit public dépassera forcément 4,4% du PIB en 2009 (...) Le déficit de la sécurité sociale pourrait frôler les 15 milliards d'euros", a indiqué Eric Woerth.

"Avec la dégradation de la conjoncture, la hausse du déficit de la sécurité sociale est quasiment automatique car elle joue un rôle puissant d'amortisseur social", explique le ministre.

"Un point de masse salariale en moins, c'est 2 milliards d'euros de déficit en plus. Nous devons revenir à un équilibre structurel en luttant contre les dépenses inutiles, en poursuivant l'effort de redressement de l'assurance maladie et en réfléchissant à de nouveaux systèmes de financement", conclut Eric Woerth sur ce point

Mardi 17 février 2009 - 12:59

HPST: les députés renforcent les attributions du conseil de surveillance des hôpitaux

PARIS, 17 février 2009 (APM)

Les députés ont renforcé lundi soir les attributions du conseil de surveillance des hôpitaux en votant des amendements au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont examiné, lors de la séance de nuit de lundi, environ la moitié des amendements à l'article 5 du projet de loi. La discussion reprend mardi après-midi.

A l'hôpital, le conseil de surveillance remplacera le conseil d'administration avec des compétences recentrées sur la définition d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle. La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a souligné l'importance de cette évolution.

De nombreux députés ont critiqué la perte de pouvoir du conseil de surveillance par rapport au conseil d'administration. Pour Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée), le texte limite le pouvoir du conseil de surveillance au profit de ceux du directeur, "placé sous la tutelle de l'administration et de l'agence régionale de santé" (ARS). La communiste Jacqueline Fraysse (Hauts-de-Seine) a estimé que le conseil de surveillance devenait une "chambre d'enregistrement" sans véritable débat.

Le socialiste Jean-Marie Le Guen (Paris) a ironisé sur le changement de dénomination. "Pour un projet de loi d'hôpital-entreprise, 'conseil de surveillance' fait mieux que 'conseil d'administration'. Tout de suite, on se sent revalorisé (...) on se sent faire partie des grands de ce monde (...) Au passage, on a

perdu le pouvoir de voter le budget mais c'est un détail vraiment secondaire".

Pour remédier à une partie de ces critiques, les députés ont voté à l'unanimité, avec l'accord du gouvernement, un amendement pour mentionner explicitement le rôle du conseil de surveillance dans la définition de la stratégie. "Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle de l'établissement", est-il désormais indiqué.

Le conseil de surveillance délibérera sur le projet d'établissement, la convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées entre les universités et les centres hospitaliers régionaux, sur le compte financier et l'affectation des résultats, sur le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le président du directoire, toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance et les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Un débat long et animé a eu lieu sur la possibilité ou non pour le conseil de surveillance de délibérer sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Alors que des députés UMP (Yves Bur et Jean-Pierre Door), Nouveau centre, socialistes et communistes avaient proposé que le conseil de surveillance délibère sur ce sujet, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a donné un avis négatif.

Elle a estimé que la définition de cette politique devait revenir à la commission médicale d'établissement (CME). Il serait "contraire à la bonne gouvernance que ce soit deux instances différentes qui aient en charge la même politique", a-t-elle déclaré, en ajoutant qu'il y aurait un rapport au conseil de surveillance sur ces sujets.

Le rapporteur, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), a indiqué que cette mention aurait remis en cause la compétence du directeur, définie à l'article 6 du projet de loi, sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Après plusieurs suspensions de séance et le rejet d'une position de consensus en raison d'une procédure de vote mal comprise et la promesse de sa reprise au Sénat, la ministre a finalement repris, dans un amendement, la suggestion faite en séance par Yves Bur selon laquelle le conseil de surveillance donne un "avis", et pas une délibération, sur la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins, de la gestion des risques et sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

De même, l'amendement gouvernemental instaure un "avis" du conseil de surveillance sur l'adhésion ou le retrait d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) et d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Sur ce sujet aussi, les députés de l'opposition et quelques députés UMP ont insisté pour inclure cette mention.

ELARGISSEMENT DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Les députés ont amorcé le débat sur la composition du conseil de surveillance, comprenant trois collègues (représentants des collectivités territoriales, représentants du personnel médical et non médical, personnalités qualifiées) mais n'ont pas achevé la discussion de cette partie de l'article.

Ils ont voté, avec l'accord du gouvernement, pour une plus grande représentation des élus locaux (au plus cinq au lieu de quatre) et du personnel médical et non médical (au plus cinq au lieu de quatre).

Les députés devraient recommencer la discussion mardi après-midi en modifiant le nombre de personnalités qualifiées, à un maximum de cinq, pour faire passer le conseil de surveillance à un maximum de quinze membres, au lieu de douze initialement. Roselyne Bachelot a fait savoir qu'elle y était favorable, comme au fait qu'un parlementaire puisse être désigné au titre des personnalités

qualifiées.

Les députés ont voté à la quasi-unanimité que les élus locaux soient au nombre de cinq, représentant les collectivités territoriales et leurs groupements, et "désignés en leur sein par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales et de leurs groupements".

De même, la représentation du personnel médical et non médical sera au plus de cinq représentants.

Les députés ont donné plus de précision sur leur désignation en adoptant un amendement socialiste approuvé par la ministre de la santé: un représentant sera désigné par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et les autres à parité par la CME et par les organisations syndicales les plus représentatives de l'établissement (deux et deux si le nombre de cinq est retenu).

Mercredi 18 février 2009 - 08:26

Projet de loi HPST: débat sur le pouvoir des médecins au sein du directoire

PARIS, 18 février 2009 (APM)

Les députés ont débattu mardi à l'Assemblée nationale de la place et du pouvoir des médecins dans le futur directoire des établissements de santé proposé par le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires.

Les députés ont débuté mardi après-midi l'article 6 du projet de loi qui crée un directoire à l'hôpital et réforme les pouvoirs du directeur.

L'article prévoit que le directeur de l'hôpital conserve la présidence du directoire, qui remplace l'actuel conseil exécutif, et lui confie de nouveaux pouvoirs.

Plus de dix députés ont pris la parole lors de la discussion générale sur cet article et plus de 100 amendements devaient être examinés mardi soir sur cette partie du projet de loi.

Les députés du centre et de l'opposition ont critiqué le fonctionnement du directoire prévu par le projet de loi, estimant que le directeur de l'hôpital allait avoir trop de pouvoir, notamment sur les décisions médicales.

Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée) a indiqué qu'il redoutait que les préoccupations financières d'un hôpital prennent le pas sur les préoccupations médicales et a regretté que le directeur valide seul le projet médical, comme le prévoit le texte.

"Il faut que ce soit la commission médicale d'établissement (CME) qui prépare et vote le projet médical", a déclaré Jean-Luc Prével.

Les socialistes ont accusé le gouvernement de privilégier la gestion administrative et comptable d'un établissement en donnant "tous les pouvoirs aux directeurs au détriment des préoccupations médicales".

Marisol Touraine (PS, Indre-et-Loire) a estimé que "l'équilibre qui semble résulter du directoire n'est qu'apparent", déplorant les attributions du directeur sur la nomination des responsables médicaux.

"La capacité gestionnaire d'un médecin comptera sûrement plus que ses capacités médicales et c'est préoccupant", a déclaré Marisol Touraine.

Michèle Delaunay (PS, Gironde) a déploré la mise en place "d'une organisation hiérarchique strictement pyramidale" à l'hôpital et a déploré "l'omnipotence confiée aux directeurs" qui n'ont pas les compétences et n'ont pas l'obligation de chercher la concertation sur les affaires médicales.

"Cela ne pourra qu'amener à des difficultés (...) Il est très difficile de faire fonctionner un hôpital sans médecin", a prévenu la députée.

"Il faut équilibrer les pouvoirs pour distinguer les impératifs budgétaires des impératifs sanitaires", a déclaré Jacqueline Fraysse (PC, Hauts-de-Seine), souhaitant que "l'ensemble des acteurs de l'hôpital soient consultés au profit des patients".

LA MINISTRE PRETE A DES EVOLUTIONS

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a accusé les députés de l'opposition de "caricaturer" la situation et de ne pas proposer de solutions alternatives.

Elle a estimé que l'organisation actuelle des instances dirigeantes de l'hôpital ne permettait pas un pilotage parfait et qu'il fallait renforcer les équipes dirigeantes pour le clarifier.

"L'hôpital souffre de lenteur dans la prise de décision", a déclaré la ministre de la santé.

Elle a rappelé sa volonté que la relation président (le directeur)/vice-président (le président de la CME) du directoire fonctionne "comme un binôme". "Le directeur va travailler avec un directoire à majorité médicale", a assuré la ministre de la santé.

Elle a souligné que les présidents de CME allaient voir leur "rôle de garant de la qualité médicale" accru et valorisé.

"Le directeur n'est pas une figure autoritaire et qui gouverne seul mais il met ses compétences au profit du projet médical", a déclaré la ministre de la santé.

La ministre ne voit pas "d'opposition mais une complémentarité entre une bonne gestion administrative et financière et la qualité des soins".

Roselyne Bachelot a précisé les évolutions qu'elle était prête à accepter sur cet article du texte.

Elle s'est prononcée en faveur d'un amendement de la commission des affaires sociales, qui devait être examiné mardi soir, obligeant le directeur à exercer ses missions d'autorité sur le personnel de l'hôpital "dans le respect des règles déontologiques".

La ministre de la santé devait aussi se prononcer en faveur de plusieurs amendements visant à "placer le projet médical au coeur du projet d'établissement".

Elle devait se prononcer pour des amendements obligeant le directeur de l'hôpital à arrêter le projet médical "après avis de la CME" et précisant les modalités de la fonction du président de la CME en tant que vice-président du directoire. Il sera notamment en charge de "la coordination de la politique médicale" de l'établissement.

Le gouvernement est prêt également à donner un avis favorable à un amendement qui stipule que "les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique sont majoritaires au sein du directoire".

Le député Jacques Domergue (UMP, Hérault) a accusé les députés de l'opposition de faire "un procès à charge permanent" sur le texte.

"Depuis la mise en place de la T2A, tous les intérêts sont convergents: les directeurs ont intérêt à ce que leur structure fonctionne et doivent donc mettre en place toutes les conditions pour cela et les

professionnels de santé ont eux aussi intérêt à faire fonctionner leur service ou leur pôle", a déclaré Jacques Domergue

Mercredi 18 février 2009 - 13:00

**HPST: les députés confient de nouveaux pouvoirs aux directeurs d'hôpital
PARIS, 18 février 2009 (APM)**

Les députés ont renforcé les attributions des directeurs d'établissement de santé en votant des amendements au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont examiné, lors de la séance de nuit de mardi, moins de la moitié des amendements à l'article 6 du projet de loi. La discussion, qui progresse très lentement, reprendra mercredi après-midi.

Le texte, consacré aux missions du directeur d'hôpital (président du directoire), a été légèrement amendé afin de diminuer un peu ses pouvoirs pour qu'il consulte plus les instances, notamment médicales, dans ses prises de décisions.

Le directeur sera chargé de "conduire la politique générale de l'établissement". Il "représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement".

Il devra préparer les travaux du conseil de surveillance, y assister et exécuter ses délibérations.

Le président du directoire dispose aussi d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Selon un amendement adopté et proposé par le gouvernement, il est prévu que le directeur "propose au directeur général du centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins".

La commission administrative paritaire compétente pourra émettre un avis sur ces propositions.

Sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la CME, le directeur proposera au directeur général du CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques dans des conditions fixées par voie réglementaire. Il devra joindre aussi à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle.

Le texte stipule que le président du directoire "exerce son autorité sur l'ensemble du personnel". Les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales qui précise que son autorité doit s'exercer "dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé".

Le directeur reste "l'ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement" et a le pouvoir de transiger et peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire sera chargé de 14 missions, en grande partie nouvelles, dont celles de conclure le contrat pluriannuel de l'établissement et d'arrêter le projet médical de l'établissement. Il arrêtera le projet médical "après avis de la CME", précise un amendement de la commission des affaires sociales soutenu par le gouvernement.

Le chef d'établissement décidera de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences.

Il devra aussi arrêter le bilan social et définir les modalités d'une politique d'intéressement, déterminer le programme d'investissement, fixer l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations et, le cas échéant, de ceux

des activités sociales et médico-sociales.

Il sera chargé d'arrêter l'organisation interne de l'établissement et de conclure les contrats de pôle d'activité, de proposer au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution ou la participation à une des formes de coopération.

Il devra aussi conclure les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les baux de plus de 18 ans et conclure les baux emphytéotiques et soumettre au conseil de surveillance le projet d'établissement.

Le directeur devra conclure les délégations de service public, arrêter le règlement intérieur et à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, il sera chargé de décider de l'organisation du travail et des temps de repos et de présenter à l'ARS le plan de redressement.

LE DIRECTEUR A TROP DE POUVOIR, ESTIME L'OPPOSITION

Les députés socialistes ont proposé plusieurs amendements visant à "renforcer la collégialité" dans la gestion de l'hôpital, souhaitant que le directeur soit encore plus incité à concerter avant de prendre des décisions.

Concernant par exemple la nomination des médecins dans les pôles, les socialistes souhaitaient que cela relève exclusivement de la responsabilité de la CME et non du directeur.

"Le projet de loi prévoit que, sur proposition du chef de pôle lorsqu'il existe, et après avis du président de la CME, le directeur propose la nomination des personnels au directeur général du centre national de gestion (CNG)", a rappelé la ministre de la santé.

Elle a assuré qu'ainsi, "la nomination d'un praticien ne peut intervenir que dans une démarche médicale, qui exclut tout risque d'arbitraire".

Le député Jean Leonetti (UMP, Alpes-Maritimes) a estimé que le directeur devait garder le pouvoir de nomination pour trancher en cas de conflit sur la nomination d'un médecin.

Lors de la discussion, les députés de l'opposition ont multiplié les rappels au règlement et les demandes de suspension de séance pour protester contre les conditions d'examen du texte.

Ils ont estimé que le rapporteur de la commission des affaires sociales, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) ne tenait pas toujours compte des votes en commission et que certains de leurs amendements n'étaient même pas examinés.

Mercredi 18 février 2009 - 15:46

Hôpital: le ministère de la santé veut revoir la place des sages-femmes dans les pôles PARIS, 18 février 2009 (APM)

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a annoncé mardi soir qu'elle préparait un décret pour réformer la place des sages-femmes au sein des pôles hospitaliers.

Lors de la discussion du projet de loi HPST à l'Assemblée nationale, les députés ont eu un débat mardi soir sur le positionnement des sages-femmes au sein de l'hôpital, à l'occasion d'un amendement des socialistes, qui a été repoussé, souhaitant transférer leur nomination au Centre national de gestion (CNG).

Tout en assurant qu'elle voulait "valoriser" le métier de sage-femme, la ministre de la santé s'est

opposée à cet amendement.

Elle a indiqué qu'elle voulait que ces professionnelles puissent évoluer dans le cadre du schéma LMD (licence-maîtrise-doctorat) et que leur formation soit universitaire.

Concernant le rapprochement du statut des sages-femmes avec celui des praticiens hospitaliers, la ministre a déclaré qu'il s'agissait d'"une réforme de très grande ampleur, dont l'impact statutaire et financier sera considérable".

La ministre veut mener pour cela "une réflexion et une concertation approfondies avec les organisations représentatives des sages-femmes et les associations professionnelles".

Elle a indiqué que la présidente de l'Ordre national des sages-femmes avait été reçue par son cabinet et qu'elle allait prendre un décret afin que "la profession de sage-femme soit particulièrement valorisée dans les pôles".

Le décret traitera du positionnement hiérarchique des sages-femmes dans les pôles de naissance, celles-ci souhaitant assurer les fonctions d'encadrement auprès du chef de pôle.

Jeudi 19 février 2009 - 09:51

HPST: les députés définissent le rôle du directoire

PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont précisé mercredi le rôle et la composition du directoire des établissements de santé dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont adopté mercredi soir l'article 6 du projet de loi qui précise le rôle du directoire et de son président. Après avoir examiné mardi soir les dispositions relatives au directeur d'hôpital (cf dépêche [APM CDMBI001](#)), les députés se sont penchés mercredi sur le fonctionnement du directoire.

L'article stipule que le président de la commission médicale d'établissement (CME) est le vice-président du directoire. Selon un amendement proposé par le groupe socialiste, les modalités d'exercice de cette fonction seront précisées par décret.

Il sera chargé de "préparer, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), le projet médical de l'établissement". Les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales, soutenu par le gouvernement, précisant que le président de la CME sera aussi chargé de "coordonner la politique médicale de l'établissement, sous l'autorité du directeur".

"Il s'agit d'explicitier le rôle du président de la CME, vice-président du directoire, en tant que coordonnateur de l'activité médicale au sein de l'établissement sous l'autorité du directeur, rôle dont découlent ses compétences en matière d'avis sur les nominations et d'élaboration du projet médical", a expliqué le rapporteur du texte, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Le projet de loi détaille les attributions du directoire. Il sera chargé de "préparer le projet d'établissement, notamment sur la base du projet médical". La ministre de la santé a précisé que "l'avis de la CME sera recueilli et joint au projet d'établissement pour l'avis du conseil de surveillance".

Le directoire sera chargé également de "conseiller le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement".

COMPOSITION DU DIRECTOIRE

Le directoire sera composé par des membres du personnel de l'établissement, dans la limite de sept membres ou neuf membres dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), dont son président et

son vice-président.

Le texte initial prévoyait cinq membres pour les hôpitaux et sept pour les CHU, rappelle-t-on. Mais la commission des affaires sociales a voulu relever le plafond du directoire pour permettre "une représentation adéquate de l'ensemble des composantes de l'hôpital".

Les députés ont adopté des amendements, avec un avis favorable du gouvernement, précisant que le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique ferait partie du directoire et que les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique y seraient majoritaires.

Les députés ont adopté à l'unanimité un amendement qui stipule que "dans les CHU, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical devra faire partie du directoire".

"Dans le cas des CHU, il convient d'associer le doyen de la faculté de médecine au sein du directoire, compte tenu des articulations importantes entre les missions hospitalières et les missions universitaires de ces établissements", a expliqué le rapporteur Jean-Marie Rolland.

Les autres membres du directoire seront nommés par le président du directoire de l'établissement, après avis du président de la CME pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.

Le rapporteur a indiqué qu'il voulait "un directoire resserré et éviter des situations de blocage". Plusieurs amendements, repoussés, ont proposé de revoir le nombre de membres du directoire en fonction de la taille de l'établissement.

Le projet de loi précise qu'il peut être mis fin aux fonctions des membres du directoire par son président, "après information du conseil de surveillance et avis du président de la CME pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique". Un décret déterminera la durée du mandat des membres du directoire.

Les députés de l'opposition ont une nouvelle fois déploré la faible place de la communauté médicale dans le pilotage de l'hôpital. Estimant que le texte mettait en avant les fonctions administratives au détriment des fonctions médicales, les députés de gauche ont proposé plusieurs amendements visant à associer plus fortement la communauté médicale à l'élaboration des projets de l'établissement.

La ministre de la santé a assuré qu'elle voulait renforcer les responsabilités des chefs de pôle et donner une large place au projet médical.

Yves Bur (UMP, Bas-Rhin) a accusé les socialistes de "dresser le corps médical hospitalier contre la réforme" alors qu'elle va mettre en place "un hôpital plus efficace où le projet médical sera au coeur de ses préoccupations".

L'article adopté mercredi retire du projet d'établissement le programme d'investissement et le programme global de financement pluriannuel, et instaure des mesures pour contrôler les conflits d'intérêt des membres du directoire.

Il dispose que toute convention entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance doit faire l'objet d'une délibération du conseil de surveillance. De la même façon, les conventions auxquelles l'un des membres du directoire ou du conseil de surveillance est indirectement intéressé ou dans lesquelles il traite avec l'établissement par personne interposée doivent faire l'objet d'une délibération du conseil de surveillance.

Jeudi 19 février 2009 - 11:12

HPST: les députés votent le recrutement diversifié des directeurs d'établissements publics PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont voté mercredi soir l'article 7 du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui permettra un recrutement diversifié des directeurs d'établissements.

Les députés ont entamé mercredi dans la soirée la discussion de l'article 8 du projet de loi, qui traite de l'organisation interne des établissements, avant l'interruption. Les débats reprennent jeudi après-midi.

L'article 7 du projet de loi prévoit qu'une personne n'ayant pas la qualité de fonctionnaire pourra être nommée directeur d'établissement de santé et d'établissement médico-social.

Cette possibilité n'est actuellement ouverte que pour sept centres hospitaliers universitaires (CHU). L'objectif est de pouvoir recruter des professionnels issus du secteur privé ou des médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management, a indiqué la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

Les députés ont ajouté une condition à ce recrutement, que ces personnes "reçoivent une formation à l'Ecole des hautes études en santé publique" (EHESP). La ministre de la santé a accepté l'ajout de cette mention demandée par les députés communistes et approuvée par les députés socialistes.

Roselyne Bachelot a estimé que les fonctionnaires de la fonction publique hospitalière (FPH) continueront de constituer "la grande majorité du recrutement" mais que "la modernisation de l'hôpital passe par une ouverture de la fonction de direction à des professionnels issus d'autres milieux", ce qui constituera "un gage de l'attractivité de l'hôpital et de son dynamisme". Ces nominations se feront "dans la transparence, en tenant compte des capacités des candidats".

Cette fonction sera "très encadrée" et "chaque directeur non statutaire bénéficiera d'une formation à l'emploi délivrée par l'EHESP", comprenant une formation initiale puis une "formation continue modulable selon le parcours", a-t-elle ajouté.

Elle a souligné que cette mesure offrait aussi de nouvelles possibilités aux directeurs qui sortent de l'EHESP "qui se plaignent parfois du peu d'évolution possible dans leur carrière".

Les députés socialistes et communistes ont beaucoup critiqué cette ouverture du recrutement, estimant qu'il s'agissait d'un signe de "défiance" envers les directeurs et de la preuve que le gouvernement voulait faire des hôpitaux "des entreprises" répondant à la seule logique de rentabilité, au détriment du service public.

Alors que les socialistes évoquaient la possibilité de voir des grands patrons ou des financiers évincés de leur poste à cause de la crise être recrutés, la ministre a écarté cette possibilité, en rappelant que les rémunérations étaient sans commune mesure: 8.000 euros par mois pour un directeur général de CHU, 6.000 euros par mois pour un directeur général de centre hospitalier.

MODALITES D'EVALUATION DES DIRECTEUR ET DES ADJOINTS

Les députés ont voté les nouvelles dispositions d'évaluation des directeurs d'établissements et des directeurs adjoints. La procédure de notation est remplacée par une évaluation qui déterminera la part variable de leur rémunération.

Cette évaluation sera faite par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) pour les directeurs d'établissements. Les députés ont ajouté, sur amendement de Jean-Luc Prél (Nouveau centre), que le président du conseil de surveillance de l'établissement donnera son avis. "Compte tenu des pouvoirs très importants" du directeur d'ARS, l'avis du président du conseil de surveillance sera

"un signe de confiance et un filtre indispensable".

L'évaluation sera faite par le directeur d'établissement pour les directeurs adjoints et le directeur de l'établissement siège de la communauté hospitalière de territoire (CHT) pour les directeurs des autres établissements de santé membres.

Les députés ont voté la possibilité de détacher des directeurs d'établissements de santé sur un "contrat de droit public" pour "une mission de durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement" rencontrant des difficultés, notamment financières. Il sera désigné par le directeur général de l'ARS, qui signera son contrat.

COMPETENCE DU CNG SUR LES DIRECTEURS DE SOINS

L'article 7 confie par ailleurs la gestion du corps des directeurs de soins au Centre national de gestion (CNG), ce qui constitue un alignement sur le corps des directeurs.

Les députés ont adopté, avec l'accord du gouvernement, un amendement du rapporteur, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), qui prévoit que la nomination des directeurs adjoints des établissements sociaux et médico-sociaux et éventuellement celle des directeurs de soins de ces établissements soit décidée par le CNG, sur proposition du directeur de l'établissement, alors que le projet de loi prévoyait une nomination directe par le directeur.

Il faut "garantir le caractère national et l'unicité de la gestion du corps de direction" en maintenant la nomination des adjoints par le CNG, a souligné Jean-Marie Rolland.

Le projet de loi instaure également, à compter du 1er janvier 2009, la prise en charge directe par le CNG de la rémunération des congés spéciaux des directeurs d'établissement, alors que, actuellement, ils continuent d'être rémunérés par leur ancien établissement, qui reçoit une compensation par délégation de crédits.

L'article 7 permettra aussi au CNG de recouvrer plus rapidement les contributions des établissements qui permettent la rémunération des personnels en recherche d'affectation. Il confie au CNG le remboursement aux établissements de la rémunération des praticiens hospitaliers et des directeurs affectés en surnombre, en donnant une base légale à ce cas de figure qui existe déjà.

Jeudi 19 février 2009 - 11:51

HPST: les députés précisent les procédures en cas de déséquilibre financier des hôpitaux publics PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont adopté mercredi soir un amendement au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui détaille les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé.

Ces dispositions avaient été votées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009 puis censurées par le Conseil constitutionnel.

"Afin de remédier aux situations de grave difficulté financière rencontrées par certains établissements, la procédure introduite ici permet au directeur de l'ARS de faire très rapidement mettre en oeuvre un plan de redressement par le directeur et, si cela ne suffit pas, de nommer dans un deuxième temps des administrateurs provisoires pour assurer les fonctions du conseil de surveillance ou du président du directoire, voire des deux simultanément", a déclaré l'auteur de l'amendement, le rapporteur de la commission, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Le texte prévoit que "le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe compris

entre un et trois mois, (...) lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige et lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret".

Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Pour une durée n'excédant pas 12 mois, le directeur général de l'ARS place l'établissement public de santé sous administration provisoire lorsque l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au CPOM ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

L'établissement est placé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) ou de l'Inspection générale des finances (IGF), soit de personnels de direction des établissements ou de toutes autres personnalités qualifiées, désignés par le ministre chargé de la santé.

Le directeur général de l'ARS peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes devra se prononcer dans un délai de deux mois après la saisine.

Le texte initial prévoyait la possibilité de placer un établissement en cas de situation pouvant porter atteinte à la qualité et à la sécurité des soins, mais le gouvernement a fait adopter un sous-amendement pour supprimer cette disposition.

"La mise sous administration provisoire (...) n'est pas un instrument adapté aux situations d'atteinte à la qualité et à la sécurité des soins. En pareil cas, il est souhaitable que soient d'abord utilisés les outils de droit commun dont dispose le directeur général de l'ARS comme la conduite d'une mission d'expertise et d'audit sur les conditions de fonctionnement de l'établissement (...) Ces dispositifs de droit commun suffisent amplement à remédier aux situations d'atteinte à la qualité et à la sécurité des soins", a déclaré la ministre de la santé Roselyne Bachelot.

Le texte prévoit que pendant la période d'administration provisoire, les attributions du conseil de surveillance et du président du directoire, ou les attributions de ce conseil ou du président du directoire, sont assurées par les administrateurs provisoires.

Le cas échéant, un des administrateurs provisoires, nommé désigné, exerce les attributions du président du directoire. Le directeur de l'établissement est alors placé en recherche d'affectation auprès du Centre national de gestion (CNG), sans que l'avis de la commission administrative compétente soit requis.

Ce placement en recherche d'affectation peut être étendu à d'autres membres du personnel de direction ou à des directeurs des soins et le directeur général de l'ARS peut décider la suspension du directoire.

Deux mois au moins avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires devront remettre un rapport de gestion au directeur général de l'ARS. Au vu de ce rapport, ce dernier pourra prendre des mesures destinées à opérer des coopérations ou des restructurations hospitalières.

CARACTERE EXECUTOIRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

L'article adopté mercredi soir précise les conditions dans lesquelles les délibérations et décisions du conseil de surveillance d'un établissement de santé deviennent exécutoires.

Les délibérations sont exécutoires "si le directeur général de l'ARS ne fait pas opposition dans les deux

mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas".

Le groupe socialiste a proposé un amendement, qui a été repoussé, visant à raccourcir ce délai à un mois, jugeant la période de deux mois trop longue et risquant de bloquer l'hôpital.

Les délibérations qui concernent le compte financier et l'affectation des résultats sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'ARS.

Mis à part le cas particulier de la soumission au conseil de surveillance du projet d'établissement, l'article stipule que l'ensemble des décisions du directeur sont exécutoires de plein droit dès réception par le directeur général de l'ARS.

Il est prévu des exceptions: la conclusion du contrat pluriannuel, la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), du plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs des prestations.

Le contrat pluriannuel conclu avec l'ARS est exécutoire dès sa signature par l'ensemble des parties. L'EPRD, à l'exclusion du rapport préliminaire et des annexes, ainsi que le plan global de financement pluriannuel, sont approuvés "si le directeur général de l'ARS n'a pas fait connaître son opposition dans des délais et pour des motifs déterminés par décret".

COMPETENCE DES TITSS

Les députés ont voté une disposition qui attribue une double compétence aux tribunaux interrégionaux de la tarification sanitaire et sociale (TITSS).

Ils sont compétents en premier ressort pour statuer en matière contentieuse sur les recours formés contre l'opposition du directeur général de l'ARS faite à l'approbation de l'EPRD ou de ses modifications et pour connaître des décisions du directeur général de l'ARS concernant l'EPRD.

Le texte stipule que le directeur général de l'ARS peut déférer au tribunal administratif les décisions et délibérations qu'il estime "illégal" à l'exception de l'EPRD, du plan global de financement pluriannuel, des propositions relatives à la tarification des prestations. Il devra informer sans délai l'établissement et lui communiquer toute précision sur les illégalités invoquées et peut assortir son recours d'une demande de sursis à exécution.

Jeudi 19 février 2009 - 13:48

HPST: débat nourri sur l'organisation en pôles dans les hôpitaux PARIS, 19 février 2009 (APM)

L'organisation en pôles dans les hôpitaux a donné lieu à un long débat à l'Assemblée nationale mercredi soir lors de la discussion de l'article 8 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 vers une heure du matin jeudi après avoir examiné une partie des amendements sur l'article 8. Les débats reprennent jeudi après-midi.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a défendu les changements apportés qui donnent plus de pouvoir aux "chefs de pôle", qui remplacent les "responsables de pôle", et maintiennent la possibilité pour les établissements de choisir librement leur organisation.

Ces modifications sont prises "pour résoudre les problèmes qui demeurent" dans la constitution des pôles, a-t-elle déclaré. Les responsables de pôle deviennent "des véritables chefs de pôle, qui seront dotés d'une autorité fonctionnelle sur les agents du pôle, et dont le leadership sera reconnu". Ils auront

"une véritable délégation fonctionnelle".

"Nous avons suivi la logique de contractualisation engagée par la réforme de 2005 et amélioré le dialogue entre la direction et les pôles".

"Le projet de loi approfondit la réforme de la gouvernance de 2005, qui a créé le pôle comme entité de référence en matière d'organisation des établissements publics de santé" afin d'"optimiser les moyens et mener à bien des projets", mais "elle ne fait pas disparaître les services, qui restent le niveau habituel de prise en charge des patients".

L'objectif du projet de loi "n'est pas de supprimer le service (...) mais de fédérer différentes structures internes sous la responsabilité d'un médecin, le chef de pôle. Les pôles d'activité doivent être conçus comme autant d'échelons d'élaboration et de déploiement de stratégies médicales coordonnées, et comme des entités de taille critique afin de mieux gérer l'hôpital", a-t-elle souligné.

La ministre a assuré que les établissements "resteront libres de déterminer leur structure interne, l'articulation de celle-ci à l'intérieur des pôles et leur dénomination", comme l'indique l'article 8.

De même, Roselyne Bachelot a insisté sur le fait que le pilotage des pôles était "évidemment médical", puisque s'appuyant sur le projet médical et que chaque médecin continuerait d'exercer "dans une organisation centrée sur le patient". "Son indépendance et sa liberté de prescription restent des fondamentaux de l'exercice de sa profession et le projet de loi souligne le respect du cadre déontologique".

La ministre a affirmé que le bilan de création des pôles était "globalement positif". Mais elle a été contestée par la gauche et dans sa propre majorité par les députés-médecins Bernard Debré (UMP, Paris) et Olivier Jardé (Nouveau centre, Somme).

Bernard Debré (UMP, Paris) a longuement défendu le maintien des services, "la seule manière de rendre les pôles efficaces" et a pointé le risque d'un "passage à une logique de clinique où un patient vient consulter un médecin comme dans une clinique". Il a regretté le manque de cohérence de certains pôles. "Certains répondent seulement au besoin de créer un poste de chef de pôle administratif, courroie de transmission du directeur".

Jean-Luc Prével (NC, Vendée) a souhaité éviter la constitution de "pôles artificiels" tandis qu'Olivier Jardé a souligné que certains pôles avaient été "constitués de façon arbitraire", d'autres étant très vastes et regroupant "des disciplines si différentes qu'il est difficile de coordonner l'ensemble".

La socialiste Catherine Génisson (Pas-de-Calais) a cité un pôle du centre hospitalier d'Arras associant "en toute logique" Samu-Smur et service des urgences mais aussi "la pharmacie et le laboratoire en raison des examens toxicologiques qu'il est amené à demander", tandis que Bernard Debré a cité son pôle de rattachement, "urologie-gynécologie-obstétrique-pédiatrie".

AVIS DE LA CME SUR L'ORGANISATION EN POLES

Les députés ont voté le début de l'article 8 qui indique que "le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical de l'établissement".

Les députés ont voté, contre l'avis du gouvernement, un amendement de Bernard Debré indiquant que cette définition se fait "en accord" avec le président de la commission médicale d'établissement (CME) et avec le directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) dans les centres hospitaliers universitaires (CHU).

L'article indique également que le directeur peut être autorisé par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à "ne pas créer de pôles d'activité quand l'effectif médical de l'établissement

le justifie".

Les députés n'ont pas modifié le mode de nomination des chefs de pôles qui se fait "par le directeur, après avis du président de la CME pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, pour une durée fixée par décret", avec un renouvellement de mandat dans les mêmes conditions. Actuellement, le conseil d'administration définit la durée du mandat et les conditions de renouvellement.

Dans les CHU, l'article 8 indique que les chefs de pôle sont nommés après avis du directeur de l'UFR ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

Les députés ont aussi voté sans modification la création d'un "contrat de pôle" entre le directeur et le chef de pôle. Ce contrat devra préciser "les objectifs et les moyens du pôle". Il remplace le contrat passé entre le responsable de pôle, le directeur et le président de CME.

DOUTES SUR L'INTERESSEMENT INDIVIDUEL

De nombreuses interventions des députés socialistes ont critiqué la possibilité d'un intéressement individuel des personnels, en s'appuyant sur une phrase de l'exposé des motifs de l'article 8 mentionnant le possibilité pour le chef de pôle d'instituer "des modalités d'intéressement financier des personnels"

La ministre a démenti tout intéressement individuel, indiquant qu'on resterait dans le cadre d'un intéressement "collectif" comme indiqué à l'article 6 du projet de loi.

Par ailleurs, les députés ont voté un amendement issu du groupe socialiste qui prévoit la présence d'un représentant des usagers dans la commission d'activité libérale, constituée dans chaque établissement de santé public et auprès du ministre de la santé, pour encadrer les pratiques.

Jeudi 19 février 2009 - 18:46

HPST: les députés votent les fonctions du chef de pôle

PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi les fonctions du chef de pôle dans les établissements de santé dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi après-midi la discussion sur l'article 8 du projet de loi sur l'organisation en pôles des établissements et les attributions du chef de pôle, qui a débuté mercredi soir (cf dépêche [APM EHMBJ003](#)).

"Le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en oeuvre la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle", indique le texte voté.

Le directeur signera avec le chef de pôle "un contrat de pôle qui précise les objectifs et les moyens du pôle".

Le chef de pôle aura une "autorité fonctionnelle" sur "les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle". Il organisera avec ces équipes "le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de pôle", est-il indiqué.

Il pourra être assisté par "un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au chef d'établissement".

Le projet de loi supprime par ailleurs le conseil de pôle.

Pour répondre à des questions sur le maintien des services au sein des pôles, la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a indiqué qu'il n'y aurait "pas de disparition des services" mais "la création des services ne se fera plus".

OBLIGATION DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS SUR LES LITS DISPONIBLES

Les députés ont voté un amendement de Jacques Domergue (UMP, Hérault), complété par le gouvernement, pour créer une obligation de transmission en temps réel des informations sur les lits disponibles.

"Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment de lits. A la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel", est-il indiqué.

Le député n'a pas caché que la mesure découle de la polémique survenue fin décembre 2008 sur la disponibilité en lits de réanimation, suite au décès d'un patient victime d'un malaise cardiaque à Massy (Essonne) (cf dépêche [APM VGMAQ003](#)).

"Il importe que les praticiens saisissent ou fassent saisir cette information en respectant deux principes: la réalité de la disponibilité doit être saisie en toute transparence, cette saisie doit être faite en temps réel", a souligné la ministre.

"La mise en oeuvre de ces deux principes conditionne largement la capacité des établissements à répondre efficacement aux besoins de la population notamment pour les admissions urgentes".

"Cet amendement s'inscrit dans un renforcement global du processus concernant la fiabilité de l'information sur la disponibilité des lits", a-t-elle poursuivi. La saisie devra être assurée par les praticiens, comme le prévoit l'article 8, la transmission sera effectuée aux ARS par les établissements, comme indiqué dans l'article 2, et le contrôle de l'information relèvera des ARS.

Les députés ont également adopté une obligation de transmission par les médecins "des données de facturation" dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement, afin de renforcer l'obligation de codage des actes par les médecins.

Il existe actuellement seulement une obligation de transmission des données médicales nécessaires à l'analyse de l'activité.

Le projet de loi prévoit que, si cette obligation n'est pas respectée, une retenue sur rémunération pourra être opérée.

La mesure vise à mieux répondre à des mouvements de grève du codage lancés par des syndicats de praticiens hospitaliers, a indiqué le rapporteur.

Jeudi 19 février 2009 - 18:49

HPST: les députés veulent faciliter le recrutement de PH en Outre-mer

PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont adopté jeudi un article additionnel au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui vise à faciliter le recrutement de praticiens hospitaliers dans les établissements de santé d'Outre-mer.

Le texte, proposé par la commission des affaires sociales, stipule que "des expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens des hôpitaux à temps partiel peuvent être prévues dans les établissements de santé publics des départements et régions d'outre-mer et des collectivités

d'outre-mer par arrêté du ministre chargé de la santé".

Cet arrêté fixe les modalités précises de ces expérimentations, notamment la durée de l'expérimentation, les établissements qui en sont chargés, les conditions de mise en oeuvre, ainsi que les modalités de son évaluation.

"Cet amendement vise à apporter une solution aux difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux à temps partiel que rencontrent plusieurs établissements publics de santé des départements d'Outre-mer et des collectivités d'Outre-mer", a déclaré le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Il a précisé que l'enjeu de cette mesure était de permettre à un praticien des hôpitaux à temps partiel de remplir ses obligations de service à l'hôpital sur une période condensée de six mois et d'exercer une autre activité en dehors de l'hôpital pendant les six mois restants de l'année.

L'AP-HP DANS LE REGIME DE DROIT COMMUN

Les députés ont adopté, contre l'avis du gouvernement, un amendement qui ramène l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) dans le régime de droit commun en supprimant le conseil de tutelle et en confiant au directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France les mêmes compétences sur l'AP-HP que pour les autres établissements.

Actuellement, l'AP-HP est soumise à un régime dérogatoire, rappelle-t-on. Un conseil de tutelle exerce le contrôle de l'Etat sur l'AP-HP en lieu et place soit de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) soit de son directeur.

Jeudi 19 février 2009 - 18:51

HPST: les députés instaurent une certification des comptes des établissements de santé PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont adopté jeudi l'article du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui instaure une certification des comptes des établissements publics de santé.

Le texte stipule que "les comptes des établissements publics de santé dont la liste est fixée par décret sont certifiés". Cette certification sera "coordonnée par la Cour des comptes, dans des conditions fixées par voie réglementaire".

Cette disposition s'appliquera "au plus tard aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la présente loi", c'est-à-dire pour les comptes de 2013.

Jeudi 19 février 2009 - 19:20

HPST: les députés votent un assouplissement de la participation des professionnels de santé libéraux à l'activité hospitalière PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi une extension du dispositif de participation des professionnels de santé libéraux à l'activité hospitalière dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi après-midi la discussion sur l'article 8 du projet de loi qui traite de l'organisation en pôles des établissements de santé et de la participation des professionnels de santé libéraux à l'activité hospitalière.

L'article 8 permet l'extension aux centres hospitaliers universitaires (CHU) d'un dispositif existant déjà

pour les hôpitaux locaux (les "cliniques ouvertes") et pour les centres hospitaliers non régionaux.

"Le président du directoire d'un établissement public de santé peut admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral (...) à participer à l'exercice des missions de cet établissement", indique le texte adopté par les députés.

Des auxiliaires médicaux libéraux pourront également "participer à ces missions lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné".

Les honoraires de ces professionnels de santé seront à la charge de l'établissement public de santé.

L'établissement public de santé versera à ces professionnels des honoraires, "le cas échéant minorés d'une redevance". Les honoraires seront ceux du secteur 1, a précisé la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

Un contrat, approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), sera conclu avec l'établissement de santé, pour fixer "les conditions et modalités de leur participation" et assurer le respect de garanties.

Roselyne Bachelot a précisé que l'accord du chef de pôle sera inscrit dans le texte réglementaire.

Le député UMP Bernard Debré (Paris), appuyé par la socialiste Catherine Génisson (Pas-de-Calais), a profité du débat pour souligner la nécessité d'avoir des attachés dans les CHU et le fait qu'ils n'étaient "pas assez payés".

CONDITIONS PARTICULIERES POUR L'HAD

Les députés ont voté avec l'accord du gouvernement un amendement du rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) prévoyant des "conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte pour les professionnels de santé libéraux intervenant en hospitalisation à domicile" (HAD) dans des établissements de santé publics.

Cela vise notamment le paiement de visites de coordination des soins ou de réévaluation des malades réglées sous forme de forfait.

Une disposition parallèle a été votée pour les auxiliaires de santé libéraux délivrant des soins au domicile pour le compte d'un établissement de santé privé.

"Les établissements de santé privés autorisés à délivrer des soins au domicile de leurs patients recourent à des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement privé de santé. Dans ce cas, il peut être envisagé des conditions de rémunération particulières autres que le paiement à l'acte", est-il indiqué.

Ces dispositions visent à faciliter la mise en oeuvre de l'HAD et suit des mesures de reconnaissance votées dans le projet de loi (cf dépêche [APM CBMBC005](#)).

Jeudi 19 février 2009 - 19:36

HPST: les députés votent la création de l'Anap

PARIS, 19 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi la création de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'article additionnel adopté, proposé par la commission des affaires sociales, reprend la rédaction de

l'article du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009 adopté en commission mixte paritaire et annulé par le Conseil constitutionnel pour des raisons de forme.

Regroupant la Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), la Mission d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) et une partie du Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH), l'Anap devra être créée avant le 1er janvier 2010.

Le texte stipule que "l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué entre l'Etat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux".

L'agence a pour objet "d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en oeuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses".

A cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut "procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux".

Le directeur général du groupement sera nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité.

Le gouvernement a fait adopter un sous-amendement précisant que le président du conseil d'administration de l'Anap sera nommé par arrêté des ministres et qu'il pourra être un parlementaire, après avis du président de l'assemblée à laquelle il appartient.

Les ressources de l'agence sont constituées notamment par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, une dotation versée par la CNSA, des subventions de l'Etat, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales et des ressources propres, dons et legs.

"Les projets d'investissements ou de réorganisation des établissements de santé et médico-sociaux sont souvent complexes, appelant des compétences simultanément en matière d'architecture, d'organisation et de système d'information", a déclaré le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Il a rappelé que ces expertises étaient actuellement dispersées au sein de la Mainh, de la Meah et du GMSIH et qu'il fallait une structure d'expertise et d'appui unique qui regrouperait et amplifierait leurs actions et pourrait mettre à disposition des établissements ou des ARH une expertise à la fois globale et spécialisée.

Daniel Moinard, ancien directeur général du CHU de Toulouse, est pressenti pour la présidence de l'Anap et Christian Anastasy, directeur général de la Compagnie stéphanoise de santé, pour la direction générale (cf dépêche [APM CDMBG001](#)).

Vendredi 20 février 2009 - 08:22

HPST: les députés adoptent le nouveau statut contractuel de clinicien hospitalier

PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi la création d'un nouveau statut contractuel de "clinicien hospitalier" dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter. La discussion reprendra le lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2

sur "l'accès de tous à des soins de qualité".

Le statut de clinicien hospitalier concernera "des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus", indique l'article 10.

Les praticiens hospitaliers (PH) en exercice pourront être recrutés sur ce type de contrat en étant placés en détachement sur une durée maximale de deux ans, a précisé la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

La rémunération contractuelle des praticiens comprendra "des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs", indique le texte.

"Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par un contrat est fixé par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)". Le Centre national de gestion (CNG) assurera "une mission de conseil et le suivi de la gestion de ces personnels".

Le député Nouveau centre Jean-Luc Prével (Vendée) a émis des doutes sur la capacité de ce nouveau contrat à résoudre le problème des postes vacants. Il a estimé que tous les PH devaient bénéficier de cette mesure et qu'il fallait valoriser le PH "passionné qui consacre tout son temps à soigner les patients" contrairement au "dilettante".

Claude Leteurtre (NC, Calvados) a reconnu le pragmatisme de la mesure mais a estimé qu'elle allait poser des problèmes dans l'organisation entre les PH et ces nouveaux contractuels. Il a été approuvé par la socialiste Catherine Génisson (Pas-de-Calais), qui a critiqué la "concurrence déloyale" avec les autres PH alors que tous ont réussi "un concours difficile".

Le communiste Roland Muzeau (Hauts-de-Seine) a contesté la création de "contrats opaques à la discrétion des directeurs d'hôpitaux" et a estimé qu'il convenait plutôt de "revaloriser la carrière et les retraites des PH".

PAS DE CONCURRENCE DELOYALE AVEC LES AUTRES PH

Roselyne Bachelot a voulu rassurer face à ces critiques. La nouvelle procédure sera "encadrée par l'ARS (agence régionale de santé)" et "la rémunération ne sera pas assise sur la productivité car ce serait contraire au code de déontologie", a-t-elle déclaré, rappelant que les organisations de PH avaient émis "des avis positifs" sur le dispositif.

Elle a indiqué que le député UMP Elie Aboud (Hérault) entamerait sa mission sur la définition du contrat "dans les tout prochains jours" et que le décret précisera les conditions dans lesquelles les établissements recruteront des praticiens détachés selon ce nouveau mode (cf dépêche [APM SNLL3002](#)).

Le champ d'application est "bien limité" aux "difficultés particulières de recrutement", une formulation qui "va permettre de prendre en compte des situations liées au bassin de recrutement ou aux caractéristiques de l'établissement", a ajouté la ministre.

Il n'y aura pas "un contingentement arbitraire" du nombre de postes ouverts mais le directeur général de l'ARS "tiendra compte des besoins et du contexte local", a-t-elle assuré.

En réponse à Catherine Génisson qui demandait si le cas d'un "chef de service irascible ayant une personnalité telle que l'on arrive pas à recruter pour son service" serait pris en compte, la ministre a répondu que cela pouvait être considérée comme une difficulté de recrutement.

Mais la ministre a ajouté -avec un grand sourire- que ce cas serait "exceptionnel" car "l'idée même qu'un médecin ne puisse pas s'entendre avec un autre médecin me semble relever de la science-fiction".

Jean-Luc Prével a cité le cas d'un médecin du Samu-Smur "qui ne s'entendait ni avec les pomiers ni avec les ambulanciers" et "payé à rien faire depuis sept ans".

TRANSFERT DE LA GESTION DES CAPD

Les députés ont ensuite voté, avec l'accord du gouvernement, un amendement de Jacques Domergue (UMP, Hérault) qui transfère la gestion et la présidence des commissions administratives paritaires départementales (CAPD).

Le directeur général de l'ARS désignera l'établissement du département qui assurera la gestion des CAPD. L'objectif est de décharger les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) de cette tâche, a indiqué le député.

Les CAPD sont compétentes à l'égard des agents d'établissements qui ne peuvent réunir une commission locale, faute d'effectifs suffisants.

Vendredi 20 février 2009 - 08:24

HPST: les députés autorisent l'externalisation des archives papier des hôpitaux PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont adopté jeudi soir un amendement au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) permettant l'externalisation des archives papier des hôpitaux.

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter. La discussion reprendra lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2 sur "l'accès de tous à des soins de qualité".

L'amendement proposé par le député UMP Yves Bur (Bas-Rhin) a été voté avec l'avis favorable du gouvernement pour "étendre aux archives médicales papier le droit d'hébergement chez un tiers agréé". Il remédie à un vide législatif posant des problèmes aux établissements de santé qui manquent de place pour stocker leurs archives papier dans leurs locaux.

L'article L.1111-8 du code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002, autorise l'externalisation des données de santé mais le Conseil d'Etat a jugé, lors de l'examen du projet de décret, que cela ne concernait que les données informatisées, en raison de la référence à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) et de l'utilisation du terme "hébergeur", a indiqué Yves Bur.

Le gouvernement avait considéré en mai 2008, lors de l'examen par le Sénat de la loi sur les archives, qu'une mesure législative n'était pas nécessaire mais la position du Conseil d'Etat remet en cause cette analyse.

"Pour des raisons de sécurité juridique, il y a lieu de recourir à la voie législative pour affirmer ce droit", a souligné le député.

Vendredi 20 février 2009 - 09:55

HPST: les députés votent un assouplissement de la procédure d'autorisation des praticiens à diplôme étranger PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi la modification de la procédure d'autorisation des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter. La discussion reprendra lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2 sur "l'accès de tous à des soins de qualité".

L'article 10 du projet de loi aménage les modalités d'évaluation des Padhue, médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens, dont le nombre est aujourd'hui estimé à 6.000.

La procédure d'autorisation comportera toujours "des épreuves anonymes de vérification des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité" mais plus une épreuve sur "la maîtrise de la langue française", qui n'était pas adaptée. Les candidats devront "justifier d'un niveau suffisant de maîtrise de la langue française", dans des conditions qui seront définies dans un décret.

Le rapporteur, Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), a indiqué que le candidat devra vraisemblablement fournir une attestation de niveau ou un diplôme au moment de l'inscription aux épreuves.

La procédure comprend également une condition d'exercice de fonctions hospitalières et le passage devant une commission chargée de donner un avis au ministre de la santé, rappelle-t-on.

L'article 10 prévoit que chaque candidat aura la possibilité de se présenter trois fois aux épreuves, au lieu de deux fois actuellement.

Il sera par ailleurs demandé aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes de justifier l'exercice de fonctions hospitalières pendant un an "dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes" pour les premiers, "dans l'unité d'obstétrique d'un établissement public de santé ou d'un établissement privé participant au service public" pour les secondes, avant de pouvoir obtenir l'autorisation d'exercice.

Les sages femmes seront recrutées comme praticiens contractuels associés, est-il indiqué.

NOUVELLES DISPOSITIONS POUR LES PH

L'article 10 du projet de loi prévoit aussi l'extension aux praticiens hospitaliers (PH) de dispositions s'appliquant actuellement aux fonctionnaires d'Etat et aux agents non titulaires de droit public.

Il étend aux PH des dispositions bénéficiant déjà aux professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH):

- * conditions d'exercice d'une activité privée lucrative, de détention de parts sociales, de production des oeuvres de l'esprit et d'exercice de professions libérales;
- * accord de plein droit pour un service à temps partiel en cas de création ou de reprise d'entreprise; *
- accord obligatoire d'une commission de déontologie pour la compatibilité de toute activité lucrative avec les fonctions précédemment exercées dans les trois ans;
- * conditions pour la participation à la création d'entreprises, à l'apport d'un concours scientifique ou la participation au capital d'une entreprise existante et à la participation au conseil d'administration ou au conseil de surveillance d'une société anonyme

Par ailleurs, les établissements de santé sont ajoutés à la liste des organismes dans lesquels est organisée la recherche publique, une mesure préconisée par le rapport Larcher pour renforcer l'attractivité des carrières à l'hôpital.

Le régime indemnitaire des PU-PH est par ailleurs déclassé au niveau réglementaire, pour être modifiable par décret et non plus par la loi.

Vendredi 20 février 2009 - 11:14

**HPST: les députés votent la création des communautés hospitalières de territoire
PARIS, 20 février 2009 (APM)**

Les députés ont voté jeudi soir la création des communautés hospitalières de territoire (CHT) qui pourront être soit intégrées, soit fédératives, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter. La discussion reprendra lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2 sur "l'accès de tous à des soins de qualité".

Les communautés hospitalières créées par ce projet de loi ont pour objectif de "mettre en oeuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres".

Un établissement public de santé "ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire". Un établissement public de santé est le siège de la CHT.

Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) compétentes, après avis des représentants de l'Etat dans les régions concernées, devront approuver "la convention constitutive" de la CHT.

Conclue par les directeurs des établissements membres après avis de leurs conseils de surveillance, la convention constitutive fixe "la répartition des droits et obligations des établissements membres" et désigne l'établissement siège de la CHT.

Elle précise aussi "le projet médical commun et les compétences ou activités, déléguées ou transférées entre les établissements membres de la communauté; la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège de la CHT, qui comprennent chacun des représentants des établissements membres; et les modalités de mise en oeuvre des dispositions relatives à la cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyen, des projets médicaux, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement".

Elle détaille "les modalités de coopération entre les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire en matière de gestion ainsi que les modalités de mise en commun des ressources humaines et des systèmes d'information hospitaliers; les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements membres de la communauté hospitalière de territoire au bénéfice des autres établissements en contrepartie des missions assurées par ceux-ci pour leur compte".

Les députés ont adopté un amendement qui permet aux établissements médico-sociaux de figurer au sein d'une CHT par le biais du statut de "membre associé", tout en leur assurant une place, avec voix consultative, au sein du conseil de surveillance de l'établissement siège.

REPRESENTATION DES MEMBRES DE LA CHT

Le projet de loi prévoit que le conseil de surveillance de l'établissement siège de la CHT comprend des représentants des conseils de surveillance des établissements membres. Dans le même esprit, le directoire de l'établissement siège est composé de membres des directoires des établissements membres et la commission médicale d'établissement (CME) de l'établissement siège comprend des représentants des CME des établissements membres.

Le projet de loi comprend aussi des dispositions visant à harmoniser les différents contrats, projets, plans et programmes qui sont élaborés tant au niveau de l'établissement siège de la CHT que des autres établissements qui la composent.

Il est stipulé notamment que les projets d'établissement des établissements membres doivent être "rendus compatibles" avec celui de l'établissement siège de la CHT. De même, les projets médicaux des établissements membres devront décliner, chacun pour ce qui le concerne, le projet médical commun de la CHT.

Les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales qui vise à maintenir la présence d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) dans chaque établissement de santé de la CHT. Le texte du gouvernement permettait de créer une seule commission par CHT.

L'article sur les CHT fixe les règles juridiques relatives aux transferts de compétences, d'autorisations d'activités de soins ou d'équipement matériel lourd et de biens meubles ou immeubles entre établissements de santé membres d'une CHT.

Il précise les conditions de dissolution d'une CHT et traite du cas particulier des CHT dites "intégrées". Dans ce cas, "l'approbation de la convention constitutive par le directeur général de l'ARS entraîne la fusion des établissements concernés".

La représentation des personnels mise en place au lieu du siège de chaque établissement public de santé ayant signé la convention constitutive de la communauté hospitalière de territoire s'effectue dans des conditions qui seront déterminées par voie réglementaire.

DES INCITATIONS FINANCIERES

Les députés ont adopté un amendement de la commission prévoyant que les établissements qui s'engageront dans une démarche de CHT bénéficieront de soutiens financiers. Ce financement pourra provenir des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac) ou du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Le gouvernement a sous-amendé cette disposition précisant que l'ARS devra vérifier que les projets correspondant aux CHT ont bénéficié d'un financement majoré de 15%.

QUELQUES CRITIQUES

Roland Muzeau (PCF, Hauts-de-Seine) a déploré que la création de CHT ne repose pas uniquement sur le volontariat et a critiqué les compétences attribuées aux CHT. Il redoute aussi que cette nouvelle organisation ne conduise à la fermeture de petits hôpitaux.

"Les communautés hospitalières de territoire sont-elles un instrument destiné à préserver la proximité des soins ou sont-elles une machine de guerre qui, progressivement, redessinera la carte hospitalière en la concentrant de fait autour de certains établissements au détriment de certains autres, tout en réduisant l'offre de soins dans une partie du territoire de la République?", s'est demandé le député socialiste Jean Mallot (Allier).

Les députés de l'opposition ont également regretté l'absence de consultation du conseil de surveillance des hôpitaux concernant les CHT et ont estimé que le projet de loi avait perdu "l'esprit" des CHT proposées dans le rapport Larcher.

"L'idée d'une communauté hospitalière de territoire est intéressante, voire nécessaire, même si j'aurais, personnellement, préféré un fonctionnement en réseau, fondé sur le volontariat et les contrats passés entre les équipes médicales", a déclaré Jean-Luc Prével (Nouveau centre, Vendée).

Pour répondre à ces critiques, la ministre de la santé a assuré que "la démarche des communautés hospitalières de territoire se situ[ait] résolument dans une optique de qualité des soins et de maintien du tissu hospitalier de proximité".

Elle a assuré que les CHT s'inscrivaient "dans un continuum d'outils à la disposition des établissements pour mieux répondre aux besoins de santé de la population, en donnant à chaque citoyen la possibilité d'avoir accès à des soins de qualité, quel que soit le lieu où il réside".

"J'imagine un groupement d'établissements avec une certaine taille critique, gérant au mieux les autorisations d'activité de soins tout en gardant la capacité de travailler ensemble efficacement, une coopération étroite entre deux ou trois centres hospitaliers disposant au total de 400 à 600 lits, autour d'un plateau technique, et auxquels peuvent s'adjoindre un hôpital local ou un établissement de soins de suite et de réadaptation ou de long séjour d'un territoire de santé", a indiqué la ministre de la santé, soulignant que cet exemple de modèle n'était pas unique.

Elle a assuré que les établissements pourront "choisir leur degré d'intégration" dans la CHT et que ce seront "les acteurs de terrain qui décideront des coopérations à développer".

La ministre a précisé que la forme fédérative des CHT laissait à chaque établissement son autonomie de gestion dans le cadre du projet décidé en commun alors que la CHT intégrée impliquait une fusion administrative des établissements.

"La base de la démarche est volontaire mais n'interdit pas à l'administration sanitaire, dans des cas très précis, d'avoir recours à la fusion", a souligné la ministre.

Vendredi 20 février 2009 - 12:41

HPST: les députés réforment le droit des groupements de coopération sanitaire

PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi une réforme du droit des groupements de coopération sanitaire (GCS) dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter. La discussion reprendra le lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2 sur "l'accès de tous à des soins de qualité".

L'article 13 du projet de loi permet de "clarifier et sécuriser le dispositif juridique des GCS", a souligné la ministre de la santé, Roselyne Bachelot. Ces mesures sont prises dans le cadre du renforcement des coopérations entre établissements de santé, comprenant aussi la création des communautés hospitalières de territoire (CHT) (cf dépêche [APM COMBK001](#)).

La discussion de cet article a eu lieu beaucoup plus rapidement que les précédents, avec un accord sur plusieurs amendements de la communiste Jacqueline Fraysse (Hauts-de-Seine).

Il existera trois formes possibles de GCS: le GCS de moyens, le GCS support juridique d'un réseau de santé et, la nouveauté, le GCS établissement de santé.

Sur proposition d'Yves Bur (UMP, Bas-Rhin), la définition des fonctions du GCS a été précisée. Le GCS peut "organiser, réaliser ou gérer, en son nom ou pour le compte de ses membres, des moyens de toute nature ou des activités notamment administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, de recherche ou d'enseignement" et "exercer une ou plusieurs activités de soins ou exploiter des équipements matériels lourds".

Le GCS établissement de santé, qui pourra être de droit public ou de droit privé, est "autorisé à exercer

une ou plusieurs activités de soins" et se verra délivrer une autorisation par l'agence régionale de santé (ARS), alors qu'actuellement un GCS ne peut qu'assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et n'est pas identifié comme acteur de soins. En interne, les membres du GCS n'ont pas de visibilité sur son activité globale.

Le projet de loi dote le GCS de la personnalité morale, contrairement au CHT. Il sera constitué par convention constitutive passée entre ses membres, approuvée et publiée par le directeur général de l'ARS.

Il pourra être constitué entre des établissements de santé de droit public ou de droit privé, des établissements médico-sociaux, comme actuellement, mais pourra aussi comporter des professionnels médicaux libéraux, à titre individuel ou sous forme de société collective, ainsi que des centres de santé. D'autres professionnels de santé et d'autres organismes peuvent également adhérer au groupement à condition d'y être autorisés par le directeur général de l'ARS.

Le GCS continuera de poursuivre "un but non lucratif" mais, nouveauté, il pourra être autorisé à "valoriser les activités de recherche et leurs résultats menées dans le cadre de ses attributions" et à "déposer et exploiter des brevets ou des licences".

L'assemblée générale du GCS n'est pas modifiée mais un "comité de direction restreint" pourra être créé.

Pour le GCS établissement de santé de droit public, c'est la nouvelle structure de gouvernance des établissements publics qui s'applique, avec conseil de surveillance et directoire. La fonction d'administrateur sera exercée par un directeur d'établissement public de santé en plus de ses fonctions.

La composition du conseil de surveillance a été calquée sur celle des établissements de santé publics adoptée à l'article 5 du projet de loi: cinq représentants des élus locaux; cinq représentants du personnel médical et non médical, dont trois désignés par le comité technique d'établissement (CTE) et deux par la commission médicale d'établissement (CME); cinq personnalités qualifiées, dont deux nommées par le directeur général de l'ARS et trois représentants des usagers.

La ministre de la santé a accepté trois amendements communistes sur ce point et a proposé elle-même un amendement.

CPOM DANS DEUX CAS

Le texte prévoit que le GCS conclura un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) dans deux cas de figure: lorsqu'il est autorisé à exercer une ou plusieurs activités de soins ou à installer des équipements matériels lourds; lorsqu'il bénéficie d'une dotation de financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Le projet de loi laisse inchangées les règles de gestion financière des GCS. Il indique que le GCS peut être employeur et recruter par contrat des personnels médicaux et non médicaux.

Le régime de prestations médicales croisées entre les membres du GCS est maintenu. Les députés ont voté un amendement du rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) et du groupe communiste mentionnant explicitement la participation des professionnels médicaux des centres de santé.

Il est prévu, sans changement également, que la permanence des soins, les consultations et actes médicaux soient rémunérés forfaitairement ou à l'acte pour les libéraux. Répondant à une demande du rapporteur et du groupe communiste, la ministre a précisé que les professionnels médicaux des centres de santé continueraient d'être rémunérés de façon habituelle, sans qu'il soit nécessaire de le préciser dans la loi.

DROIT D'OPTION ENTRE TARIFS PRIVÉS ET TARIFS PUBLICS

Les députés ont adopté, avec l'accord de la ministre, une disposition proposée par Yves Bur sur le financement des GCS, constitués entre des établissements de santé publics et privés. Elle crée un "droit d'option" entre l'application des tarifs publics et celle des tarifs privés.

Lorsque le GCS sera financé par application des tarifs publics, les honoraires des médecins libéraux seront versés par le GCS et seront réduits de la redevance due au GCS. Lorsqu'il sera financé par application des tarifs privés, la rémunération des médecins sera versée en honoraires, directement au médecin libéral et au GCS lorsque le médecin est salarié.

Le gouvernement a fait ajouter au texte le fait que les agents recrutés par les GCS ou les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) bénéficieront des mêmes droits en matière de formation que les fonctionnaires hospitaliers. Actuellement, les agents détachés et les contractuels de droit public ne bénéficient d'aucun droit en la matière.

Le projet de loi prévoit une mise en extinction des syndicats interhospitaliers (SIH) qui devront choisir dans un délai de trois ans entre la CHT et le GCS.

Vendredi 20 février 2009 - 13:22

HPST: les députés votent sur les pouvoirs du directeur d'ARS dans les coopérations et les restructurations hospitalières

PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi sur les pouvoirs du directeur général de l'agence régionale de la santé (ARS) dans les coopérations et les restructurations hospitalières dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter, dont celui sur la création des ARS. La discussion reprendra le lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2 sur "l'accès de tous à des soins de qualité".

L'article 13 du projet de loi donne au directeur général de l'ARS des pouvoirs plus importants que ceux détenus actuellement par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Les députés ont ajouté, sur proposition de Jean-Luc Prél (Nouveau centre, Vendée) et avec l'accord de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, la notion d'accès pour les patients aux tarifs opposables.

Le directeur général de l'ARS "coordonne l'évolution du système hospitalier", notamment en vue "de l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables", "de garantir la qualité et la sécurité des soins", "d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût", notamment lorsque la procédure de placement sous administration provisoire "n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement" et "d'améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche".

Pour atteindre ces objectifs le directeur général de l'ARS pourra demander aux établissements de santé de "conclure une convention de coopération", de "créer une communauté hospitalière de territoire (CHT)" -seul point nouveau par rapport à l'ARH-, "un groupement de coopération sanitaire (GCS), ou un groupement d'intérêt public (GIP)" ou de "prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés".

Le directeur de l'ARS disposera de moyens gradués si sa demande n'est pas suivie d'effet. Il pourra notamment diminuer les dotations de financement au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).

Il fixera lui-même les compétences du GCS, ce que le directeur d'ARH peut déjà faire. En revanche, il

disposera du nouveau pouvoir de décider une fusion des établissements publics ou de constituer la CHT en fixant lui-même le contenu de sa convention constitutive.

L'article 13 apporte aussi des modifications sur les décisions prises en cas de restructurations hospitalières.

Le directeur de l'ARS aura le pouvoir de demander la suppression de tout type d'emplois, médicaux et non médicaux (actuellement l'ARH ne peut agir que sur les emplois médicaux), et la modification du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement et de réduire sa dotation Migac ou la dotation au titre des activités de psychiatrie, et de soins de suite et de réadaptation (SSR).

C'est le président du directoire de l'établissement (le directeur) qui demandera au Centre national de gestion (CNG) de placer les praticiens hospitaliers en recherche d'affectation alors qu'actuellement ils demeurent nommés sur les emplois transférés.

Le directeur général de l'ARS pourra le faire à la place du président du directoire, s'il ne prend les décisions assez rapidement.

L'article 13 prévoit aussi de pouvoir mettre à disposition d'office les fonctionnaires et agents concernés par une réorganisation hospitalière, au service de l'établissement reprenant l'activité.

Actuellement, une mise à disposition ne peut avoir lieu qu'avec l'accord de l'agent.

POSSIBILITE POUR UNE CLINIQUE DE SALARIER UN MEDECIN

Les députés ont voté, avec l'accord du gouvernement, un article additionnel, sur proposition du rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) et de l'UMP Dominique Tian (Bouches-du-Rhône), ouvrant la possibilité pour une clinique de salarier des médecins sans être perdants.

Dans ce cas, il est prévu une dérogation pour que les honoraires afférents à ces activités soient facturés par l'établissement. La possibilité n'est pas prévue actuellement car la tarification à l'activité (T2A) considère que la règle en cliniques est celle de l'exercice libéral.

Vendredi 20 février 2009 - 13:38

HPST: les députés votent la présence de la Fnehad à la Conférence nationale de santé et au Cnoss

PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont voté jeudi soir deux amendements qui permettront à la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad) de siéger à la Conférence nationale de santé (CNS) et au Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss).

Ces dispositions ont été prises dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) à l'initiative de la députée UMP Bérengère Poletti (Ardennes) et avec l'accord de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot.

Les deux articles votés indiquent qu'"au moins un représentant d'un établissement assurant une activité de soins à domicile" est présent d'une part à la CNS d'autre part au Cnoss. La ministre a indiqué que cette place reviendrait à la Fnehad.

Roselyne Bachelot a indiqué qu'une représentation des établissements assurant une activité de soins à domicile serait aussi prévue dans le décret définissant la composition des conférences régionales de santé.

La présidente de la Fnehad, Elisabeth Hubert, avait demandé aux parlementaires d'adopter cette mesure (cf dépêche [APM MHMBB001](#)).

Les députés ont ajouté dans le projet de loi plusieurs articles qui permettront une reconnaissance de l'HAD dans l'offre de soins, en réservant l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile aux établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile (cf dépêche [APM CBMBC005](#)).

Vendredi 20 février 2009 - 14:36

**HPST: le président de l'AP-HP demande le maintien du régime dérogatoire de tutelle
PARIS, 20 février 2009 (APM)**

Le président du conseil d'administration de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), Jean-Marie Le Guen, a déploré la réforme de la tutelle de l'institution votée jeudi dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Trois députés centristes élus de Vendée, de la Somme et du Calvados ont fait adopter jeudi un article additionnel qui supprime le régime dérogatoire de tutelle de l'AP-HP et ramène cette institution à un régime de droit commun. Selon cette réforme, le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) aura les mêmes compétences sur l'AP-HP que sur les autres établissements.

Dans un communiqué de presse, Jean-Marie Le Guen a dénoncé jeudi cette "manoeuvre de mise sous tutelle de l'AP-HP".

"C'est à l'institution même que le gouvernement s'attaque en décidant de mettre l'AP-HP sous une tutelle qui la fait passer d'une institution d'excellence reconnue au niveau mondial à un simple producteur de soins géré au niveau régional", a déclaré le député parisien.

"Après avoir marginalisé les universitaires et les praticiens hospitaliers, le travail de sape de la majorité UMP continue", a estimé Jean-Marie Le Guen qui accuse la majorité et le gouvernement de "rabaisser le navire amiral de la santé publique en France".

Actuellement, pour les matières stratégiques et financières (approbation de l'EPRD et ses modifications, fixation des tarifs journaliers de prestations, des forfaits, dotations et de la part financée à l'activité, notification du coefficient de transition, instauration éventuelle d'un plan de redressement et mise en place d'une administration provisoire, approbation du projet d'établissement et conclusion du contrat d'objectifs et de moyens), un conseil de tutelle exerce le contrôle de l'Etat sur l'AP-HP en lieu et place soit de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France (Arhif) soit de son directeur, rappelle-t-on.

Ce conseil de tutelle est composé des ministres en charge du budget, de la santé et de la sécurité sociale ainsi que du directeur de l'Arhif.

Vendredi 20 février 2009 - 15:25

**La dette de l'Etat envers le régime général s'élevait à 3 milliards fin 2008
PARIS, 20 février 2009 (APM)**

La dette de l'Etat envers le régime général s'est reconstituée en 2007 et 2008 pour atteindre 3 milliards d'euros au 31 décembre 2008, a annoncé vendredi la commission des comptes de la sécurité sociale.

"Après l'opération d'apurement réalisée en octobre 2007, la dette de l'Etat s'est reconstituée en partie en 2007 et dans une mesure un peu moindre, en 2008", précise la commission dans son point d'information trimestriel sur la situation financière du régime général.

Au montant de 1,7 milliard de dette accumulé en 2007, sont venus s'ajouter 1,3 milliard d'euros au titre de 2008, note la commission, précisant qu'elle tient compte des versements intervenus en janvier en application de la loi de finances rectificative pour 2008 (200 millions d'euros au titre des exonérations ciblées et 500 millions au titre des prestations).

Sur ces trois milliards, 2,3 milliards sont dus au titre de la compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales (dont 867 millions d'euros pour 2008), les 700 millions d'euros restants étant dus au titre des remboursements des prestations et autres dispositifs pris en charge par l'Etat (dont 472 millions d'euros pour 2008).

La commission précise que les autres régimes ont bénéficié en 2008 d'un apurement de leurs créances sur l'Etat à hauteur de 753 millions d'euros.

Alors que le montant total des dépenses du régime général devrait dépasser les 312 milliards d'euros pour 2008 (324,9 milliards d'euros prévus pour 2009), le gouvernement table désormais sur un déficit de 15 milliards d'euros pour 2009, rappelle-t-on (cf dépêche [APM VGMBH002](#)).

La croissance des encaissements du régime général sur le secteur privé a brutalement chuté au dernier trimestre 2008, atteignant 0,4% (contre 3,4% au premier trimestre), soit le plus faible niveau d'encaissement enregistré depuis le deuxième trimestre 2003 (1,8%), observe la commission.

En 2008, les remboursements des soins de ville pour le régime général ont augmenté de 2,7% (données corrigées des jours ouvrés), souligne la commission, avec une progression de 2,5% pour les honoraires médicaux et dentaires, 6% pour ceux des auxiliaires médicaux, 5,6% pour les indemnités journalières (IJ) et une diminution de 0,1% des dépenses de médicaments.

Vendredi 20 février 2009 - 16:45

HPST: un amendement ouvrirait la voie à une privatisation du LFB

PARIS, 20 février 2009 (APM)

Un amendement au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) ouvrirait la voie à une privatisation du Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB).

Cet amendement, adopté en commission des affaires sociales, propose une modification de l'article consacré aux missions du LFB dans le code de la santé publique.

Tel que rédigé dans l'amendement, il ne serait plus mentionné le fait que le "capital [du LFB] est détenu en majorité par l'Etat ou ses établissements publics".

Les activités du LFB "relatives à la fabrication des médicaments dérivés du sang destinés au marché français, issus du fractionnement du plasma, sont exercées exclusivement par une filiale (...) créée à cet effet", prévoit l'amendement.

Le texte actuel prévoit également l'existence de cette filiale mais sans préciser que son activité concerne spécifiquement le marché français.

L'amendement efface également la mention actuelle selon laquelle "le capital de cette filiale est détenu, directement ou indirectement, majoritairement par l'Etat ou par ses établissements publics".

Il est ajouté dans l'amendement que la filiale, "pour satisfaire les besoins nationaux, notamment ceux liés au traitement des maladies rares, (...) distribue, prioritairement sur le territoire français" les médicaments dérivés du sang.

En outre, alors que le texte actuel indique qu'"une personne morale ayant pour objet l'activité de collecte de sang ou de ses composants ne peut pas détenir de participation directe" dans la société anonyme LFB ou les sociétés contrôlées par celles-ci, avec l'amendement cette restriction ne s'appliquerait qu'à l'Etablissement français du sang (EFS).

L'amendement supprime aussi un paragraphe existant actuellement, dans lequel il est précisé que la société anonyme LFB et les sociétés contrôlées par celles-ci "ne peuvent pas détenir de participation directe ou indirecte dans une personne morale ayant pour objet l'activité de collecte de sang ou de ses composants".

L'amendement permettrait la ratification d'une ordonnance transformant le groupement d'intérêt public (GIP) LFB en société anonyme.

Dans l'exposé des motifs, il est indiqué que l'amendement doit permettre de "reconnaître la mission de service public du LFB, consistant à satisfaire en priorité les besoins nationaux en médicaments dérivés du sang" mais aucune mention n'est faite sur la possible modification des règles en matière de détention du capital.

L'exposé des motifs fait part de la ratification d'une ordonnance de 2005 qui ne l'avait pas encore été, transformant le GIP du LFB en société anonyme.

SURPRISE DU LFB

Interrogé par l'APM, le LFB a indiqué que l'amendement permet l'inscription dans la loi de l'obligation par le laboratoire de donner la priorité au marché national, ce qui est une contrepartie de l'exclusivité détenue sur le fractionnement.

Cette priorité est déjà prévue dans ses statuts et le LFB la pratique, a souligné le LFB.

L'inscription dans la loi de cette priorité avait été recommandée dans un rapport remis en septembre 2007 par le professeur de droit Rémi Pellet à la ministre de la santé, consacré au régime juridique des autorisations de mise sur le marché (AMM) des médicaments dérivés du sang (MDS) et à l'éthique du don.

Interrogé sur les dispositions relatives au capital, le LFB a déclaré que "pour le reste" des éléments inclus dans l'amendement, sa direction n'est "ni au courant ni à l'origine" des mesures.

"Nous sommes surpris de voir l'amendement tel qu'il se présente aujourd'hui", a commenté sa porte-parole.

Dans son rapport, Rémi Pellet conseillait aussi de modifier le statut du LFB pour "rendre possible sa participation à la gestion de centres, installés à l'étranger, de collecte de sang non rémunéré", note-t-on

Vendredi 20 février 2009 - 17:29

Les députés prennent leur temps pour examiner le projet de loi HPST PARIS, 20 février 2009 (APM)

Les députés ont progressé très lentement dans l'examen du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), discutant en deux semaines seulement 13 articles sur 33, a constaté l'APM.

Le premier titre du projet de loi, portant sur la réforme de l'hôpital, a été adopté jeudi soir. Les discussions reprennent lundi 2 mars après-midi sur le titre II avec l'article définissant les soins de premier et de second recours.

Au rythme adopté sur la première partie du texte, il semble peu probable que le projet de loi puisse être adopté le jeudi 5 mars, comme prévu initialement. L'ordre du jour de l'Assemblée nationale prévoit, si nécessaire, une prolongation des discussions jusqu'au jeudi 12 mars.

Interrogé sur le calendrier de discussion, le secrétaire d'Etat aux relations avec le Parlement, Roger Karoutchi, brièvement présent jeudi en fin d'après-midi dans l'hémicycle, a répondu, sourire aux lèvres, que l'examen du texte était prévu les 4 et 5 mars "et même tous les autres jours de la semaine, s'il le faut", en ajoutant qu'il se réservait "la possibilité de pouvoir ouvrir le samedi".

Lors de la discussion du volet hôpital, les députés de l'opposition ont été assez offensifs, prenant la parole longuement pour défendre leurs amendements. Ils ont bataillé pour "la défense de l'hôpital public" et de ses emplois et contrer le concept "d'hôpital-entreprise".

L'inclusion ou non dans le projet de loi des conclusions de la commission Marescaux sur les centres hospitalier universitaires (CHU) a donné lieu à de nombreuses interpellations et à plusieurs suspensions de séance demandées par le groupe socialiste, républicain et citoyen (SRC).

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a cherché à répondre à chaque question des députés, nombreuses également sur les bancs de la majorité, et donnant parfois plusieurs fois la même réponse à la même question.

De sources parlementaires, Roselyne Bachelot a tenu à ménager la susceptibilité du groupe SRC, très remonté après les débats houleux sur la réforme du travail législatif et le droit d'amendement. Un député de l'UMP a déclaré à l'APM que le débat était lent à cause de "l'obstruction parlementaire pratiquée par l'opposition".

Mais la ministre n'a pas manqué de souligner qu'elle donnait son accord à plusieurs amendements émanant de l'opposition, socialiste comme communiste, pour témoigner de son ouverture.

"La discussion est constructive, intéressante, il n'y a pas d'obstruction mais, en contrepartie, le débat avance lentement, parce qu'il y a beaucoup d'amendements", indique-t-on vendredi au cabinet de Roselyne Bachelot. "Nous sommes plutôt satisfaits, les choses se passent bien". Le cabinet estime que l'examen du texte devrait prendre encore une dizaine de jours.

La discussion sur la deuxième partie du texte (articles 14 à 21) devrait être aussi fournie, mais en raison de la mobilisation probable de plusieurs députés UMP, désireux d'adopter des mesures plus contraignantes pour lutter contre les déserts médicaux et pour l'accès aux soins, estime-t-on de sources parlementaires.

Sur le volet santé publique (articles 22 à 25), la ministre de la santé a d'emblée indiqué qu'elle était prête à accepter des ajouts à son texte, notamment sur la prévention de l'obésité, mais sa position tranchée sur le volet prévention de l'alcoolisme pourrait susciter des débats plus longs avec les défenseurs du vin.

La quatrième partie du projet de loi (articles 26 à 33) devrait à nouveau mobiliser l'opposition très critique sur les "super-pouvoirs" accordés aux directeurs généraux d'agence régionale de santé (ARS).

Vendredi 20 février 2009 - 17:39

Polémique chez les professionnels de santé libéraux sur le soutien au projet de loi HPST PARIS, 20 février 2009 (APM)

Une polémique agite les syndicats de professionnels de santé libéraux regroupés au sein du Centre national des professions de santé (CNPS), dont une partie est accusée par le bureau d'afficher son soutien au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Dans un communiqué diffusé vendredi, le CNPS s'élève vivement contre le soutien apporté jeudi au projet de loi HPST par dix organisations syndicales considérées comme "minoritaires", près d'une semaine après le lancement d'une campagne grand public dénonçant cette réforme (cf dépêche [APM](#))

[VGMBC004](#)).

Les signataires de ce communiqué sont le Syndicat national autonome des orthoptistes (SNAO), le Syndicat des biologistes (SDB), MG-France, l'UJCD-Union dentaire, la Confédération nationale des masseurs-kinésithérapeutes libéraux (CNMKL-Objectif Kiné), l'Union nationale des pharmacies de France (UNPF), l'Union des syndicats de pharmacie d'officine (Uspo), l'Union nationale pour l'avenir de la podologie (Unap), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (Sniil), l'Union nationale des syndicats de sages-femmes françaises (UNSSF).

"De manière générale, les organisations de professionnels de santé accompagnent avec vigilance et responsabilité la réforme du système de santé et le débat parlementaire en cours pour la loi HPST. Elles s'efforcent d'œuvrer chaque jour à la construction, reconstruction ou au maintien d'une qualité des soins de premier ordre", expliquent les organisations.

"Une réforme est aujourd'hui indispensable. Pour être utile, elle doit être accompagnée par les professionnels de santé. Pourtant, les tentations du repli sur soi et du corporatisme sont réelles, mais doivent être évitées. Participer à l'effort de réorganisation permettra en effet des avancées tant au niveau de la coordination des acteurs des soins de ville que de l'ensemble des professionnels responsables de soins primaires", soulignent-elles.

"DEBAT DEMOCRATIQUE" CONTRE "MANIPULATION GOUVERNEMENTALE"

Le président de MG-France, le Dr Martial Olivier-Koehret, joint vendredi par l'APM, estime que cette expression illustre le "débat démocratique" existant entre les "lobbies qui veulent que rien n'avance et les autres". Il considère que "beaucoup d'organisations se retrouvent dans l'accompagnement de la réforme".

Pour le CNPS, il s'agit d'un soutien d'organisations "minoritaires" ayant agi sur "commande expresse de la ministre de la santé, mise en difficulté par la mobilisation des syndicats majoritaires des professions libérales de santé organisée par le CNPS".

"En simulant une division chez les libéraux de santé, ces organisations démontrent leur malléabilité face à un pouvoir politique qui les réduit au rôle de marionnettes", considère le CNPS.

"Ces organisations ont reçu des pressions, des consignes du gouvernement", affirme le Dr Michel Chassang, président du CNPS, joint vendredi par l'APM. "C'est une pure manipulation gouvernementale".

La moitié des organisations signataires du communiqué diffusé jeudi avaient déjà formulé leur opposition au sein du CNPS ces dernières années, notamment lors d'un boycott du conseil d'administration fin décembre 2004, rappelle-t-on (cf dépêche [APM SNHLG004](#)).

Sur les dix signataires, huit apparaissent comme étant encore membres du CNPS, note-t-on. Mais tous ne sont pas à jour de cotisations, et certains ne participent plus à la vie de l'association selon le CNPS, dont MG-France, qui affirme l'avoir quittée depuis la création de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS).

LES OFFICINAUX SE DEMARQUENT AUSSI

Toutefois, certains signataires sont à jour de leur cotisation, comme le SDB, voire membre du bureau, comme l'Uspo.

Son président délégué, Gilles Bonnefond, joint vendredi par l'APM, justifie cette prise de position discordante par le ton "très politisé" et "pas adapté" de la campagne d'"opposition de principe" du CNPS, qui arrive "six mois trop tard", selon lui.

Il considère que cette campagne promeut essentiellement des intérêts catégoriels, en particulier ceux des médecins libéraux, alors que le projet de loi contient des éléments de réforme "essentiels".

"Globalement les pharmaciens ne peuvent pas rejeter en bloc le projet de loi Bachelot (...) Si le système libéral n'évolue pas, si l'offre libérale n'est pas à la hauteur des attentes des patients, on risque à l'avenir de se passer des libéraux. La partie consacrée à l'organisation et à l'offre de soins est vitale pour le secteur libéral", estime Gilles Bonnefond.

Il souligne que c'est le ton "trop politisé" de la campagne du CNPS qui a conduit les trois organisations syndicales représentatives de la pharmacie d'officine (FSPF, UNPF et USPO) à publier mercredi un communiqué commun pour expliquer leurs divergences avec le bureau du CNPS.

Dans ce communiqué, elles précisent qu'elles "peuvent entendre certaines interrogations spécifiques (démographie, dépassements d'honoraires, refus de soins, organisation de l'hôpital...) et celles de l'ensemble des professions de santé, via le CNPS, sur des accords locaux qui viendraient perturber les accords conventionnels négociés au niveau national avec les syndicats représentatifs", tout en jugeant "importantes les avancées définissant pour la première fois les missions du pharmacien et prévoyant la coopération entre professionnels de santé exerçant en ville et à l'hôpital".

"L'ensemble des acteurs ne saurait attendre plus longtemps ces évolutions significatives", écrivent les trois syndicats, estimant que les coopérations envisagées dans le cadre de la réforme "vont favoriser la coordination de l'offre de soins de ville afin de répondre aux besoins et à l'évolution de la prise en charge des patients chroniques, des personnes âgées au domicile ou en [établissement d'hébergement des personnes âgées et dépendantes (Ehpad)]".

Les députés ont achevé jeudi soir la discussion du volet hospitalier du projet de loi (13 articles). Il reste 20 articles à discuter, dont celui sur la création des agences régionales de santé. La discussion reprendra le lundi 2 mars après-midi avec l'examen du titre 2 sur "l'accès de tous à des soins de qualité".