

Les apports de la loi Fourcade à la loi HPST

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

La loi n°2011-940, dite « loi Fourcade », a été adoptée le 10 août 2011. Elle fait suite à la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) adoptée en juillet 2009, qui avait pour but la réorganisation globale de l'ensemble du champ sanitaire et médico-social sur le territoire français. Elle a notamment créé les Agences Régionales de Santé (ARS) et entraîné une série de mesures afin de réformer la gouvernance des hôpitaux et de lutter contre les inégalités d'accès aux soins. La loi Fourcade a pour objectif d'aménager certaines de ces mesures dont l'application est apparue trop complexe ou administrativement trop lourde, ou qui ont été très mal perçues par les professionnels de santé. Elle ratifie également l'ordonnance de coordination avec la loi HPST du 23 février 2010, lui donnant une valeur juridique. Près de la moitié des articles de cette loi ont été censurés par le Conseil Constitutionnel, comme les mesures en matière tarifaire ou celles qui prévoient le dépistage systématique de la surdité chez les nourrissons. Toutefois ce n'est pas la pertinence des dispositions qui a été censurée, donc il n'est pas exclu qu'elles soient reprises ultérieurement avec d'autres vecteurs législatifs.

En synthèse

◆ De nombreuses mesures visent à simplifier et affiner les règles du secteur médico-social

La loi Fourcade clarifie les conditions de transformation des établissements sociaux et médico-sociaux au regard de la procédure d'autorisation par appel à projet

La procédure d'appel à projet avait été instaurée par la loi HPST pour que les établissements obtiennent une autorisation pour les projets de création, extension ou transformation des services ou établissements sociaux et médico-sociaux. La loi Fourcade vient lever certaines ambiguïtés : **les transformations sans modifications de la catégorie de prise en charge sont exonérées de la procédure d'appel à projet mais pas de la procédure d'autorisation.** Les opérations de regroupement d'établissements et services sont ainsi exonérées de la procédure si elles n'entraînent pas des extensions de capacités supérieures à 30% ou 15 places ou lits de la capacité initiale autorisée et si elles ne modifient pas les missions des établissements et services. Cette deuxième condition s'entend comme la non-modification de la catégorie de prise en charge.

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont placés sous la compétence conjointe du directeur général de l'ARS et du Président du Conseil Général

La loi vient ici réparer une contradiction de la loi HPST qui avait attribué à la fois une compétence exclusive sur ces centres au directeur général des ARS et une compétence conjointe à ce même directeur et au Président du Conseil Général. La compétence conjointe est donc confirmée.

Une mesure liée à cette confirmation stipule que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ne sont pas obligatoires pour les CAMSP. C'est le cas seulement pour les établissements relevant de la compétence exclusive des directeurs des ARS ou des préfets de région.

Des règles applicables dans les structures d'addictologie et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont aménagées

La durée de la première autorisation des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) était fixée à trois ans au lieu de quinze pour les établissements. La loi Fourcade abolit cette différence en portant à **quinze ans la durée de toutes les premières autorisations.** Cette mesure est donc rétroactive : les autorisations de trois ans accordées auparavant sont automatiquement prolongées dans la limite de quinze ans.

En ce qui concerne les EHPAD et les professionnels de santé libéraux, l'objectif de la loi HPST était d'empêcher la requalification des interventions en EHPAD des professionnels de santé libéraux en activités

salariées, soumises aux cotisations sociales afférentes. Le gouvernement estimait qu'une circulaire suffirait pour préciser leurs conditions d'exercice aux URSSAF mais les instructions n'ont pas été données. La loi Fourcade y remédie en indiquant que les professionnels de santé qui exercent à titre libéral au sein d'un EHPAD avec lequel ils ont conclu un contrat de coordination sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement.

Le statut des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) est clarifié

La loi HPST avait complexifié les règles en créant des ambiguïtés. L'alignement du régime juridique des GCSMS sur les groupements de coopération sanitaire introduisait une incertitude sur la transposition ou non au secteur social et médico-social de la distinction entre groupements de moyens et groupements d'établissements. Cette incertitude est levée car la loi Fourcade indique que **le GCSMS n'a pas qualité d'établissement social ou médico-social**, afin d'éviter qu'il acquière cette qualité en dehors du régime de l'autorisation.

Les GCSMS obéissent aux mêmes règles que les groupements de moyens pour la détermination de leur statut public ou privé. **La loi Fourcade revient à ce qui était applicable avant la loi HPST :**

- Le groupement de coopération sociale de moyens est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public ou par des personnes de droit public et des professionnels médicaux.
- Il est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement de personnes de droit privé.

La loi Fourcade supprime aussi la règle de détermination du statut public ou privé en fonction de la provenance des apports au capital du groupement ou des participations à ses charges de fonctionnement. Les groupements mixtes retrouvent par ailleurs la possibilité de choisir librement le statut juridique en l'inscrivant dans leur convention constitutive.

La loi Fourcade adapte les processus de financement de projets par section IV de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

La loi tire les conséquences de la création des ARS sur le processus de décision et de financement des projets financés par la CNSA. Avant la réorganisation des services déconcentrés de l'Etat, les projets financés par sa section IV devaient être agréés par les DDASS en tant qu'autorité compétente de l'Etat. Les ARS qui se sont substituées à elles sont des établissements publics administratifs qui ne peuvent valider des projets au nom de l'Etat. La loi Fourcade supprime donc ce mode de fonctionnement et prévoit que **la CNSA peut déléguer une partie des crédits de sa section IV aux ARS**, afin d'éviter que l'ensemble des dossiers, en particulier ceux d'intérêt régional, soient traités au niveau national. Les ARS devront rendre compte annuellement de la conformité de ces dépenses aux objectifs assignés à la section IV (qui est destinée à la promotion des projets innovants, la formation des aidants ou accueillants familiaux et la professionnalisation des métiers de services).

La loi Fourcade met également fin à la subdivision de la section IV entre secteur du handicap et secteur relatif aux personnes âgées : la répartition des crédits entre les deux sous-divisions se faisait selon un mode de calcul arbitraire, difficilement applicable sur le terrain (notamment pour les projets portés par des services d'aide à domicile, ciblant les deux catégories d'usagers) et cela entraînait des difficultés pour dépenser le budget de 69 millions d'euros de la sous-division dédiée au secteur du handicap. La loi Fourcade supprime donc la subdivision pour mutualiser les financements attribués aux mêmes types d'actions, quel que soit le public concerné. On attend de cette mesure qu'elle limite les réserves de la section IV, qui s'élevaient à 124 millions d'euros en 2010.

La loi Fourcade fixe les modalités de consultation sur les schémas d'organisation sociale et médico-sociale

La loi comble ici un oubli de la loi HPST en fixant les modalités concernant les schémas élaborés par le préfet de région et relatifs aux centres d'accueil pour demandeurs d'asile, services et personnes physiques, mandataires judiciaires à la protection des majeurs, délégués aux prestations familiales. Ils doivent être arrêtés après consultation des unions, fédérations et regroupements représentatifs des usagers et des gestionnaires de ces établissements et services dans des conditions définies par décrets.

- ◆ **Les mesures concernant le secteur sanitaire visent à permettre à tous l'accès à des soins de qualité**

La loi Fourcade clarifie le statut des maisons et centres de santé

Elle renforce le statut des maisons de santé en les dotant de la personnalité morale, avec la création des **sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)**, qui peuvent regrouper des personnes physiques exerçant une profession médicale, mais aussi des personnes morales, afin de faciliter l'exercice groupé. Elle élargit également le panel des professions ainsi autorisées à se regrouper, en intégrant les pharmaciens. Les activités réalisées par les professionnels de la maison de santé doivent être assurées dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges fixé par arrêté. Le projet de santé doit être compatible avec les orientations des schémas régionaux, signé par chacun des professionnels de santé rattachés à la maison de santé et transmis pour information au directeur général de l'ARS.

La loi précise aussi les pouvoirs du directeur général de l'ARS à l'égard des centres de santé. Elle donne une base légale à la procédure d'observation : le directeur de l'ARS notifie par courrier le fait que les conditions de fonctionnement d'un centre de santé ne permettent pas d'assurer la qualité et la sécurité des soins et lui demande de faire connaître les mesures correctrices envisagées. En cas de non réponse ou si elle est insuffisante, il enjoint au gestionnaire du centre de prendre toute disposition nécessaire à la cessation des manquements dans un délai déterminé et en constate l'exécution. De plus, si la loi renvoie à un décret le soin de fixer les conditions en question, elle permet aux directeurs des ARS, en cas de manquement compromettant la qualité et la sécurité des soins dans un centre :

- d'enjoindre au gestionnaire du centre d'y mettre fin dans un délai déterminé ;
- en cas d'urgence tenant à la sécurité des patients ou au non-respect de l'injonction, de prononcer la suspension immédiate, totale ou partielle, de l'activité du centre, avec une mise en demeure de prendre les mesures nécessaires ;
- de maintenir cette suspension jusqu'à ce que ces mesures aient pris effet.

Plusieurs mesures pour simplifier et sécuriser la procédure d'élaboration du projet régional de santé

Avant son adoption, il doit faire l'objet d'une publication électronique, afin d'offrir une large transparence et de favoriser la concertation.

Selon la loi HPST, il est arrêté par le directeur de l'ARS et doit faire l'objet d'un avis de la conférence régionale de la santé et l'autonomie, des collectivités territoriales et du préfet de région, ce qui soumet le document à toutes les communes de la région. Cela pose des problèmes pratiques considérables. Aussi ces acteurs disposent-ils à présent de **deux mois à compter de la publication du projet au recueil des actes administratifs de la préfecture de région pour transmettre leur avis à l'ARS.**

La loi Fourcade veut aussi réduire le risque de contentieux : l'illégalité pour vice de forme ou de procédure du PRS et de ses composantes ne peut être invoquée par voie d'exception après un délai de six mois à compter de la prise d'effet du document concerné.

Les anciens schémas régionaux d'organisation sanitaire sont prorogés

Cela leur donne une **validité jusqu'à la publication des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS-PRS)** instaurés par la loi HPST. Ils devaient être publiés fin 2011, mais ce n'était pas envisageable en pratique si l'ARS devait parallèlement réexaminer les SROS III qui avaient perdu leur base légale avec la loi HPST. Cette prorogation évite un vide juridique dans les outils de régulation à disposition des ARS. La loi Fourcade permet aussi au directeur de l'ARS de réviser le SROS III. Dans ce cas, seul l'avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire est requis.

La loi Fourcade améliore l'accès des patients aux informations sur les tarifs de soins

L'obligation d'informer sur les tarifs des actes et les conditions de remboursement (posée par la loi du 4 mars 2002) est étendue aux professionnels exerçant en centres de santé. La loi Fourcade prévoit que les sites Internet des établissements de santé doivent comporter des informations sur les tarifs et honoraires des praticiens qui y exercent. Ces informations peuvent aussi être publiées sur le site de la CNAM.

La loi HPST avait renforcé l'information des patients, en particulier lorsque l'acte délivré au patient comprenait la fourniture d'un dispositif médical. **La loi Fourcade a simplifié le dispositif pour favoriser l'information effective des patients** : la mesure relative au prix d'achat, jugée diffamante et délicate à mettre en œuvre, risquait de ne jamais être appliquée. L'information délivrée au patient doit à présent simplement dissocier le prix de vente de l'appareil proposé du montant des prestations de soins assurées

par le praticien. Elle doit aussi être conforme à un devis-type défini conjointement par l'Assurance Maladie et les organisations représentatives des professionnels de santé concernés avant le 1^{er} janvier 2012. S'il n'y a pas d'accord, ce devis type sera fixé par décret. De plus, l'information délivrée au patient doit mentionner le lieu de fabrication du dispositif médical et le professionnel doit remettre au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés. Ces obligations sont étendues aux professionnels de santé exerçant en centres de santé.

La loi Fourcade favorise la transmission et le stockage d'informations de santé par les professionnels

Dans les maisons et centres de santé, elle **aménage les règles relatives au secret médical** : les informations concernant une personne prise en charge sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge sous deux réserves :

- Le recueil du consentement exprès de la personne par tout moyen, même dématérialisé, ce consentement étant valable tant qu'il n'est pas retiré sous la même forme ;
- L'adhésion des professionnels de santé concernés au projet de santé de la structure.

La personne dûment informée peut refuser à tout moment la transmission d'infos la concernant à un ou plusieurs professionnels de santé.

La loi Fourcade prévoit également **l'expérimentation d'un dossier médical implanté sur un support portable numérique sécurisé** (de type clé USB) pour les assurés sociaux atteints d'une affection de longue durée. Cette mesure avait été annulée deux fois par le Conseil constitutionnel pour des raisons de forme, mais elle est reprise par la loi. La mesure sera expérimentée dans les régions identifiées par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé, dès parution du décret qui doit en déterminer les modalités, le calendrier d'expérimentation étant compris entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2013.

Enfin, selon la loi HPST, les établissements de santé peuvent confier l'hébergement des données à caractère personnel de leurs patients sur support papier à des tiers agréés, sous réserve du consentement exprès des personnes concernées. La loi Fourcade dispense les établissements de santé de recueillir ce consentement pour les données collectées avant sa promulgation le 10 août 2011.

La loi Fourcade assouplit fortement plusieurs mesures de la loi HPST concernant la lutte contre les déserts médicaux

La loi HPST avait rendu obligatoire l'adhésion à un contrat santé solidarité pour les médecins exerçant dans des zones à l'offre de soins médicaux particulièrement élevée : ils s'engageaient à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones aux besoins insatisfaits. Si les médecins ne voulaient pas le signer quand il leur était proposé ou ne respectaient pas ses obligations, ils devaient acquitter une contribution forfaitaire annuelle au maximum égale au plafond mensuel de la sécurité sociale.

La loi Fourcade supprime le caractère obligatoire et les sanctions associées à ce contrat, avant même son entrée en vigueur (le décret correspondant est toujours attendu).

La loi HPST stipulait également que le SROS devait prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'accessibilité géographique et d'efficacité. Le SROS devait à ce titre contribuer à une meilleure répartition géographique des professionnels et des services de santé. Il devait aussi préciser les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins. La loi Fourcade ne modifie pas cette mission mais précise qu'elle doit se faire dans **le respect de la liberté d'installation du personnel de santé**. Elle ajoute que **les indications du SROS sur les besoins en implantation ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux**.

Enfin, la loi Fourcade prévoit que le directeur de l'ARS n'est pas obligé d'attendre la publication du premier SROS pour arrêter les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels et des services de santé.

Les enjeux et problématiques

◆ Les appels à projet : une adaptation globalement satisfaisante, pour laquelle de nouveaux outils sont à mettre en place

Concernant la procédure d'appel à projet, les premières études menées pour l'évaluer témoignent, malgré le manque de recul, d'une **adaptation globalement satisfaisante des acteurs concernés par la mise en œuvre de cette procédure**, avec une grande diversité de projets lancés malgré quelques problèmes d'organisation. Les principaux obstacles rencontrés tiennent à un manque de visibilité budgétaire et à des interrogations quant aux limites posées à la créativité des candidats par un strict cahier des charges. Pour l'avenir, on note une forte demande de modèles de documents accompagnant les différentes étapes de la procédure. Ils pourraient être élaborés à partir des documents déjà élaborés et capitalisés dans le cadre du groupe de travail piloté par la Direction Générale de la Cohésion Sociale et la CNSA. On peut aussi envisager des formations opérationnelles sur la base des expériences réalisées.

Il faut aussi noter la **création de l'association pour le développement du service public médico-social (ADSPMS)** par la Fondation Hospitalière de France, pour aider les établissements à répondre aux appels à projet de la façon la plus réactive possible. Pour les créations de lits en EHPAD notamment, le délai est trop court pour permettre aux établissements publics, soumis aux codes des marchés publics, de répondre d'une manière satisfaisante. Ceux-ci peuvent être réticents à engager des dépenses importantes pour courir le risque de ne pas être retenu. L'association agira à titre subsidiaire si aucun établissement public ne répond à l'appel à projet. Elle poursuivra un objectif de création de places dans une logique de service public, car dans certaines zones il y a de moins en moins de places accessibles à tous. Elle se destine donc à monter des projets pour transférer des autorisations aux établissements lorsqu'elles seront obtenues.

◆ Des freins persistent pour les GCSMS

En ce qui concerne ces groupements, les financeurs hospitaliers pointent une **absence de réflexion sur leur régime fiscal** et soulignent que selon leurs modalités de constitution, ils peuvent courir des risques parfois importants de redressement. Ils prônent donc une information univoque et une mise en cohérence de la politique fiscale.

De plus les GCSMS peuvent aujourd'hui souffrir d'une concurrence qui leur serait faite par les groupements d'intérêt public, qui peuvent les faire apparaître comme archaïques, en particulier si l'objet de la coopération est limité aux fonctions de support.

◆ Les précisions apportées par la loi Fourcade sur les maisons de santé ne sont pas suffisantes

Les maisons de santé ont pour objectif d'attirer et de regrouper des médecins, en particulier les plus jeunes, dans les zones où les besoins en santé de la population ne sont pas satisfaits. Leur but est d'assurer aux professionnels qui en feront partie des conditions d'exercice de qualité dans un cadre pluridisciplinaire. Cependant, certains professionnels refusent de s'associer à de tels projets, pour de multiples raisons : ainsi, **le cahier des charges des maisons de santé est jugé trop lourd**, surtout en regard du **financement encore incertain** de ces organismes ; par ailleurs, **l'introduction du statut de SISA par la loi Fourcade ne suffit pas à lever toutes les incertitudes** qui subsistent sur le cadre juridique de l'exercice professionnel en maison de santé et notamment sur l'impact du regroupement en termes de souplesse de fonctionnement et de fiscalité : le décret qui doit préciser le contenu du statut de SISA et ses conditions d'application est donc très attendu par les professionnels.

Ces lourdeurs et ces incertitudes expliquent en partie le faible nombre de projets de maisons de santé qui ont pour l'instant vu le jour, surtout si on les compare à l'objectif des 250 projets attendus et annoncés par le Président de la République. Différents rapports soulignent l'importance d'une évaluation correcte des besoins en santé du territoire avant d'y implanter une maison de santé car il s'agit de projets complexes et coûteux sans garantie de réussite.