

Synthèse des principaux points de la PPL Fourcade votée le 13 juillet 2011

La proposition de loi déposée par Jean-Pierre Fourcade¹ a été votée le 13 juillet, après tenue la veille d'une commission mixte paritaire. Le texte avait été adopté en 2^{ème} lecture le 1er juillet au Sénat et le 7 juillet à l'Assemblée Nationale.

Il a fait l'objet d'une décision du Conseil constitutionnel le 4 août 2011 et est devenu la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

[Cliquer ici pour accéder au texte](#)

[Cliquer ici pour accéder au dossier législatif](#)

Le Conseil constitutionnel a dans sa décision du censuré 26 articles totalement et 4 partiellement, au regard de sa jurisprudence sur les cavaliers législatifs (par rapport à la proposition de loi initiale) et sur l'entonnoir (par rapport au texte adopté en 1^{ère} lecture).

Le texte comporte désormais 39 articles, après censure, contre 65 articles lors de son adoption (soit 17 de moins qu'en 1^{ère} lecture, mais 50 de plus que dans la proposition de loi initiale).

On peut tenter de regrouper le texte autour des thématiques suivantes :

- des mesures stratégiques liées à l'amélioration de la loi HPST et à la mise en œuvre du plan « médecine de proximité » ;
- d'autres mesures plus ou moins structurantes sur l'offre de soins,
- des mesures liées à des professions de santé, aux médicaments et à des actions de santé publique ;
- d'autres mesures d'ajustement.

Les articles ont été renumérotés à l'issue de l'examen du texte. Les numéros définitifs et provisoires restent mentionnés ici.

1- Les mesures stratégiques d'amélioration de la loi HPST et de mise en œuvre du plan « médecine de proximité »

1.1 Au titre des relations avec les médecins libéraux

1.1.1 Mesures liées à l'exercice collectif : création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires et définition des maisons de santé

La PPL Fourcade intègre un dispositif de sécurisation juridique et fiscale de l'exercice coordonné, en créant le statut de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (article 1). Elle comprend également une nouvelle définition des maisons de santé (article 2).

A l'article 1, la 2^{ème} lecture n'a pas apporté d'évolutions significatives. La CMP a conservé la version adoptée à l'Assemblée nationale sur la responsabilité des professionnels pour leurs actes au sein de la SISA, précisant qu'elle restait individuelle. Les professionnels susceptibles d'y participer restent les professionnels médicaux (au moins 2), les auxiliaires médicaux (au moins 1) et les pharmaciens. Parallèlement aux débats,

¹ Proposition de loi modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

le ministre a fait état d'un courrier co-signé avec son collègue du budget à l'UNPS visant à rassurer les professionnels de santé engagés dans un exercice coordonné et bénéficiant des nouveaux modes de rémunération sur leur régime fiscal, les éléments correspondants ayant vocation à être adoptés en PLF 2012.

A l'article 2, la CMP a opté pour le texte de l'Assemblée Nationale, permettant ainsi des échanges facilités d'informations médicales entre les professionnels d'une même maison de santé et prévoyant que le projet de santé est signé par les professionnels engagés dans la maison de santé.

1.1.2 Mesures d'allègement des obligations résultant de la loi HPST

- Contrat santé solidarité

La loi HPST avait créé le principe d'un contrat dit Santé-solidarité, passé entre l'ARS et un médecin de premier recours exerçant en zone surdense, afin de pourvoir à un déficit au regard du SROS-PRS en zone sous-dense, assorti d'une sanction (« contribution ») financière en cas de refus du médecin libéral concerné.

L'article 3 adopté retire comme prévu la partie « répressive » de ce dispositif, ne conservant qu'un contrat de nature incitative.

A noter qu'aux termes des changements adoptés, outre cette suppression de la partie répressive :

- le contrat santé solidarité doit être conforme à un contrat-type défini entre l'UNCAM et les partenaires conventionnels ;
- mais il reste proposé par le DG de l'ARS aux médecins exerçant dans les zones où l'offre de soins est particulièrement élevée, et ce après l'évaluation menée 3 ans après l'adoption du SROS.

- Déclaration d'absence (article 10, ex-article 4 de la PPL)

L'article 4 de la PPL avait pour objectif de supprimer l'obligation de déclaration au CDOM des absences programmées des médecins exerçant en médecine ambulatoire. Supprimée au Sénat en 1ère lecture, puis en commission à l'AN, cette disposition a été rétablie puis votée. Il n'y a donc plus d'obligation de déclaration d'absence.

1.1.3 Autres mesures liées aux professionnels de santé

- Contrats bonne pratique et contrats de santé publique (article 12, ex-article 5)

Dans le cadre du plan « médecine de proximité » de janvier 2011, le rétablissement d'une base juridique pour les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique avait été annoncé. Il s'agit principalement de pouvoir continuer à rémunérer sur une base satisfaisante les professionnels ayant souscrit ces engagements.

L'article 12 a été adopté dans les termes de l'Assemblée, n'inscrivant ce rétablissement que dans une perspective transitoire (fin 2012) pour permettre la mobilisation d'ici là des nouveaux outils de la loi HPST (contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins).

- Permanence des soins en établissements de santé (article 8, ex-article 3 bis)

L'article voté permet de disposer d'une base législative facilitant la mise en place de la PDSES, en renvoyant à un arrêté la fixation des modalités d'indemnisation des professionnels de santé libéraux qui participent à la permanence des soins au sein des établissements de santé privés à but lucratif.

1.2 Au titre de la programmation régionale de la politique de santé

- SROS et projet régional de santé (article 35, ex-14 bis)

L'article 35 vise à permettre :

- la prorogation des SROS-III jusqu'à la publication, dans chaque région, du schéma régional d'organisation des soins, élément du plan régional de santé (SROS-PRS) ;
- la remise en cause des autorisations devenues incompatibles avec ce SROS-PRS sans devoir attendre leur échéance naturelle ;
- la prorogation des CPOM établissements dans l'attente de l'adoption des SROS-PRS (au maximum 6 mois après la publication du PRS)

- Consultation pour l'adoption du PRS (article 36, ex 14 ter) et sécurisation juridique des actes d'application du PRS (article 4, ex 3 bis AA)

L'article 36, modifié en 2^{ème} lecture, allège les obligations de consultation pour l'adoption et la révision des PRS et de leurs composantes : il prévoit que le projet de PRS fait l'objet d'une publication sous format électronique et que la CRSA, le Préfet et les collectivités locales (Conseil régional, Conseils généraux et communes) disposent d'un délai de 2 mois pour transmettre leur avis à l'ARS, à compter de la publication d'un avis de consultation au recueil des actes administratifs.

Ainsi, il n'y a plus de procédure de consultation formelle obligeant à un envoi de documents à toutes les collectivités locales, mais celles-ci pourront donc toutes participer, si elles le souhaitent, à la consultation « ouverte » ainsi organisée.

Par ailleurs, l'article 4 reprend un dispositif de sécurisation juridique inspiré du droit de l'urbanisme, en prévoyant qu'au-delà d'un délai de 6 mois, une illégalité formelle liée à l'adoption du PRS ou des schémas régionaux ne peut plus être invoquée par la voie d'exception lors de la contestation d'un acte pris en application de ces documents (autorisations par exemple).

- Caractère non-opposable du SROS ambulatoire (article 4, ex 3 bis AA)

Sans apporter de changement par rapport à la situation actuelle, l'article 4 précise que le SROS ambulatoire n'est pas opposable aux professionnels libéraux de santé et qu'il ne remet pas en cause la liberté d'installation.

- zonage (article 4, ex 3 bis AA)

L'article 4 permet également, grâce à une disposition adoptée en 2^{ème} lecture, au DG d'ARS d'arrêter par anticipation les zones destinées à assurer une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, sans attendre l'adoption du SROS et du PRS.

Cette mesure est destinée à favoriser l'articulation entre l'exercice conventionnel (infirmières, médecins) et l'exercice de zonage effectué par les ARS.

- missions de services publics des établissements de santé (article 4, ex 3 bis AA) [censuré par le CC]

A l'article 4 avait été introduite en 2^{ème} lecture à l'Assemblée, après concertation approfondie avec les fédérations hospitalières, une disposition visant à clarifier et sécuriser les modalités d'attribution des missions de service public des établissements de santé. Elle a été censurée par le CC au titre de sa jurisprudence dite de l'entonnoir.

- Imagerie médicale

Parmi les amendements parlementaires adoptés figure un article 33 (ex 14 C) qui prévoit un régime d'autorisation expérimental, mis en place par les agences régionales de santé, sur la base du volontariat, pour organiser la collaboration entre les professionnels et favoriser la substitution et la complémentarité entre les techniques d'imagerie médicale.

Les autorisations de plateaux d'imagerie médicale mutualisés accordées à titre expérimental par le directeur général de l'agence régionale de santé doivent être compatibles avec les orientations du SROS.

2- Dispositions complémentaires sur l'offre de soins

Outre les mesures touchant directement à l'adaptation de la loi HPST et aux dispositions relatives à la médecine de proximité, la proposition comporte des articles, souvent nouveaux, sur des sujets plus ou moins structurants.

2.1 Parmi les nouveautés du texte, en dehors de son champ initial, on peut relever :

- l'article 11 (ex 4 bis) sur la taxation des feuilles de soins en absence télétransmission, renvoyant à une décision du DG de l'UNCAM en l'absence d'accord au 30 septembre 2011 ;
- l'article 30 (12 bis) sur une expérimentation de DMP sur clé USB (reprise d'une proposition de loi déjà votée à l'Assemblée nationale mais non inscrite à l'ordre du jour au Sénat).
- l'article 62 (ex 31) qui aménage un dispositif transitoire sur le développement professionnel continu, en l'attente des décisions consécutives aux Assises du médicament.

Les articles 56 (ex 24) sur la responsabilité civile médicale et 54 (ex 22) sur les mutuelles et les réseaux de soins, qui avaient fait l'objet de débats nourris, ont été censurés par le Conseil constitutionnel.

2.2 Sur les questions liées aux structures de soins et à l'hôpital, on peut relever les dispositions suivantes, nouvelles ou confirmées :

- l'article 15 (ex 7) qui permet au DG d'ARS de suspendre ou fermer un centre de santé en cas de problème de qualité ou de sécurité des soins ;
- l'article 22 (ex 9 bis BA) : les sites internet des établissements de santé doivent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels qui y exercent ;
- l'article 31 (ex 14 A) qui modifie le régime des GCS-établissement de santé, en assouplissant le choix de la formule juridique publique ou privée ;
- l'article 46 (ex 19) prévoyant la participation des établissements du service de santé des armées aux formules de coopération sanitaire.

Les articles 16 (ex 7 bis) sur la certification des établissements de santé et 23 (ex 9 bis B) sur la fonction publique hospitalière (dont expérimentation temps de travail des praticiens hospitaliers outre-mer) ont été censurés par le Conseil constitutionnel.

Après de nombreux allers-retours, ont été votés :

- l'article 20 (ex 9) qui vise à simplifier le régime des fondations hospitalières, dans une version différente de celle du texte initial ;
- l'article 29 (ex 12) qui vise à favoriser la détention et le transfert des dossiers médicaux des établissements de santé en n'exigeant pas l'accord systématique des patients pour le passé.

Parmi les rapports qui devront être remis au Parlement :

- à l'article 17 (ex 7 ter A,) a été prévue la remise chaque année au Parlement sur les efforts engagés par les

agences régionales de santé en matière de recomposition de l'offre hospitalière.

- à l'article 21 (ex 9 bis A) est prévu un rapport de l'ATIH et des rapports des ARS sur le bilan national et comparatif par région, quantitatif et qualitatif, de la prévalence des actes et interventions chirurgicales réalisés par les établissements de santé

Enfin, l'article 61 (ex 30) prévoit la possibilité de placer sous administration provisoire un établissement de santé « *en cas de manquement grave portant atteinte à la sécurité des patients* », et non plus seulement en cas de difficultés financières.

2.3 En matière médico-sociale, le texte :

- confirme à l'article 34 (ex 14) le fait que le groupement de coopération sociale ou médico-sociale n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social ;

- prévoit à l'article 37 (ex 15) la possibilité pour la CNSA de subdéléguer aux ARS les crédits de la section IV de son budget (suite des dispositions LFSS 2011) ;

- exonère des appels à projets les transformations d'établissements médico-sociaux sans modification de la catégorie (article 38, ex 16).

A noter que l'article 37 (ex 15) aligne les centres d'addictologie sur le régime de droit commun des autorisations en matière médico-sociale (15 ans).

Enfin, l'article 39 (ex 16 bis A), qui étendait la prise en charge des frais de transports aux personnes accueillies en centre médico-psycho-pédagogique et en centre d'action médico-sociale a été censuré par le CC.

3- Dispositions relatives aux professions de santé, aux médicaments et à la santé publique

3.1 Professions de santé

Un nombre important de dispositions relatives aux professions de santé, souvent nouvelles, ont été adoptées, dont la quasi-totalité ont été censurées par le Conseil constitutionnel. Seule est demeurée la disposition de l'article 13 (ex 6) qui modifie les règles d'information des patients sur les dispositifs médicaux sur mesure et leur traçabilité (concerne principalement les dentistes et les prothèses dentaires).

Les dispositions sur les assistants dentaires, les nutritionnistes et toutes les dispositions sur la biologie (ratification et modification de l'ordonnance biologie) ont été censurées.

Par ailleurs, l'article 9 bis qui créait un système de transparence des avantages perçus par les professionnels de santé de la part d'entreprises, sur le modèle des *Sunshine Acts*, a été supprimé en 2^{ème} lecture, ayant vocation à être repris dans un ensemble plus large dans le projet de loi médicaments.

3.2 Dispositions relatives aux médicaments et produits de santé

La plupart des dispositions introduites en cours de discussion sur les médicaments ont été finalement supprimées, par renvoi au débat sur le projet de loi spécifique sur le sujet. La seule disposition qui était demeurée, l'article 42 (ex 9 quater) sur les règles de propriété intellectuelle régissant les médicaments génériques, a été censurée par le Conseil constitutionnel, tout comme l'article 45 (ex 18 bis) sur les préparations magistrales en officine, destiné à alléger les obligations déclaratives des officines vis-à-vis des ARS.

3.3 Dispositions sur la politique de santé publique

Ont été adoptés :

- l'article 25 (ex 10) sur la réserve sanitaire, qui tire les conséquences de la création des ARS et les leçons de la difficulté de mobilisation observée dans le cadre de la gestion de la grippe A ;
- l'article 26 (ex 11) sur le règlement sanitaire international et ses conséquences sur la responsabilité des transporteurs ;

Ont en revanche été finalement censurées par le Conseil constitutionnel :

- à l'article 47 (ex 20) une disposition clarifiant les compétences des préfets et des ARS sur la lutte contre le saturnisme.
- à l'article 41 (ex 17 bis), une disposition sur la contraception d'urgence dans les services de santé universitaires, qui visait à permettre l'adoption sur ce champ d'un décret prévu par la loi HPST ;
- au même article, une disposition permettant aux sages-femmes de prescrire une contraception sans s'inscrire dans un suivi par un médecin ;
- à l'article 42 (ex 17 ter), une disposition prévoyant une expérimentation, initiée par l'ARS, dans une région « *qui connaît un taux important de recours à l'interruption volontaire de grossesse et des difficultés pour organiser leur prise en charge* », autorisant les sages-femmes des établissements de santé, publics ou privés, à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.
- à l'article 57 (ex 25) la reprise intégrale d'une proposition de loi déjà adoptée par l'Assemblée nationale sur le dépistage précoce des troubles de l'audition (avant le 3ème mois de l'enfant), les ARS ayant un rôle de pilotage d'un programme régional (dans les 2 ans suivant le vote de la loi) et d'agrément de structures de diagnostic.

4- Dispositions complémentaires diverses

Ont également été adoptées :

- à l'article 47 (ex 20), une série de mesures de coordination et corrections d'imprécisions, omissions ou erreurs de la loi HPST, notamment pour permettre aux ARS de prendre en charge des mesures qui étaient par erreur restées dans le champ de compétence de l'Etat (par exemple paiements des médecins coordonnateurs désignés par les TGI) ;
- à l'article 64 (ex 33), la ratification de 4 ordonnances prises en application de la loi HPST.
- à l'article 65 (ex 34), les conditions de l'application des dispositions de la proposition de loi outre-mer ;

Enfin, la disposition de l'article 28, conférant une base légale aux structures régionales d'appui (type OMEDIT, CCLIN ou autres) a été finalement supprimée.