

Mardi 10 mars 2009 - 18:43

HPST: Roselyne Bachelot défend le fonctionnement des ARS face aux critiques

PARIS, 10 mars 2009 (APM) - La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a défendu mardi le fonctionnement retenu pour les agences régionales de santé (ARS) face aux critiques de la gauche et du Nouveau centre.

Les députés ont débuté mardi après-midi la discussion de l'article 26 sur la création des ARS. Il reste 560 amendements à discuter sur 8 articles, dont plus de 400 sur cet article qui est très long.

La discussion devrait s'achever mardi soir ou mercredi soir. Le vote solennel par scrutin public sur l'ensemble du projet de loi, un temps envisagé pour mercredi, a été repoussé d'une semaine, au mercredi 18 mars.

Lors de la discussion générale, sept députés socialistes et communiste ont fait part de leurs critiques et des inquiétudes sur la gouvernance des ARS, de même que le Nouveau centre.

Le directeur général de l'ARS a été qualifié de "tout puissant" par Gérard Bapt (Haute-Garonne), décidant seul et "surveillé seulement par le préfet, son copain nommé comme lui en Conseil des ministres", a estimé Patrick Roy (Nord). Il s'agit d'une "dérive anti-républicaine et anti-démocratique", a-t-il ajouté, craignant que les futurs directeurs d'ARS n'aient "pas forcément la même écoute que vous, madame la ministre".

Il a rappelé que le Parti socialiste avait proposé en 2004 la création des ARS et était favorable à une régionalisation de l'organisation des soins mais "pas de cette façon".

La socialiste Marisol Touraine (Indre-et-Loire) a critiqué "le choix d'un dispositif étatisé par la présence plus que symbolique du préfet de région à la tête des ARS" et "une ligne directe établie avec le ministre de la santé sans avoir pris la peine de créer une agence nationale de santé pour définir une politique globale".

"Le directeur général de l'ARS sera un préfet de santé qui appliquera seul les directives du gouvernement et dont les pouvoirs ne seront pas contrebalancés", a estimé la communiste Jacqueline Fraysse (Hauts-de-Seine). "Le conseil de surveillance de l'ARS peut n'être réuni qu'une fois par an sur un simple avis consultatif sur l'action de l'ARS".

Jacqueline Fraysse a estimé que les conseils régionaux n'étaient pas associés malgré leur rôle en matière d'aménagement du territoire car la majorité UMP "ne les contrôle pas" et s'est demandé ce qui se passerait "en cas de divergence sur le médico-social entre le conseil général et l'ARS".

Le député Nouveau centre Olivier Jardé (Somme) a souligné qu'il soutenait depuis plusieurs années avec Jean-Luc Prél (NC, Vendée) la création d'ARS. Mais il a regretté que les ARS ne s'appuient pas sur les observatoires régionaux de santé (ORS) et a regretté l'absence de "conseil national de la santé".

Il a estimé qu'il y avait un risque que l'ARS soit "accaparée par ses problèmes propres" de fonctionnement et souffre "d'indigestion" et que la non-fongibilité des différentes enveloppes de l'assurance maladie (ville, hôpital, médico-social) était "contradictoire avec la réforme".

La présidence du conseil de surveillance par le préfet conduira "inévitablement à des situations conflictuelles", a-t-il estimé, de même que l'absence de démocratie sanitaire.

L'UMP Dominique Dord (Savoie) a pris le contre-pied de ces critiques en saluant "sans réserve cette institution" apportant des "simplifications dans l'articulation entre soins en ville et soins en hôpitaux" et "une vision plus prospective, plus organisée de l'offre de soins".

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a répondu en soulignant toutes les améliorations qui seront apportées par rapport au système actuel, "extrêmement centralisé et complexe".

La réforme va "territorialiser et déconcentrer dans un système de partage des responsabilités". "Vous dites que les élus locaux, les associations d'usagers et les professionnels de santé ne sont pas assez associés mais aujourd'hui ils ne sont jamais convoqués à la discussion". Au niveau du conseil de surveillance et de la conférence régionale de santé, les acteurs seront associés aux décisions "chacun dans son rôle".

Elle a souligné des oppositions paradoxales. "On me reproche à la fois d'étatiser et d'abandonner ma fonction de

garant du pilotage national. Je veux respecter la responsabilité du gouvernement, il ne s'agit pas que l'Etat se défasse" dans son rôle de "garant de l'accès aux soins

Mercredi 11 mars 2009 - 09:40

HPST: les députés votent les missions des agences régionales de santé

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi les missions et les compétences confiées aux agences régionales de santé (ARS), 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 mercredi matin l'examen du projet de loi HPST et ont adopté l'article 26 qui crée les ARS.

Le texte stipule que l'ARS a pour mission de "définir et de mettre en oeuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique".

Les députés ont accepté à l'unanimité un amendement qui prévoit que l'ARS devra exercer ses missions au sein du champ médico-social.

Ses compétences s'exercent "sans préjudice de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences". Cela concerne les agences sanitaires chargées de l'alimentation (Afssa) de l'environnement et du travail (Afsset), l'Agence de la biomédecine, l'Etablissement français du sang (EFS), le comité national de santé publique (CNSP) et la Haute autorité de santé (HAS).

Les députés ont adopté un amendement proposé par le président de la commission des affaires sociales, Pierre Méhaignerie (UMP, Ile-et-Vilaine) qui ajoute aux ARS la mission de "contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses de santé" (Ondam).

L'ARS sera chargée de "définir et de mettre en oeuvre au niveau régional la politique de santé publique". Un amendement adopté prévoit que ces actions doivent être menées en articulation avec la médecine scolaire et la médecine du travail.

Selon un amendement de la commission des affaires sociales, l'ARS pourra s'appuyer sur les observatoires régionaux de la santé (ORS).

En matière de sécurité sanitaire, l'ARS doit "organise[r] la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'évènements sanitaires".

Elle doit organiser "la gestion de la réponse aux alertes sanitaires" et contribuer à "la gestion des situations de crise sanitaire, sur la base des orientations du projet régional de santé et des priorités transmises par le représentant de l'Etat territorialement compétent".

Plusieurs députés de l'opposition ont proposé d'élargir les missions des ARS à la question environnementale et aux risques s'y rapportant mais cette proposition a été rejetée, le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) estimant que cette précision n'était pas utile.

L'ARS "établit un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène" et "réalise ou fait réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procède aux inspections nécessaires".

Les députés ont adopté un amendement qui confie en plus aux ARS la mission de "favoriser la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médico-sociaux".

L'ARS est chargée aussi de "définir, financer et évaluer les actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie".

Les députés ont adopté un amendement du rapporteur pour avis André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais) qui instaure le principe de "fongibilité asymétrique", rendant impossible le transfert de ressources affectées à la prévention et la promotion de la santé vers les activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

L'ARS aura la responsabilité d'attribuer les crédits prévus par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). La ministre a précisé que ce fonds était actuellement doté de 582 millions d'euros.

Les députés ont également ajouté un amendement qui confie à l'ARS, en relation avec les collectivités territoriales qui souhaitent s'équiper, la mission d'établir une cartographie des défibrillateurs cardiaques présents sur le territoire. L'objectif est d'améliorer l'accès à ces dispositifs et de bien les répartir.

La question du financement de ces machines, en particulier pour les petites communes, a été soulevée.

ORGANISER L'OFFRE DE SOINS

La seconde mission principale de l'agence est de "réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé".

Pour cela, elle "contribue à évaluer et à promouvoir la qualité des formations des professionnels de santé". Les députés ont voté un amendement des socialistes qui la charge aussi de "contribuer à mettre en oeuvre un service unique d'aide à l'installation" des professionnels de santé.

L'ARS "autorise la création et les activités des établissements et services de santé ainsi que des établissements et services médico-sociaux (...) et contrôle leur fonctionnement et leur alloue les ressources qui relèvent de sa compétence".

Les députés ont adopté là encore un amendement instaurant un dispositif de "fongibilité asymétrique" en faveur du secteur médico-social. Un sous-amendement du gouvernement permet d'assurer le transfert effectif des crédits dans le cadre d'opérations de conversion d'activités de soins en activités médico-sociales.

Les députés ont ajouté aussi la mission d'attribuer les aides régionales relevant du Fonds d'intervention en faveur de la qualité et de la coordination des soins (Fiqcs).

L'article confie à l'ARS le soin de "veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux" et de "procéder à des contrôles à cette fin".

Elle "contribue, avec les services de l'Etat compétents, à la prévention et à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et les services de santé et médico-sociaux".

Selon un amendement adopté de Dominique Tian (Bouches-du-Rhône, UMP), contre l'avis du gouvernement, l'ARS devra aussi publier chaque année "un indicateur de qualité pour chaque établissement et service de santé de son ressort, en lien avec la Haute autorité de santé (HAS)".

L'ARS est aussi chargée de "définir et mettre en oeuvre, avec le concours des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé, c'est-à-dire visant à ce que soient améliorés les modes de recours aux soins des patients et les pratiques des professionnels soignants, en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux".

Elle doit aussi veiller "à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé" et à ce que "la répartition territoriale de l'offre de soins permette de "satisfaire les besoins de santé de la population".

Mercredi 11 mars 2009 - 11:02

HPST: les députés votent les pouvoirs du directeur général de l'agence régionale de santé

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi soir les pouvoirs du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) 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 mercredi matin à 5 heures l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble

du texte a lieu mercredi 18 mars.

Les députés ont adopté sans modification les compétences du directeur général de l'ARS.

Les députés ont voté, avec l'accord du gouvernement, un amendement socialiste pour que le directeur général rende compte de "la mise en oeuvre de la politique régionale de santé" et de "la gestion de l'agence" devant le conseil de surveillance au moins deux fois par an, dont une fois après la clôture de chaque exercice -au lieu d'une seule fois dans le texte initial.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a approuvé cette modification mais a souhaité "conserver un équilibre entre les missions du conseil de surveillance qui intervient en amont des politiques par la définition des orientations des actions des ARS, et en aval de celles-ci par l'évaluation de leur mise en oeuvre et de leurs résultats, et la nécessaire liberté qui doit rester au directeur général pour la mise en oeuvre opérationnelle des politiques".

Le DG "prépare et exécute le budget de l'agence" et "arrête le projet régional de santé".

Il devra conclure, pour le compte de l'État, les conventions permettant aux conseils généraux de participer aux programmes de dépistage des cancers, aux collectivités territoriales d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose et la lèpre et la lutte contre le VIH et les infections sexuellement transmissibles (IST).

Il délivrera les autorisations pour la création d'établissements de santé, la création, la conversion ou le regroupement d'activités de soins et l'installation d'équipements matériels lourds.

Il pourra recruter, sur des contrats à durée déterminée ou indéterminée, des agents contractuels de droit public ou des agents de droit privé employés par les caisses régionales, les unions régionales et les caisses primaires d'assurance maladie (Cram, Urcam, CPAM).

Il désignera "la personne chargée d'assurer l'intérim des fonctions de directeur et de secrétaire général dans les établissements publics de santé" en cas de vacance de postes. Cette mesure ne pourra pas s'appliquer à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), aux Hospices civils de Lyon (HCL), à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM), aux établissements publics nationaux et aux établissements de rétention de sûreté.

Alors que plusieurs députés demandaient la nomination d'un directeur adjoint chargé de l'organisation médico-sociale, la secrétaire d'Etat à la solidarité, Valérie Létard, s'est engagée à ce qu'il y ait "dans chaque ARS un vrai pôle médico-social fort".

STATUT DE L'ARS

L'ARS sera un établissement public de l'État, doté d'un conseil de surveillance et dirigé par un directeur général, alors que l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le groupement régional de santé publique (GRSP) sont actuellement un groupement d'intérêt public (GIP). L'ARS est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

L'ARS s'appuiera sur la "conférence régionale de santé et de l'autonomie", une nouvelle appellation proposée par le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), "pour rendre compte de l'élargissement de son champ de compétences au secteur médico-social".

La conférence sera chargée de "participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé".

Les députés ont élargi la composition des deux "commissions de coordination des politiques", notamment pour inclure les structures chargées de prévention chez l'enfant et de la santé au travail.

Chaque commission comprendra des représentants des services de l'État, des collectivités territoriales et de leurs groupements et des organismes de sécurité sociale compétents pour "assurer la cohérence et la complémentarité de leurs actions".

Une commission sera orientée vers la prévention avec des représentants des secteurs de la prévention, de la santé

scolaire et de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la santé au travail. L'autre commission sera orientée sur le médico-social avec des représentants "des prises en charge et accompagnement médico-sociaux".

Les modalités de constitution et de fonctionnement des deux commissions sont fixées par décret.

Roselyne Bachelot, a précisé que le décret d'application prévoira que le directeur régional de la cohésion sociale soit membre de chacune des deux commissions portant sur la prévention et le secteur médico-social.

L'ARS mettra en place "des délégations territoriales départementales", précise le texte.

Mercredi 11 mars 2009 - 11:16

HPST: les députés élargissent les pouvoirs de la "conférence régionale de santé et de l'autonomie"

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont élargi mardi soir les compétences de la conférence régionale de santé et de l'autonomie 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 mercredi matin à 5 heures l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble du texte a lieu mercredi 18 mars.

Les députés ont voté mardi soir sans modification les pouvoirs du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) mais ont considérablement élargi les compétences de la conférence régionale de santé par rapport au texte initial.

Les députés ont d'abord élargi l'appellation de la conférence régionale pour en faire la "conférence régionale de santé et de l'autonomie", une nouvelle appellation proposée par le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne), "pour rendre compte de l'élargissement de son champ de compétences au secteur médico-social".

Mais estimant que le projet de loi initial lui donnait un "rôle très limité", le rapporteur a fait voter un amendement étoffant considérablement ses compétences.

La conférence régionale de santé et de l'autonomie sera "un organisme consultatif composé de plusieurs collègues qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé".

Les députés ont ajouté que la conférence régionale "peut faire toute proposition" au directeur général de l'ARS sur "l'élaboration, la mise en oeuvre, l'évaluation de la politique de santé dans la région".

Ils ont aussi ajouté qu'elle émettra "un avis sur le plan stratégique régional de santé" et organisera "en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé". Elle procèdera "à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services en santé, et de la qualité des prises en charge".

Les députés ont souhaité que la conférence régionale puisse "organiser le débat public sur les questions de santé de son choix" et que ses avis soient rendus publics.

Le directeur général de l'ARS devra rendre compte au moins une fois par an devant la conférence régionale de la mise en oeuvre de la politique régionale de santé mais aussi "informer des suites données à ses avis".

Il s'agit de faire de la conférence régionale de santé et de l'autonomie "un véritable lieu de démocratie sanitaire", a souligné Jean-Marie Rolland.

Les députés ont adopté un amendement de Guy Lefrand (UMP, Eure) pour préciser que l'ARS mettra des moyens à la disposition de la conférence régionale pour assurer son fonctionnement.

Mercredi 11 mars 2009 - 11:31

HPST: les députés fixent la composition et le rôle du conseil de surveillance des ARS

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi la composition et le rôle du conseil de surveillance des agences régionales de santé (ARS) qui sera présidé par le préfet, dans le projet de loi portant réforme de

l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Selon un amendement de la commission des affaires sociales, le conseil de surveillance est composé de "représentants de l'Etat, de membres des conseils et conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie de son ressort dont la caisse nationale désigne les membres du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie".

Pour les organismes relevant du régime général, ces membres sont désignés par des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs reconnues représentatives au niveau national et interprofessionnel.

Le conseil de surveillance comprend aussi des "représentants des collectivités territoriales, des représentants des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que d'au moins une personnalité choisie en raison de sa qualification dans les domaines de compétence de l'agence".

Par rapport au texte initial du projet de loi, les députés ont précisé le mode de représentation des caisses d'assurance maladie, note-t-on.

Les députés souhaitent que des représentants des organismes d'assurance maladie complémentaire soient présents au conseil de surveillance mais le gouvernement s'y est opposé, estimant que les missions de ceux-ci ne couvriraient qu'une partie de l'action de l'agence.

Il est précisé que "des membres du conseil peuvent disposer de plusieurs voix" et que "des représentants des personnels de l'agence, ainsi que le directeur général de l'agence, siègent au conseil de surveillance avec voix consultative".

PRESIDENCE: DES EXPERIMENTATIONS POSSIBLES

Selon le projet de loi, le conseil de surveillance est présidé par le préfet de région mais les députés ont adopté un amendement de la commission qui prévoit qu'à titre expérimental, "la présidence du conseil de surveillance de l'ARS peut être confiée à une personnalité qualifiée".

Selon un sous-amendement du gouvernement, cette personnalité sera désignée par le ministre de la santé.

La ou les régions où seront menées cette expérimentation seront déterminées par un décret. La ministre de la santé a indiqué qu'elle souhaitait que cette expérimentation ne soit menée que dans une seule région, mais elle n'a pas été suivie par les députés.

Le président de la commission des affaires sociales, Pierre Méhaignerie (UMP, Ile-et-Vilaine) a expliqué que la commission s'était "longuement interrogée" pour savoir si le président du conseil de surveillance devait automatiquement être un préfet, alors même que le directeur de l'ARS, doté d'une forte autorité, est nommé en conseil des ministres.

"Nous avons estimé que, compte tenu du rôle important que sont amenées à jouer les ARS, cette fonction (...) devait revenir à une personnalité morale forte, non pas que le préfet n'ait pas cette force, mais il voyage beaucoup. Aussi avons-nous jugé que la présidence du conseil de surveillance pouvait être confiée, au moins à titre expérimental, à des personnalités qualifiées et reconnues, qu'elles appartiennent au monde médical ou au monde syndical", a déclaré le président de la commission.

La ministre de la santé a défendu la place du préfet en estimant qu'il était le mieux placé pour diriger le conseil de surveillance, car il peut "apporter une vision transversale" des politiques publiques.

LES POUVOIRS DU CONSEIL DE SURVEILLANCE ETENDUS

Les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales qui étend les pouvoirs du conseil de surveillance.

"Le conseil de surveillance approuve le budget de l'agence, sur proposition du directeur général; il peut le rejeter par une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire", stipule le texte.

Il est chargé d'émettre "un avis sur le plan stratégique régional de santé, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'agence, ainsi qu'au moins une fois par an, sur les résultats de l'action de l'agence" et d'approuver le compte financier.

Le texte initial du projet de loi limitait le rôle du conseil de surveillance à l'approbation du compte financier.

"Chaque année, le directeur général de l'agence transmet au conseil de surveillance un état financier retraçant, pour l'exercice, l'ensemble des charges de l'Etat, des régimes d'assurance maladie et de la caisse nationale pour l'autonomie relatifs à la politique de santé et aux services de soins et médico-sociaux dans le ressort de l'ARS concernée", indique un amendement de la commission qui a été adopté.

"Le fait qu'un document récapitule les dépenses permettra des comparaisons interrégionales plus claires et un meilleur suivi de l'évolution des dépenses", a déclaré le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Les députés ont également ajouté une disposition qui vise à garantir l'indépendance des membres du conseil de surveillance en proposant des règles d'incompatibilité.

Mercredi 11 mars 2009 - 12:01

HPST: les députés votent le régime financier et la composition des ARS

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté mardi les mesures concernant le régime financier et le personnel des agences régionales de santé (ARS), 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 sans grande modification les dispositions concernant le régime financier des ARS.

Le projet de loi stipule que "le budget de l'agence régionale de santé doit être établi en équilibre". Celui-ci est "exécutoire dans un délai de 15 jours à compter de sa réception par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, sauf opposition de l'un d'entre eux".

Les ressources de l'agence sont constituées par "une subvention de l'Etat, des contributions des régimes d'assurance maladie, des contributions de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux, des ressources propres, dons et legs et sur une base volontaire, des versements de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics".

Il est précisé que l'agence est dotée d'un comptable public.

Les députés ont adopté sans changement les dispositions relatives au personnel des agences.

Le personnel comprend des fonctionnaires (il s'agit des personnels des actuelles Ddass et Drass dont l'activité concerne les champs sanitaire et médico-social); des médecins, des odontologues et pharmaciens ayant la qualité de praticien hospitalier; des agents contractuels de droit public (cela permettra de recruter des contractuels) et des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

Dans son rapport, le député Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) indique que les ARS compteront entre 300 et 400 agents pour les plus petites et entre 800 et 1.000 agents pour les plus grandes.

Le directeur de l'agence aura autorité sur l'ensemble des personnels de l'agence et gèrera les personnels contractuels. Il sera "associé" à la gestion des personnels statutaires.

Il est précisé que "les personnes employées par l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans une personne morale relevant de sa compétence" et que "les emplois de direction des ARS ouvrent droit à pension au titre du code des pensions civiles et militaires de retraites, lorsqu'ils sont occupés par des fonctionnaires".

Dans chaque ARS, il sera créé "un comité d'agence et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, compétents pour l'ensemble du personnel de l'agence".

Mercredi 11 mars 2009 - 12:10

HPST: les députés précisent le pilotage national des ARS

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi soir la création d'un conseil national de pilotage des agences régionales de santé (ARS) en précisant ses objectifs, 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 mercredi matin à 5 heures l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble du texte a lieu mercredi 18 mars.

Pour répondre aux critiques sur le risque d'absence de pilotage national des ARS, le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) a proposé plusieurs amendements qui précisent la coordination des ARS au niveau national.

Il a d'abord changé l'appellation du comité de coordination des ARS proposé dans le projet de loi pour un "conseil national de pilotage" des ARS, malgré l'opposition de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, à ce changement.

Il réunira, comme le prévoyait le texte pour le comité de coordination, des représentants de l'État et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Il sera présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, et les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en seront membres.

La ministre de la santé a indiqué que ce conseil sera doté d'un secrétariat permanent.

Alors que le Nouveau centre et la gauche proposaient une agence nationale de la santé, Jean-Marie Rolland a estimé que l'État et l'assurance maladie n'étaient "pas mûrs" pour la création de cette nouvelle structure mais qu'elle pourrait "se développer progressivement" à partir de ce noyau.

Il a estimé que ce "mécanisme de coordination des différents donneurs d'ordre nationaux" représentait "déjà un progrès".

Roselyne Bachelot a indiqué ne pas comprendre pourquoi les députés tenaient tant à une agence nationale. "Aujourd'hui, vous critiquez déjà l'autonomie que vous jugez excessive de la CNAMTS. Le pilotage du système de santé par le politique, et donc par les parlementaires, vous offre pourtant un pouvoir de contrôle extrêmement puissant, dont vous serez totalement privés le jour où vous créerez une agence nationale de santé", a-t-elle remarqué.

Les députés ont aussi adopté un amendement du rapporteur, cette fois-ci avec l'accord de la ministre, pour confier une mission de réduction des inégalités interrégionales en santé au conseil national de pilotage. Il est indiqué qu'il "veille à ce que les moyens dont disposent les ARS soient répartis entre les régions suivant un objectif de réduction des inégalités en santé".

Les députés ont considérablement étoffé la procédure de signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) de chaque ARS avec ses ministres de tutelle (santé, assurance maladie, personnes âgées et personnes handicapées).

Le conseil de pilotage donnera son avis sur chaque Cpom et il est précisé qu'il sera "préparé conjointement par le directeur général de l'agence, les services centraux concernés de l'État, les caisses nationales d'assurance maladie et la CNSA".

Le contrat sera conclu pour quatre ans et révisable chaque année. Il devra "déterminer les orientations pluriannuelles des politiques menées par l'agence, les objectifs de l'agence, avec les indicateurs associés, et ses moyens de fonctionnement".

Mercredi 11 mars 2009 - 12:45

HPST: les députés adoptent la création d'un programme régional de gestion du risque assurantiel en santé

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi soir la création d'un programme régional de gestion du risque assurantiel en 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 mercredi matin à 5 heures l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble du texte aura lieu mercredi 18 mars.

Le projet de loi indique que l'agence régionale de santé (ARS) "prépare, avec les organismes et services d'assurance maladie de son ressort un programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé", qui sera actualisé chaque année.

Les députés ont ajouté à l'initiative du rapporteur pour avis André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais) et avec l'accord de la ministre la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie à l'élaboration du programme.

Il est indiqué qu'ils "peuvent être associés à l'élaboration des actions du programme" mais seulement sur les actions pour lesquelles ils ont passé un contrat avec l'ARS.

La socialiste Catherine Génisson (Pas-de-Calais) a estimé que cette disposition était "prématurée" et qu'un débat politique devait avoir lieu pour clarifier les fonctions respectives du régime général obligatoire et celle des organismes complémentaires.

Le programme sera déterminé "conjointement" par le directeur général de l'ARS et les directeurs des organismes et services d'assurance maladie du ressort de l'ARS.

Les socialistes ont d'ailleurs demandé des clarifications sur les nouvelles modalités de gestion du risque et notamment de savoir comment et par qui, assurance maladie ou ARS, seront décidés les arbitrages entre hôpital et ville.

Roselyne Bachelot a indiqué que les caisses primaires d'assurance maladie garderont "leur spécificité" dans la gestion des risques, de même que les services de l'Etat sur l'organisation des soins. "Les caisses primaires contractualisent avec l'agence régionale pour les missions qui leur sont spécifiques. Les services de l'Etat, et en particulier les préfets de département, gardent un droit de tirage".

"Au niveau national, l'Etat délègue la maîtrise d'ouvrage, c'est-à-dire la conception de la gestion du risque, aux caisses nationales d'assurance maladie. L'ARS exerce la maîtrise d'ouvrage territoriale de la gestion du risque et la maîtrise d'oeuvre. La mise en oeuvre opérationnelle relève sans ambiguïté des caisses locales d'assurance maladie".

Le projet de loi indique d'ailleurs que "le programme reprend les actions que les organismes et services locaux d'assurance maladie doivent mettre en oeuvre dans le cadre des orientations et directives fixées par leur organisme national".

Les contrats pluriannuels de gestion des organismes d'assurance maladie devront "décliner, pour chaque organisme concerné, le programme pluriannuel régional de gestion du risque assurantiel en santé" et ce programme sera annexé au projet régional de santé.

Le texte précise également que les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en oeuvre du projet régional de santé feront l'objet d'un contrat avec l'ARS.

Mercredi 11 mars 2009 - 14:31

HPST: les députés votent la création des projets régionaux de santé

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté la création des projets régionaux de santé, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Le projet régional de santé devra définir "les objectifs pluriannuels des politiques de santé que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétence, ainsi que les mesures pour les atteindre".

Il devra prendre en compte "les orientations nationales de la politique de santé et les dispositions financières

fixées par les lois de financement de la sécurité sociale et les lois de finances".

Le projet régional de santé sera constitué: d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région; de schémas régionaux de mise en oeuvre en matière de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale; le cas échéant, de programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas".

Les députés ont adopté plusieurs amendements du rapporteur pour avis André Flajolet (UMP, Pas-de-Calais) qui stipulent que le projet régional devra comprendre en plus un "programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies" et que "la programmation peut prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé".

Les députés ont ajouté aussi le fait que le plan stratégique régional de santé prévoit des articulations avec la santé au travail, la santé en milieu scolaire et la santé des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Le projet régional de santé fait l'objet d'un "avis du représentant de l'Etat dans la région". Certains députés voulaient que le projet soit également soumis à l'avis du conseil de surveillance de l'agence mais cette proposition a été repoussée.

Un décret en Conseil d'Etat déterminera les modalités d'application de cette mesure.

LES DIFFERENTS SCHEMAS REGIONAUX

Le schéma régional de prévention inclut "notamment des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé, à la santé environnementale et à la sécurité sanitaire".

Le schéma organise également, dans le domaine de la santé des personnes, "l'observation des risques émergents et les modalités de gestion des évènements porteurs d'un risque sanitaire".

Le schéma régional d'organisation des soins (Sros) a pour objet de "prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficience".

Les députés ont adopté un amendement de la commission qui ajoute une exigence "d'accessibilité géographique" de l'offre de soins.

Le schéma devra préciser les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé, les communautés hospitalières, les établissements et services médico-sociaux, les structures et professionnels de santé libéraux.

Le schéma devra tenir "compte de l'offre de soins des régions limitrophes et indiquer par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins (...), notamment celles des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé".

"Il détermine les zones de mise en oeuvre des mesures prévues pour l'installation des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé, selon des dispositions prévues par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale".

Les députés ont adopté un amendement qui stipule que le schéma devra s'assurer aussi de l'articulation entre tous les dispositifs d'intervention au domicile du patient intervenant sur le même territoire de santé.

Le Sros fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé: les objectifs de l'offre de soins par activité de soins et équipement matériel lourd, dont les modalités de quantification sont fixées par décret; les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds; les transformations, regroupements et coopérations d'établissements de santé et les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.

Les députés ont voulu ajouter la mission de fixer les moyens consacrés aux activités d'interruption volontaire de grossesse (IVG) mais la ministre a fait valoir que l'ARS avait déjà pour mission de favoriser la mise en place de réseaux de santé ville-hôpital afin d'accroître l'offre de proximité en matière d'IVG.

Il est précisé que les autorisations accordées par le directeur général de l'ARS devront être compatibles aux objectifs fixés par le Sros.

Le texte prévoit que pour une activité ou un équipement relevant de leurs compétences, les ARS pourront arrêter un "schéma interrégional de l'organisation des soins".

"Le ministre chargé de la santé arrête la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. Il peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques et démographiques spécifiques, ces équipements et activités soient, par dérogation, l'objet d'un schéma régional", précise le projet de loi.

Les conditions d'élaboration du Sros seront fixées par décret en Conseil d'Etat.

LE SCHEMA REGIONAL MEDICO-SOCIAL

Selon le projet de loi, il est indiqué que "le schéma régional d'organisation médico-sociale a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre des établissements et services médico-sociaux (...) afin notamment de répondre aux besoins de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux de la population handicapée ou en perte d'autonomie".

Ce schéma doit veiller "à l'articulation, au niveau régional, de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé et des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie (...), élaborés par les conseils généraux".

Le schéma d'organisation médico-sociale et le programme qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par le directeur général de l'ARS après consultation de la commission de coordination compétente de l'ARS et avis des présidents des conseils généraux compétents.

Mercredi 11 mars 2009 - 13:34

Etudes médicales: création de la commission nationale de l'internat et du post-internat

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Un décret publié mercredi au Journal officiel crée la commission nationale de l'internat et du post-internat dans le cadre des études médicales.

Cette commission, instituée pour quatre ans, peut être consultée sur les conditions de mise en oeuvre de la répartition pluriannuelle des effectifs d'internes en médecine à former par spécialité et par région et sur les conditions de déroulement du troisième cycle médical.

Elle peut également donner son avis sur les conditions de réalisation par les internes des maquettes de formation portant sur le troisième cycle des études de médecine, les conditions d'accès aux diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) et capacités universitaires dans le cadre de la formation initiale ou de la formation continue et la création de nouveaux diplômes d'études spécialisées (DES), DESC et capacités universitaires.

Enfin, elle sera consultée sur les problématiques liées au post-internat.

Le décret précise la composition de la commission présidée par le ministre en charge de la santé et vice-présidée par le ministre en charge de l'enseignement supérieur.

Parmi les membres figurent notamment le directeur chargé du service de santé des armées et les présidents de la conférence des doyens des facultés de médecine, de la conférence des présidents de sections et sous-sections médicales du Conseil national des universités (CNU), de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, du Conseil national de l'Ordre des médecins, de la conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, de la conférence des médecins inspecteurs régionaux de santé publique et de la commission pédagogique nationale des études médicales des premier et deuxième cycles.

Sont également présents au sein de la commission les présidents des conférences hospitalières (directeurs et présidents de commission médicale d'établissement de CH et de CHU), sept représentants des internes et anciens internes en cours de post-internat et sept représentants des enseignants de différentes filières de médecine dont un enseignant en médecine générale.

Un coordonnateur des travaux de la commission sera désigné par les deux ministres de tutelle et le secrétariat sera assuré par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

Les membres de la commission sont nommés pour quatre ans par arrêté des ministres, à l'exception des représentants des étudiants, internes et anciens internes en cours de post-internat qui sont nommés pour deux ans.

L'annonce de la mise en place de cette commission avait été annoncée par la ministre de la santé fin janvier lors du congrès de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG).

Dans un communiqué, l'Isnar-IMG, l'Association des étudiants en médecine de France (Anemf) et l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (Isnih) se félicitaient de la mise en place de cette commission et indiquaient qu'"ils l'appelaient de leurs vœux depuis plusieurs mois".

(Décret n°2009-272 du 9 mars 2009 relatif à la Commission nationale de l'internat et du post-internat, JO du 11 mars, [texte 29](#))

Mercredi 11 mars 2009 - 13:34

Etudes médicales: création de la commission nationale de l'internat et du post-internat

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Un décret publié mercredi au Journal officiel crée la commission nationale de l'internat et du post-internat dans le cadre des études médicales.

Cette commission, instituée pour quatre ans, peut être consultée sur les conditions de mise en oeuvre de la répartition pluriannuelle des effectifs d'internes en médecine à former par spécialité et par région et sur les conditions de déroulement du troisième cycle médical.

Elle peut également donner son avis sur les conditions de réalisation par les internes des maquettes de formation portant sur le troisième cycle des études de médecine, les conditions d'accès aux diplômes d'études spécialisées complémentaires (DESC) et capacités universitaires dans le cadre de la formation initiale ou de la formation continue et la création de nouveaux diplômes d'études spécialisées (DES), DESC et capacités universitaires.

Enfin, elle sera consultée sur les problématiques liées au post-internat.

Le décret précise la composition de la commission présidée par le ministre en charge de la santé et vice-présidée par le ministre en charge de l'enseignement supérieur.

Parmi les membres figurent notamment le directeur chargé du service de santé des armées et les présidents de la conférence des doyens des facultés de médecine, de la conférence des présidents de sections et sous-sections médicales du Conseil national des universités (CNU), de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, du Conseil national de l'Ordre des médecins, de la conférence des directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, de la conférence des médecins inspecteurs régionaux de santé publique et de la commission pédagogique nationale des études médicales des premier et deuxième cycles.

Sont également présents au sein de la commission les présidents des conférences hospitalières (directeurs et présidents de commission médicale d'établissement de CH et de CHU), sept représentants des internes et anciens internes en cours de post-internat et sept représentants des enseignants de différentes filières de médecine dont un enseignant en médecine générale.

Un coordonnateur des travaux de la commission sera désigné par les deux ministres de tutelle et le secrétariat sera assuré par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos).

Les membres de la commission sont nommés pour quatre ans par arrêté des ministres, à l'exception des représentants des étudiants, internes et anciens internes en cours de post-internat qui sont nommés pour deux ans.

L'annonce de la mise en place de cette commission avait été annoncée par la ministre de la santé fin janvier lors du congrès de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG).

Dans un communiqué, l'Isnar-IMG, l'Association des étudiants en médecine de France (Anemf) et l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux (Isnih) se félicitaient de la mise en place de cette commission et indiquaient qu'"ils l'appelaient de leurs vœux depuis plusieurs mois".

(Décret n°2009-272 du 9 mars 2009 relatif à la Commission nationale de l'internat et du post-internat, JO du 11 mars, [texte 29](#))

Mercredi 11 mars 2009 - 16:13

HPST: les députés détaillent les outils contractuels des ARS

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté mardi soir la mesure détaillant les contrats que les agences régionales de santé (ARS) pourront passer avec les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Selon le projet de loi, l'ARS devra conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec chaque établissement de santé et pourra conclure ce type de contrats avec les établissements médico-sociaux.

Dans des conditions définies par décret, l'agence pourra aussi signer des CPOM avec les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé. Les députés ont adopté un amendement visant à encadrer l'attribution d'aides publiques aux seuls centres de santé, réseaux de santé et maisons de santé qui auront conclu un contrat avec l'agence

L'agence devra veiller "au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats". Elle pourra aussi proposer "aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques en santé".

Il est précisé que "ce contrat fixe les engagements des professionnels, centres ou établissements, maisons, services ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui leur est associée, qui peut être liée à l'atteinte des objectifs par le professionnel, le centre, l'établissement, la maison, le service ou le réseau concerné".

Le contrat d'amélioration des pratiques en santé devra être "conforme au contrat-type national, lorsqu'il existe, élaboré par les parties aux conventions (...), par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) ou par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie".

En l'absence de contrat-type national, l'ARS devra établir un contrat-type régional qui sera réputé approuvé 45 jours après sa réception par l'Uncam et les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie. L'ARS devra veiller au suivi et au respect des engagements définis dans ces contrats.

L'ARS est chargée aussi d'organiser, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins (PDS). Ses modalités seront définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.

L'agence devra déterminer la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la PDS, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

ACCES AUX DONNEES DE SANTE

Le projet de loi donne la possibilité à l'ARS d'accéder aux données nécessaires, à l'exception des données personnelles, à l'exercice de ses missions, contenues dans les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie.

La ministre de la santé a fait adopter un amendement qui élargit cette possibilité aux systèmes d'information des établissements de santé.

L'ARS doit être tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information.

Le gouvernement a fait adopter un amendement qui confie au directeur général de l'ARS le soin de déterminer, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci devra transmettre

de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits. Le directeur général décidera également de la fréquence de mise à jour et de transmissions des données issues des établissements de soins.

LES INSPECTIONS ET LES CONTROLES

Les députés ont adopté la mesure qui détaille les pouvoirs d'inspection et de contrôle confiés aux ARS.

Le texte permet au directeur général de l'ARS de désigner, parmi les personnels de l'agence respectant des conditions des aptitudes techniques et juridiques définies par décret en Conseil d'Etat, des inspecteurs et des contrôleurs pour remplir ses missions.

Les inspecteurs et contrôleurs de l'agence disposeront des mêmes pouvoirs que les médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique.

Le directeur général de l'agence sera tenu de signaler au représentant de l'Etat territorialement compétent, ainsi qu'aux directeurs généraux de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps), de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'Agence de la biomédecine (ABM) "toute situation susceptible d'entraîner la mise en oeuvre des mesures de police administrative qui relèvent de leur compétence".

Mercredi 11 mars 2009 - 16:58

HPST: Les députés reviennent sur le vote de deux dispositions sur les établissements de santé

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés sont revenus tôt mercredi sur deux dispositions votées dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) concernant le rôle du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement (CME) des établissements de santé.

Les députés ont achevé mercredi matin à 5 heures l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble du texte aura lieu mercredi 18 mars.

Les deux modifications avaient été adoptées contre l'avis du rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne) et contre l'avis de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, le 16 février et le 18 février. Deux amendements, présentés par la ministre, ont été adoptés pour supprimer les ajouts au texte.

Le premier amendement supprime la compétence du conseil de surveillance de délibérer sur le programme d'investissement de l'établissement, disposition votée à l'initiative du député Nouveau centre Jean-Luc Prél (Vendée) avec le soutien des socialistes (cf dépêche [APM EHMBH004](#)).

Roselyne Bachelot a expliqué que cette compétence introduisait "une confusion entre le rôle du directeur qui détermine le programme d'investissement et celui du conseil de surveillance" qui "risque de créer des blocages en cas de désaccord".

De plus, elle apparaît "superfétatoire" car l'article 5 prévoit que le conseil de surveillance délibère sur le projet d'établissement et se prononce donc sur "les orientations en matière d'investissement". Il délibère aussi sur le compte financier et l'affectation des résultats, ce qui lui permettra de "vérifier que les investissements réalisés ont bien été conformes au projet d'établissement".

"S'il doit appartenir au conseil de surveillance de définir la stratégie globale d'un établissement public de santé, le président du directoire doit, pour des raisons d'efficacité, rester le seul compétent pour mettre en oeuvre ces stratégies, notamment au travers de la détermination du programme d'investissement", a souligné la ministre.

"L'amendement que nous présente le gouvernement est vraiment une douche écossaise, on a l'impression d'avoir travaillé pour rien", a protesté la socialiste Catherine Génisson (Pas-de-Calais), qui avait voté la disposition.

"Le conseil de surveillance, réduit à la portion congrue, n'aura d'autre droit que de commenter l'air du temps et la stratégie de l'établissement", a-t-elle raillé, soulignant la "fragilité" du nouveau dispositif de décision.

Le deuxième amendement adopté supprime la nécessité d'un avis conforme du président de la CME et du directeur de l'unité de formation et de recherche (UFR) dans les CHU sur la définition de l'organisation de l'établissement en pôles d'activité par le directeur. Il résultait d'un amendement du député UMP Bernard Debré

(Paris) (cf dépêche [APM EHMBJ003](#)).

L'amendement de Bernard Debré introduit "une confusion des rôles" et risquait d'aboutir à une "gouvernance désordonnée", alors que le projet de loi rend le directeur responsable de la conduite de l'établissement, a plaidé Roselyne Bachelot.

"Le président de la CME sera bien entendu consulté sur la définition de ces pôles", par un avis et non un avis conforme. La ministre a pointé le risque d'un "blocage de la situation en cas de désaccord", ajoutant que, "en matière d'organisation, il y a sans doute pire qu'une décision imparfaite: c'est la non-décision".

La mesure risquait aussi de façon "moins visible mais bien réelle" de "mettre le président de la CME en position difficile, entre la possible résistance au changement de médecins qui l'ont élu et la nécessaire évolution de l'organisation qui suppose une nouvelle définition des pôles".

La ministre de la santé en a profité pour saluer les amendements votés au cours des débats par les députés de droite et de gauche renforçant le rôle de la CME et de son président.

Elle a rappelé qu'elle ne voulait pas "opposer médecins et gestionnaires, ni (...) confondre le rôle de chacun" et qu'il "n'est évidemment pas question que les directeurs interviennent dans le champ de compétence du médecin".

Par ailleurs, les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales qui abroge la base légale des communautés d'établissement de santé.

Les communautés d'établissements de santé ne peuvent plus être créées depuis l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003. En outre, la création des communautés hospitalières de territoire (CHT) et l'existence des groupements de coopération sanitaires et médico-sociaux justifient de proposer l'abrogation de cet article du code de la santé publique, est-il indiqué dans l'exposé des motifs.

Mercredi 11 mars 2009 - 18:15

HPST: les députés réforment le mode de représentation des libéraux

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi la réforme du mode de représentation des professionnels de santé libéraux, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'article crée les unions régionales des professionnels de santé (URPS) et modifie les critères de représentativité des syndicats de professionnels de santé.

Le projet de loi prévoit que "dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral". Ces unions régionales sont regroupées en une "fédération régionale des professionnels de santé libéraux".

Les unions régionales professionnelles et leurs fédérations sont des associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association et leurs statuts devront être conformes à des statuts types fixés par décret en Conseil d'Etat.

Les modalités de fonctionnement des unions régionales professionnelles et des fédérations seront définies par décret en Conseil d'Etat.

Il est prévu que les membres des URPS seront élus, pour une durée fixée par décret, par les professionnels de santé en activité exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

Tous les électeurs sont éligibles et les listes de candidats seront présentées par des organisations syndicales des professions de santé. Le gouvernement a fait adopter un amendement incluant un critère d'ancienneté (au moins deux ans) pour la présentation des listes de candidats.

La ministre de la santé, Roselyne Bachelot, a expliqué que cette mesure visait à s'assurer "d'une part, que les organisations qui présentent des candidats pourront être reconnues comme représentatives au niveau national -ce

qui nécessite une mise en cohérence avec les critères qui déterminent la représentativité des organisations syndicales habilitées à négocier les conventions avec l'assurance maladie, notamment l'ancienneté de deux ans- et, d'autre part, que ces organisations disposent d'une certaine assise territoriale".

Le projet de loi prévoit que le collège d'électeurs de chaque union régionale est constitué "par les membres de la profession concernée exerçant dans la région".

Selon le texte initial, les élections devaient être organisées, à la même date pour toutes les unions professionnelles mais les députés ont adopté un amendement de la commission des affaires sociales qui supprime cette disposition.

Les députés ont adopté un amendement proposé par Jacques Domergue (UMP, Hérault) qui crée trois collèges regroupant les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins de plateaux techniques.

Actuellement, les élections des unions régionales comprennent deux collèges: les médecins généralistes et les médecins spécialistes, rappelle-t-on.

Le texte prévoit que pour les professions dont le nombre de membres exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel sur le territoire national ne dépasse pas un certain seuil, il peut être prévu, dans des conditions fixées par décret, que les représentants de ces professions dans les unions régionales soient désignés par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national.

Les modalités d'application de cet article, notamment l'organisation et le financement des élections des membres des unions régionales professionnelles, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Selon le projet de loi, les unions régionales professionnelles et les fédérations devront contribuer "à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en oeuvre".

Elles pourront conclure des contrats avec l'agence régionale de santé (ARS) et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

LES CONTRIBUTIONS

Le texte précise que les unions régionales professionnelles perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque adhérent à l'une des conventions ou accord conclu entre l'Uncam et les représentants de sa profession.

La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

Un décret fixera le taux de cette contribution qui sera établie dans la limite du montant correspondant à 0,5% du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

Les unions régionales pourront également "recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers".

L'article prévoit que dans chaque région, les actuelles URML transféreront leurs biens, droits et obligations aux nouvelles unions régionales des médecins sur le fondement d'une convention.

REPRESENTATIVITE DES SYNDICATS

Le projet de loi indique que sont habilitées à participer aux négociations conventionnelles, "les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale".

Les conditions de cette mesure seront fixées par décret en Conseil d'Etat et tiendront compte de leur indépendance, d'une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts, de leurs effectifs et de leur audience.

La validité des conventions et accords est "subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national et ayant réuni, aux élections aux unions régionales des

professionnels de santé (...) au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national".

Pour les professions pour lesquelles ne seraient pas organisées d'élections aux URPS, les conventions ou accords sont valides dès lors qu'ils sont signés par une organisation syndicale représentative au niveau national.

Le projet de loi modifie les dispositions relatives au droit d'opposition des syndicats représentatifs aux conventions.

L'opposition pourra être formée par un seul syndicat représentatif et non plus au moins deux comme c'est le cas actuellement.

Dans toutes les professions pour lesquelles les membres des URPS sont élus et non désignés, un ou plusieurs syndicats représentatifs ne peuvent former opposition à la convention que s'ils ont réuni la majorité des suffrages exprimés à ces élections.

La ministre de la santé a indiqué qu'elle souhaitait l'organisation des élections aux URPS au premier semestre 2010 et a donc fait adopter un amendement qui reporte les enquêtes de représentativité prévues en 2009 après les élections.

Mercredi 11 mars 2009 - 19:02

HPST: les députés réforment la procédure d'autorisation des établissements médico-sociaux

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté dans la nuit de mardi à mercredi la nouvelle procédure d'autorisation des établissements médico-sociaux 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 mercredi matin tôt l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble du texte aura lieu mercredi 18 mars.

Le projet de loi instaure la consultation d'une commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social pour les structures ayant un financement public.

Les députés ont ajouté qu'une partie des appels à projet doit être réservée à la présentation de projets expérimentaux ou innovants répondant à un cahier des charges allégé, avec une rédaction en partie proposée par le gouvernement.

Ils ont ajouté qu'un décret en Conseil d'Etat définira les règles de publicité, les modalités de l'appel à projet et le contenu de son cahier des charges, ainsi que les modalités d'examen et de sélection des projets présentés, "afin de garantir une mise en concurrence sincère, loyale et équitable", a souligné le rapporteur Jean-Marie Rolland (UMP, Yonne).

Il s'agit de "garantir une utilisation optimale des deniers publics en imposant notamment les grands principes qui guideront les conditions d'une émulation concurrentielle saine et loyale, ce qui permettra ainsi aux pouvoirs publics de choisir effectivement le meilleur projet parmi ceux soumis à l'avis de la commission, dans l'intérêt des usagers".

Jean-Marie Rolland a souligné qu'il fallait "préserver la capacité d'innovation dont fait preuve depuis 50 ans le secteur médico-social" avec "une procédure plus ouverte qui permettra au secteur de proposer des mécanismes de prise en charge innovants", laissant "de grandes marges de manoeuvre aux promoteurs".

La secrétaire d'Etat à la solidarité, Valérie Létard, a affirmé qu'elle souhaitait "donner toutes ses chances à l'innovation dans le processus de remontée en provenance du terrain".

Les députés ont ajouté que les représentants des usagers sont membres des commissions.

PAS DE DELEGATION AU CONSEIL GENERAL

Les députés ont en revanche renoncé à déléguer, à titre expérimental, au président du conseil général la compétence d'autorisation de nouvelles places pour les établissements ayant des financements assurance maladie et conseil général.

Valérie Létard a estimé que ce dispositif était "prématuré" mais pourrait être inscrit lors de l'examen du projet de loi relatif au cinquième risque, après une réflexion plus globale tenant compte des conclusions du comité sur la modernisation et le rééquilibrage des institutions présidé par Edouard Balladur et de la consultation des partenaires sociaux sur la délégation de crédits d'assurance maladie aux conseils généraux.

Une telle disposition ne doit pas apparaître comme "un désengagement des agences régionales de santé (ARS) du champ médico-social, alors même qu'elles doivent assurer la cohérence entre le volet sanitaire et le volet médico-social du projet régional de santé", et doit s'inscrire dans le périmètre des enveloppes fixées par l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

SUPPRESSION DU CROSM

Le projet de loi procède à la suppression des comités régionaux d'organisation sociale et médico-sociale (Crosm) en raison de la création des ARS. Il redéfinit les attributions de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale (Cnoss) pour "évaluer les besoins sociaux et médico-sociaux et analyser leur évolution" et "proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale".

Les députés ont voté la redéfinition des autorités chargées d'établir les schémas national et régionaux d'organisation sociale et médico-sociale pour tenir compte de la suppression des Crosms.

Le schéma national sur les établissements pour handicaps rares sera élaboré par les ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées sur proposition de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Les députés ont maintenu la délibération du conseil de la CNSA en vigueur actuellement.

À l'échelon régional, deux types de schémas seront établis, l'un par le représentant de l'Etat dans la région concernant essentiellement les demandeurs d'asile et les majeurs protégés, l'autre par le directeur général de l'ARS sur les personnes handicapées, enfants et adultes, et âgées dépendantes mais aussi les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa), les appartements de coordination thérapeutique et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue (Caarud).

Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'Etat dans le département et avec l'ARS. L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale et l'accessibilité à l'offre de service de proximité.

Les députés ont voté que les représentants des organisations professionnelles des acteurs du secteur du handicap ou de la perte d'autonomie et des usagers sont consultés pour avis.

Le DG de l'ARS établira les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (Priac) dont le périmètre n'est pas modifié. Pour les prestations financées sur décision tarifaire du directeur général de l'ARS, le Priac dresse "les priorités de financement des créations, extensions ou transformations d'établissements ou de services au niveau régional".

Les députés ont ajouté un dispositif de formation adaptée pour les aidants familiaux et les accueillants, financé par la CNSA. Les deux mesures avaient été votées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009 mais censurées par le Conseil constitutionnel pour des raisons de forme.

Les députés ont également adopté des mesures prévoyant la signature de contrats d'objectifs et de moyens pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad) de grande taille, pour les unités de soins de longue durée (USLD) et pour d'autres établissements sociaux et médico-sociaux de grande taille.

Mercredi 11 mars 2009 - 19:22

HPST: les députés votent l'habilitation du gouvernement à réformer les centres de lutte contre le cancer par ordonnance

PARIS, 11 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté dans la nuit de mardi à mercredi une habilitation du gouvernement à réformer les centres régionaux de lutte contre le cancer (CLCC) par ordonnance 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 mercredi matin tôt l'examen des articles du projet de loi. Le vote sur l'ensemble du texte

aura lieu mercredi 18 mars.

La réforme, prise par ordonnance dans un délai de neuf mois après la promulgation de la loi, portera sur "les missions de service public des centres de lutte contre le cancer", sur l'adaptation des modalités de financement de leurs activités, sur la réforme et la simplification de leur organisation, de leur fonctionnement, de leur gestion et les modalités de leur contrôle budgétaire et comptable.

Le rapporteur Jean-Marie Roland (UMP, Yonne) indique dans son rapport écrit que la réforme devrait aligner les CLCC sur un régime financier "proche de celui des établissements publics de santé", avec détermination d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) et possibilité de mise sous administration provisoire. En revanche, certaines spécificités du secteur privé devraient être maintenues, comme la conférence médicale, le système de convention collective déterminée au niveau de la fédération nationale, la FNCLCC.

Les CLCC rencontrent des problèmes financiers (treize CLCC en déficit et six tout juste en excédent en 2007, avec un déficit cumulé de 14 millions d'euros pour un chiffre d'affaires total de 1,421 milliard d'euros), des problèmes de gouvernance liées à l'absence de formation de gestionnaire de certains médecins-directeurs et à une confusion entre financements des activités cliniques et des activités de recherche ainsi que des problèmes de positionnement vis-à-vis de la tarification à l'activité, indique aussi Jean-Marie Rolland.

Indépendamment de cette future ordonnance, les députés ont voté une disposition à l'article 29 prévoyant que le préfet de région puisse désigner un autre préfet dans la région pour présider le conseil d'administration du CLCC. Comme le préfet de région siègera au conseil de surveillance de l'agence régionale de santé (ARS), il sera en situation d'incompatibilité pour présider le conseil d'administration du CLCC.

L'article 33 donne aussi une habilitation à modifier les parties législatives de plusieurs codes, dont le code de l'action sociale et des familles, le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, afin d'assurer la cohérence des textes avec les dispositions de la loi et à adapter les mesures à l'outre-mer.

Judi 12 mars 2009 - 12:04

HPST: les députés votent la transformation des Cram

PARIS, 12 mars 2009 (APM) - Les députés ont voté mardi soir la transformation des caisses régionales d'assurance maladie (Cram) en caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Cette transformation est liée à la création des agences régionales de santé (ARS) qui vont exercer les missions relatives à l'organisation des soins actuellement assurées par les Cram.

L'article 29 adopté sans modification majeure détaille les missions de ces caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail.

Elles "enregistrent et contrôlent les données nécessaires à la détermination des droits à retraite des assurés du régime général". Elles "liquident et servent les pensions résultant de ces droits, (...) informent et conseillent les assurés et leurs employeurs sur la législation de l'assurance vieillesse";

Ces caisses "interviennent dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs".

Elles "mettent en oeuvre les programmes d'action sanitaire et sociale définis par les caisses nationales" et "peuvent assurer les tâches d'intérêt commun aux caisses de leur circonscription". Elles "assurent un service social à destination des assurés sociaux de leur circonscription".

Lors de la discussion du projet de loi, les députés ont adopté un article additionnel visant à appliquer aux caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail, ainsi qu'aux autres organismes de sécurité sociale du régime général, les principes mis en oeuvre par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en matière de nomination des directeurs et agents comptables des organismes de l'assurance maladie.

Ce dispositif est destiné à optimiser la gestion des carrières des cadres dirigeants de la sécurité sociale et à faire converger les modalités de nomination et de cessation de fonction des directeurs et des agents comptables de

l'ensemble des organismes du régime général.

Cette mesure était présente dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (PLFSS) mais a été considérée comme un cavalier social par le Conseil constitutionnel.

Cette disposition offre "aux caisses nationales concernées l'opportunité de définir, en lien avec les présidents de conseils d'administration, les profils de directeurs et agents comptables susceptibles de répondre aux enjeux auxquels est confronté chaque organisme et de choisir les candidats les plus aptes à mettre en oeuvre au niveau local les orientations définies dans le cadre des conventions d'objectifs de gestion et déclinées dans les contrats pluriannuels de gestion", est-il indiqué dans l'exposé des motifs.

Jeudi 12 mars 2009 - 12:26

HPST: les députés valident les modalités de transition vers les ARS

PARIS, 12 mars 2009 (APM) - Les députés ont adopté les articles qui organisent le transfert aux agences régionales de santé (ARS) des droits et obligations ainsi que des personnels des différents organismes auxquels elles se substituent, dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

L'article prévoit que le 1er janvier 2010, l'ARS est substituée pour l'exercice de ses missions à l'Etat, à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), au groupement régional de santé publique (GRSP), à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), à la mission régionale de santé (MRS) ainsi que, pour la partie de compétences transférées, à la caisse régionale d'assurance maladie (Cram).

L'ARS est substituée à la MRS et à l'Etat, pour les compétences transférées, dans l'ensemble de leurs droits et obligations. Leurs biens meubles sont transférés de plein droit et en pleine propriété à l'agence et les biens immeubles de l'Etat sont mis à disposition de l'ARS.

Le gouvernement a fait adopter un amendement qui prévoit que "le représentant de l'Etat est autorisé à mettre à disposition de l'ARS, pour l'exercice de ses missions, les biens immeubles mis à disposition de l'Etat par les départements". La dotation générale de décentralisation versée par l'Etat aux départements est maintenue en contrepartie des locaux mis à la disposition des ARS.

L'article prévoit la substitution des ARS aux ARH et au GRSP "dans l'ensemble de leurs droits et obligations". Les modalités de ce transfert devront être précisées par "une convention" conclue entre le directeur de l'ARH et le préfiguré de l'ARS.

Dans le même esprit, l'article prévoit que le transfert de droits et obligations, biens et meubles et immeubles de l'Urcam à l'ARS sera réglé par une convention conclue entre le directeur de l'Urcam et le préfiguré de l'ARS.

Il est précisé que "le transfert des droits et obligations ainsi que des biens de toute nature en application du présent article s'effectue à titre gratuit et ne donne lieu ni à un versement de salaires ou honoraires au profit de l'Etat ni à perception d'impôts, droits ou taxes".

TRANSFERT DU PERSONNEL

L'article précise les modalités de transfert aux ARS des différentes catégories de personnels actuellement en fonction dans les organismes auxquels elle est substituée. Ce transfert s'effectuera à statut constant.

Le texte prévoit ainsi que les fonctionnaires d'Etat affectés dans les ARS conserveront "le bénéfice de leur statut" et les fonctionnaires hospitaliers et territoriaux poursuivront leur activité au sein de ces agences dans "la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement".

Les praticiens hospitaliers (PH) poursuivront leur activité "dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement". Les agents contractuels de droit public et de droit privé seront transférés dans ces agences et conserveront "à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat".

Les agents de l'assurance maladie transférés aux ARS garderont le bénéfice des accords collectifs de travail des agents des organismes de sécurité sociale.

MISSION DES PREFIGURATEURS

Les députés ont adopté sans modification l'article qui prévoit la nomination de "préfigurateurs" chargés d'organiser la mise en place des ARS au 1er janvier 2010. Ils seront en charge de la coordination de la dissolution des organismes auxquels l'agence est substituée.

Le préfigurateur sera chargé de négocier et de signer les conventions prévues pour les modalités de transfert et d'assurer le suivi des modalités de dissolution des organismes existants et de transfert des biens et des personnels.

"Il élabore le projet d'organisation des services, prépare et arrête le budget du premier exercice et négocie et signe avec les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie le premier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens", stipule le texte.

Pour accomplir les missions que lui sont confiées, il pourra faire "appel au concours des services compétents de l'Etat, ainsi que de ceux de l'ARH, du GRSP, de l'Urcam et de la Cram".

La nomination en Conseil des ministres des directeurs généraux préfigurateurs des ARS est prévue après le vote définitif du projet de loi HPST, rappelle-t-on (cf dépêche [APM SNMBQ001](#)).

DATES D'ENTREE EN VIGUEUR DES MESURES

Les députés ont adopté avec des modifications l'article qui prévoit la date d'entrée en vigueur des dispositions liées à la création des ARS. L'essentiel des mesures a vocation à entrer en vigueur au 1er janvier 2010.

Un délai supplémentaire de six mois est donné pour l'entrée en vigueur de l'abrogation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) et des comités régionaux de l'organisation sanitaire (Cros).

Les députés ont adopté un amendement du gouvernement qui maintient les GRSP et les conférences sanitaires jusqu'à la mise en place des ARS début 2010. L'amendement rend applicable dès la publication de la loi HPST la création des Unions régionales des professionnels de santé (URPS) afin que les élections aient lieu au 1er semestre 2010.

La ministre de la santé a fait adopter un amendement ajoutant des mesures transitoires afin de "prendre en compte le délai entre la création de nouvelles procédures et la mise en place effective des ARS".

Pour les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (Sios), l'article stipule que le ministère de la santé est chargé d'arrêter la liste des équipements et activités pour lesquels plusieurs régions, qu'il détermine, sont tenues d'établir un schéma en commun. L'article précise qu'il "peut prévoir que, dans certaines régions aux caractéristiques géographiques ou démographiques spécifiques, ces équipements et activités font, par dérogation, l'objet d'un schéma régional".

Cette disposition vise notamment l'Ile-de-France qui n'a pas la possibilité actuellement d'adopter son Sios pourtant prêt car il concerne une seule région.

L'amendement prévoit que jusqu'à la mise en place des ARS, les compétences exercées à l'égard des établissements de santé par les ARH sont maintenues. Il prévoit aussi que les procédures de coopération entre professionnels de santé peuvent être mises en oeuvre dès à présent, en confiant la responsabilité aux MRS d'ici à la mise en place des ARS.

De même, les procédures relatives à l'éducation thérapeutique peuvent être mises en place dès maintenant, sous la responsabilité des GRSP d'ici à la mise en place des ARS.

Dans les établissements de santé, il est proposé de reporter la mise en oeuvre de la nouvelle gouvernance à la désignation effective des membres des conseils de surveillance, qui interviendra au plus tôt et en tout état de cause avant la fin de l'année 2009.

ORDRE INFIRMIER: CALENDRIER DES ELECTIONS COMPLEMENTAIRES

Concernant l'Ordre infirmier, l'amendement fixe à un an le délai entre l'installation du conseil national et

l'organisation des élections complémentaires des conseils.

Il était prévu que ces élections complémentaires soient organisées dans les deux mois suivant l'ouverture de la première ou de la seconde vacance mais les conseils départementaux et régionaux nouvellement élus n'auront pas les moyens de procéder dans les délais légaux à ces élections complémentaires sans l'appui du conseil national de l'ordre, est-il expliqué dans l'exposé des motifs.

Enfin, la prise en charge du corps des directeurs des soins par le Centre national de gestion (CNG) prévue à l'article 7 du projet de loi HPST prendra effet un an après la publication de la loi.

Actuellement, le corps des directeurs des soins est géré au niveau de chaque établissement et le transfert vers le CNG ne peut se faire sans avoir, au préalable récupéré l'ensemble des dossiers administratifs des personnels concernés, créé une base de données de gestion de ces personnels et organisé les élections professionnelles du corps (commission administrative nationale et comité consultatif national).

Jeudi 12 mars 2009 - 15:46

Hôpital: les listes d'habilitation aux fonctions de chef de service vont paraître prochainement

PARIS, 12 mars 2009 (APM) - Les listes d'habilitation aux fonctions de chef de service dans les hôpitaux vont paraître prochainement au Journal officiel, a-t-on appris jeudi auprès du ministère de la santé.

Ces listes qui sont très volumineuses puisqu'elles couvrent plusieurs centaines de pages et sont donc publiées en plusieurs fois, devraient paraître "la semaine prochaine" au Journal officiel, indique-t-on au ministère.

Cette précision intervient alors que des présidents de commission médicale d'établissement (CME), notamment de CHU, et des syndicats de praticiens hospitaliers ont fait part il y a quelques jours de leur inquiétude à ce sujet.

La Coordination médicale hospitalière (CMH) et le Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics (Snam-HP) se sont inquiétés, dans un communiqué commun, de la non publication des listes de 2009, craignant qu'elle laisse présager une disparition des services, rappelle-t-on (cf dépêche [APM CBMC9002](#)).

Au ministère de la santé, on rappelle que les listes de 2008 sont parues en avril de cette même année.

Vendredi 13 mars 2009 - 13:06

HPST: quatre syndicats de médecins protestent contre la création de trois collèges médicaux dans les futures unions régionales des professionnels de santé

PARIS, 13 mars 2009 (APM) - Quatre syndicats de médecins libéraux ont protesté vendredi dans un communiqué commun contre l'adoption par les députés d'un amendement au projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif à la santé, aux patients et aux territoires (HPST) créant trois collèges médicaux distincts au sein des futures unions régionales des professionnels de santé des médecins.

Ces instances, qui se substitueront aux actuelles unions régionales des médecins libéraux (URML) pour les médecins, rassembleront les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral et seront regroupées en une "fédération régionale des professionnels de santé libéraux" (cf dépêche [APM CBMCB006](#)).

Les députés ont adopté mardi un amendement proposé par Jacques Domergue (UMP, Hérault) qui crée trois collèges regroupant les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les médecins de plateaux techniques (chirurgiens, anesthésistes-réanimateurs et gynécologues-obstétriciens), rappelle-t-on.

Au sein des actuelles URML, les médecins sont élus au sein de deux collèges, rassemblant respectivement les généralistes et les spécialistes.

Pour la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), la Fédération des médecins de France (FMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et Alliance, l'amendement de Jacques Domergue institue "une division du corps médical pour leur représentation" dans les URPS, "au moment où la profession médicale a enfin un statut unique de spécialiste pour tous les médecins, y compris les médecins généralistes".

Ils estiment que cette distinction des médecins en trois collèges n'a "pas de sens" et "dénoncent cette mesure qui

morçèle le corps médical et n'a aucun sens en termes de pratique médicale".

Ils réclament "avec la plus grande insistance aux sénateurs de revenir au principe d'un collège unique qui fédère la profession autour d'objectifs fondamentaux communs".

Dans un communiqué distinct, la branche spécialiste de la CSMF, l'Union nationale des médecins spécialistes confédérés (Umespe), a annoncé vendredi qu'elle appellerait l'ensemble des spécialistes à "se retirer de toutes les gardes et astreintes non indemnisées dans les établissements de soins privés, si cet amendement inacceptable [était] maintenu au cours du débat parlementaire".

Vendredi 13 mars 2009 - 15:07

La CME de l'AP-HP opposée à une tutelle de l'ARS

PARIS, 13 mars 2009 (APM) - La Commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP) demande, dans une motion, le retrait de l'amendement visant à placer l'institution sous la tutelle de la future agence régionale de santé (ARS).

Lors de la discussion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) en février, les députés ont voté un amendement confiant au directeur général de l'ARS d'Ile-de-France les mêmes compétences sur l'AP-HP que pour les autres établissements, rappelle-t-on (cf dépêche [APM CDMBJ006](#)).

Dans une motion adoptée le 10 mars et dont APM a eu copie, la CME de l'AP-HP se montre opposée à cette disposition "prise sans concertation alors même qu'une réflexion est en cours sur les CHU et leur gouvernance".

Elle "s'interroge sur les finalités de cette disposition à l'heure où malgré les pathologies qui sont traitées, l'AP-HP présente un bilan financier à l'équilibre".

"Cette décision porte en elle le risque d'éclatement de l'AP-HP", affirme la CME en estimant que l'unicité de l'institution est "la garante du succès des restructurations nécessaires à [son] efficacité et à la qualité de la recherche (...)".

Dans un communiqué séparé, le Syndicat national des médecins hospitaliers Force ouvrière (SNMH FO) s'est félicité de la motion de la CME.

Si cet amendement est maintenu, "demain, c'est l'ARS qui décidera les restructurations des actuels hôpitaux de l'AP-HP, de ses services, de ses activités médicales pour supprimer les 'doublons', avec des conséquences néfastes pour les patients", affirme le syndicat.

Plusieurs syndicats du personnel non médical de l'AP-HP se sont également élevés contre cet amendement, rappelle-t-on.

La ministre de la santé, qui n'avait pas soutenu l'amendement, a assuré à la suite de son vote que ce changement de tutelle ne remettrait pas en cause les avantages et les acquis des personnels, rappelle-t-on (cf dépêche [APM SNMC2002](#)).

MAINTIEN DES SERVICES

Lors de sa séance du 10 mars, la CME de l'AP-HP a adopté une autre motion demandant le maintien des services hospitaliers.

"Le maintien de structures de soins clairement identifiables est indispensable", souligne la commission dans sa motion.

"Seules ces structures permettent l'organisation des soins, l'encadrement et la cohésion des personnels médicaux et non médicaux, la conduite et le suivi de projets de soins et de recherche motivants pour les équipes et les disciplines, la diffusion d'un enseignement aux jeunes en formation, l'accompagnement et l'écoute au quotidien des personnels et des patients", estime-t-elle.

"Cette motion n'a pas pour but de défendre la propriété notariale d'un service", explique à l'APM le président de

la CME, le Pr Pierre Coriat. "Mais il est indispensable que chaque discipline soit bien identifiée. Les malades et les doyens le demandent", assure-t-il.

Vendredi 13 mars 2009 - 15:23

Des erreurs lors de l'administration de médicaments parentéraux chez un tiers des patients en réanimation

LONDRES, 13 mars 2009 (APM) - Les erreurs lors de l'administration de médicaments parentéraux aux patients en réanimation sont fréquentes, concernant un tiers des patients, selon une grande étude internationale.

Ces erreurs sont sans conséquence clinique dans la majorité des cas, mais près d'un pour cent des patients ont eu des conséquences durables ou sont décédés. Mais les auteurs de l'étude ont identifié des facteurs de risque ainsi que des facteurs permettant de réduire le risque d'erreurs.

L'étude a été conduite dans 113 unités de soins intensifs dans 27 pays. Sur 24 heures, 1.328 patients ont été pris en charge.

Sur 11.725 administrations parentérales de médicaments, 857 erreurs sont survenues, soit pour 7% des actes. Elles ont concerné 441 patients, soit un tiers des patients.

Dans 71% des cas, ces erreurs n'ont pas eu de conséquence sur l'état du patient. Mais dans 0,9%, les patients ont eu une séquelle permanente (sept patients) ou sont décédés (cinq patients).

Les erreurs d'administration des médicaments parentéraux étaient en premier lieu des erreurs de moment d'administration (386 événements), suivies par des oublis de médicament (259), des erreurs de dose (118), des erreurs de médicament (61) et enfin des erreurs de mode d'administration (37).

Dans plus des deux tiers des cas, les erreurs sont survenues durant des situations de routine, et beaucoup plus rarement lors d'admissions ou sorties des patients, de déplacements dans l'hôpital ou de situations d'urgence.

Les chercheurs (parmi lesquels Bertrand Guidet de l'hôpital Saint-Antoine à Paris), ont identifié une série de facteurs augmentant le risque d'erreur. Il s'agissait du nombre d'insuffisances d'organes du patient, du fait d'avoir à administrer des médicaments par voie intraveineuse, du nombre d'administrations parentérales à faire à un même patient. Le nombre de patients par infirmière était aussi un critère.

Mais ils ont identifié plusieurs facteurs permettant de réduire le risque d'erreur: le fait que soit mis en pratique un système de surveillance, l'existence d'un système de notification des incidents cliniques, la pratique d'une vérification à chaque changement d'infirmière.

"Ces résultats suggèrent que l'implémentation de plusieurs mesures réalisables pourraient rendre plus sûr le processus d'administration parentérale des médicaments en soins intensifs", estiment les auteurs.

(British Medical Journal, édition en ligne du 13 mars)

Vendredi 13 mars 2009 - 18:13

**Nicolas Sarkozy défendra la réforme de l'hôpital face aux lobbies
(Par l'envoyée spéciale de l'APM, Caroline BESNIER)**

RAMBOUILLET, 13 mars 2009 (APM) - Le président de la République, Nicolas Sarkozy, a assuré vendredi qu'il défendra le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif à la santé, aux patients et aux territoires (HPST) face aux lobbies, lors d'un déplacement dans les Yvelines.

Accompagné du président du Sénat et maire de Rambouillet, Gérard Larcher, et de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, Nicolas Sarkozy a d'abord visité plusieurs services du centre hospitalier de Rambouillet avant de s'exprimer devant une centaine de personnels de l'hôpital et de participer pendant une heure à une table ronde avec des élus, des directeurs d'hôpital, des médecins et des soignants, organisée au centre national du football à Clairefontaine devant environ 1.200 personnes (professionnels de santé, parlementaires, personnalités locales).

Nicolas Sarkozy a rappelé dans son allocution devant les personnels et ses réponses à la table ronde qu'il se

rendait régulièrement dans les hôpitaux depuis son élection et il a réitéré à plusieurs reprises sa reconnaissance envers les personnels hospitaliers.

Pour lui, la réforme de l'hôpital est toutefois nécessaire car l'hôpital a été le "grand absent de toutes les réformes qu'il y a eu depuis 25 ans" et, malgré les fonds et les emplois supplémentaires qui lui ont été dévolus (23 milliards d'euros et 100.000 emplois en 10 ans), "le malaise non seulement ne se réduit pas mais s'est aggravé".

Il estime que la réforme peut désormais s'engager car le climat social a été "apaisé" grâce aux 358 millions d'euros alloués pour payer les heures supplémentaires qui avaient été accumulées par les personnels hospitaliers.

Nicolas Sarkozy a apporté son soutien à Roselyne Bachelot pour mener cette réforme, dont il sait "parfaitement qu'elle inquiète tout le monde pour des raisons d'ailleurs contradictoires". "Il ne faut pas que vous craigniez la réforme" qui apportera une nouvelle organisation, une meilleure définition des missions de l'hôpital, un travail en réseau et le développement des coopérations, a-t-il déclaré aux personnels de l'hôpital de Rambouillet.

Avec la réforme, le patient sera "mieux soigné, mieux reçu, mieux considéré" et il y aura plus de temps pour lui car l'hôpital sera recentré sur sa "mission de base" et non pas "embolisé par des tas de missions qu'on lui impose sans le dire", a-t-il précisé lors de la table ronde.

Nicolas Sarkozy a insisté lors de ses interventions sur les obstacles qui pourraient empêcher la mise en oeuvre de cette réforme. "Tout pousse à l'hôpital pour qu'il n'y ait pas de réforme: il y a des lobbies puissants, pas toujours les plus nombreux mais les mieux placés, il y a des intérêts contradictoires et puis c'est compliqué", a-t-il observé.

"Je ne me laisserai pas prendre par les lobbies, soit des grands patrons, soit des tous petits", avait-il déclaré auparavant devant le personnel de l'hôpital de Rambouillet. Lors de la table ronde, il a à nouveau déclaré qu'il n'y avait pas de "patron" à l'hôpital en précisant qu'en fait, "il n'y a que des patrons, chaque patron annihilant l'autorité de l'autre".

"Je sais très bien que dans les semaines qui viennent j'aurai tous les lobbies qui vont s'organiser, ça commence y compris ceux qu'on ne touche pas encore puisque dans la réforme de l'hôpital, si je ne me trompe pas, les CHU ne sont pas concernés mais "ça va venir", a lancé Nicolas Sarkozy.

La ministre de la santé ayant remarqué que le projet de loi HPST comportait des "choses qui concernent les CHU", il a ajouté que c'était alors "pour ça qu'ils crient déjà si fort".

REFORMER EN GARDANT DE LA SOUPLESSE

Nicolas Sarkozy estime que pour l'hôpital, "le pire risque serait l'immobilisme". "Je ne suis pas sûr qu'on tapera dans la cible du premier coup, c'est tellement compliqué", a-t-il concédé.

"On fait la réforme et on se donne de la souplesse les années qui suivent pour modifier les éléments de la réforme qu'on n'aurait pas réussis; on met en place un nouveau système, une nouvelle organisation, on l'évaluera en permanence et on changera ce qui méritera d'être changé", a-t-il expliqué.

Pour le chef de l'Etat, la réforme de l'hôpital est "juste" et "il faut la faire". "Elle doit être vue par la communauté hospitalière comme une marque d'intérêt de la part du gouvernement et du Parlement" sur un "sujet central" pour les Français, a-t-il expliqué en soulignant que c'est à l'hôpital que "se jouent les valeurs profondes de notre société".

Il a mis en parallèle la "carte hospitalière", la carte militaire et la carte judiciaire qui, selon lui, "expliquent [actuellement] une partie de l'importance des dépenses publiques non productives en France". Il a expliqué que modifier la "carte hospitalière" signifiera "mettre les hôpitaux en réseau", "les convaincre de travailler ensemble et si on ne les convainc pas, les obliger à travailler ensemble". Cela ne veut pas dire qu'on va fermer des hôpitaux mais on va les mettre en réseau, a-t-il ajouté.

"La notion d'objectif comptable, croyez bien qu'on n'y est pas" même si mon rôle est que les dépenses supplémentaires soient des dépenses utiles, a-t-il précisé.

Vendredi 13 mars 2009 - 19:23

Nicolas Sarkozy assure aux médecins que le pouvoir du directeur d'hôpital sera encadré par l'évaluation (Par l'envoyée spéciale de l'APM, Caroline BESNIER)

RAMBOUILLET, 13 mars 2009 (APM) - Le président de la République, Nicolas Sarkozy, a assuré vendredi que les médecins ne devaient pas s'inquiéter du renforcement du pouvoir du directeur d'hôpital dans le cadre du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) car celui-ci sera encadré par l'évaluation, lors d'un déplacement dans les Yvelines.

Accompagné du président du Sénat et maire de Rambouillet, Gérard Larcher, et de la ministre de la santé, Roselyne Bachelot, Nicolas Sarkozy a d'abord visité plusieurs services du centre hospitalier de Rambouillet avant de s'exprimer devant une centaine de personnels de l'hôpital et de participer à une table ronde avec des élus, des directeurs d'hôpital, des médecins et des soignants, organisée au centre national du football à Clairefontaine devant environ 1.200 personnes (professionnels de santé, parlementaires, personnalités locales) (cf dépêches [APM CBMCD002](#) et [APM SOMCD002](#)).

Devant les personnels du CH de Rambouillet, le chef de l'Etat a affirmé qu'il comprenait "qu'à l'hôpital, le projet est d'abord médical et que les médecins et les professionnels de santé ont un rôle majeur".

Il a été interpellé lors de la table ronde par le président de la commission médicale d'établissement (CME) du CH de Versailles, Pierre Foucaud, sur la façon dont la réforme conciliera "la nécessaire efficacité des décisions d'un directoire resserré avec la toute autant nécessaire concertation avec les différents acteurs de l'hôpital et en premier lieu avec le moteur que constitue la communauté médicale". Pierre Foucaud a également fait part de sa "petite inquiétude" sur les missions dévolues à la CME dans le projet de loi HPST.

Nicolas Sarkozy a tenté de le rassurer en indiquant que le directeur sera évalué sur sa capacité à "faire émerger un véritable projet d'équipe, un projet médical" et "à être un chef d'équipe à fédérer, à rassembler autour de lui". "On n'est pas dans un régime de dictature" et les questions "d'entente avec les médecins, d'entente avec le personnel, du projet médical" et la capacité à fédérer une équipe seront "capitales dans l'évaluation" du directeur, a-t-il ajouté.

"Il devra rendre des comptes; le garde fou, c'est cela", a-t-il souligné. "C'est la logique de ce que l'on fait (...) il ne s'agit pas de donner du pouvoir au directeur et puis après qu'il martyrise tout le monde".

Le président a remarqué que le directeur devra assumer ses responsabilités devant l'agence régionale de santé (ARS) et devra donc se justifier si dans son établissement, c'est "la bagarre", "les médecins se sentent découragés" ou il n'y a pas "une véritable équipe fédérée autour du projet de l'hôpital".

Roselyne Bachelot a de son côté rappelé que le projet de l'hôpital "ne peut être qu'un projet médical" et que le rôle du directeur sera de mettre en oeuvre ce projet médical, élaboré par la communauté soignante et "en premier lieu les médecins". Elle a souligné que le président de la CME sera le vice-président de droit du directoire, qui lui-même sera à majorité médicale.

Pour la ministre, la loi renforce à la fois le pouvoir du directeur, le pouvoir médical et celui des chefs de pôle. "Ce n'est pas du tout antinomique", a observé Roselyne Bachelot.

Elle a tenu à préciser que "les pôles ne feront pas disparaître les services" et que la nouvelle gouvernance se poursuivrait et serait renforcée.

COOPERATIONS ENTRE LES CH DE RAMBOUILLET ET VERSAILLES

Le président de la République a salué lors de son déplacement les coopérations "exemplaires" engagées entre les CH de Rambouillet et de Versailles, qui lui ont été présentées lors de sa visite de l'hôpital de Rambouillet.

Le directeur de l'hôpital de Versailles, Olivier Colin, a indiqué lors de la table ronde que les deux hôpitaux travaillaient "en bonne entente depuis plusieurs années" et que huit coopérations étaient en cours. Il a souligné que deux principes étaient respectés dans ces coopérations qui permettaient d'ailleurs de faire des économies: le fait que ce soit le médecin qui se déplace, et non le patient, et la garantie de l'accessibilité des plateaux techniques, tout en permettant au patient de retourner au plus vite dans l'hôpital près de son lieu d'habitation.

Pour Olivier Colin, la loi permettra d'apporter un cadre juridique à ces coopérations, grâce à la mise en oeuvre de

communautés hospitalières de territoires (CHT). Il a toutefois souligné que ce cadre devait être souple pour permettre aux initiatives de se mettre en place. "Dans notre territoire, nous aurons probablement rapidement une CHT", a-t-il remarqué.

Contacté jeudi par l'APM, le directeur par intérim de l'hôpital de Rambouillet, Frédéric Limouzy, a évoqué des partenariats avec l'hôpital de Versailles sur l'hématologie, la chirurgie (en urologie notamment), la cardiologie et la neurologie. Plusieurs médecins travaillent sur les deux sites.

Il a indiqué par exemple que les deux hôpitaux se complétaient sur la cardiologie, avec une unité de soins intensifs en cardiologie (Usic) à Rambouillet et la cardiologie interventionnelle réalisée à Versailles.

Frédéric Limouzy a également évoqué le projet de mutualisation des systèmes d'information et de communication (Music) entre les deux établissements et l'établissement psychiatrique et l'établissement gériatrique de Plaisir (Yvelines).

Il a par ailleurs évoqué la mise en place de la filière gériatrique autour du CH de Rambouillet.

S'agissant de la situation financière du CH de Rambouillet (480 lits et places), il a précisé que la tarification à l'activité (T2A) était favorable à l'établissement et que l'hôpital avait fini 2008 en excédent, grâce notamment à un plan de retour à l'équilibre engagé depuis plusieurs années.