

Contribution d'experts

« Depuis la publication de cet article, le projet de loi d'organisation et de transformation de notre système de santé a été adopté successivement par l'Assemblée nationale, le 10 juillet, et le Sénat hier, 16 juillet, sans modifications par rapport au texte adopté par la commission mixte paritaire le 20 juin et commenté par l'article publié, à l'exception d'un petit ajustement de référence législative du Code de l'Education ».

« Ma santé 2022 », une loi de notre temps

Analyse de David Causse

Cet article a été publié par les *Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH)* le 25 juin 2018, et mis en ligne sur la partie publique de leur site internet

Le jeudi 20 juin 2019, la commission mixte paritaire est parvenue à un accord sur le projet de loi relatif à la transformation de notre système de santé. Suite et fin de la tribune publiée le 26 mars dernier.

"Jeudi 20 juin, [le projet de loi porté par Agnès Buzyn a été adopté par une commission mixte paritaire \(CMP\) dite conclusive](#), puisqu'elle a permis d'accorder les versions de l'Assemblée Nationale et du Sénat. Après l'adoption solennelle au Sénat programmée le 23 juillet, la publication au JO interviendra donc en plein été. Il s'agit évidemment d'un succès pour la ministre des Solidarités et de la Santé, mais tel est le cas aussi pour les deux rapporteurs également médecins : Thomas Mesnier (LREM) et Alain Milon (LR). C'est aussi une bonne nouvelle pour les pluralistes et démocrates que d'observer deux chambres de sensibilités politiques différentes établir un compromis : il s'agit en effet de la meilleure manière de faire en sorte que la Loi puisse être accueillie comme celle de tous, et non seulement celle issue de la domination d'une minorité par une majorité. Les dispositions qui en sont issues gagnent alors autant en intérêt qu'en longévité ...

A l'expérience de plus de 20 années de veille parlementaire sur les sujets sanitaires, sociaux et médico-sociaux, interpréter l'impact sur le réel d'un texte de Loi n'est véritablement possible que lorsqu'il est ... modifié, dans un délai qui se situe aujourd'hui entre 24 et 48 mois plus tard, en moyenne. D'abord du fait de sensibilités politiques différentes bien sûr, bien que ce projet de loi permet aussi d'identifier des continuités avec le prochain 10ème anniversaire de la Loi du 21 Juillet 2009 dite « HPST » : ainsi le confortement du niveau décisionnel régional, ou encore l'émergence du « territoire » comme alvéole de base de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. Ensuite parce que ce texte, comme beaucoup de ceux qui l'ont précédé, est une forme de locomotive traînant moult habilitations données au Gouvernement à légiférer par ordonnances, et aussi en décrets d'application à paraître. Un texte de cette nature doit donc être considéré globalement, avec ses creux et ses bosses, en quelque sorte. Et il est probable que tous les textes d'application prévus ne paraîtront pas avant l'arrivée d'un nouveau texte de loi ...

Les lecteurs attentifs à la législation du secteur pourront aussi remarquer que ce texte opère également, image cette fois-ci plutôt de la voiture-balai du back-office législatif, la ratification de très nombreuses ordonnances, leur donnant alors pleinement force de loi. Tel est le cas de l'article 23 du projet de loi, qui ratifie l'ordonnance sur les pharmacies à usage intérieur (à son 7°), sur les autorisations d'activités de soins et les équipements matériels lourds (27°), sur les centres de santé (28°), ou encore sur les règles d'inspection-contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS, 30°). De ce dernier fait d'ailleurs, va découler sans doute la parution rapide du décret d'application sur l'inspection-contrôle des ESMS.

A cet égard, il me faut partager deux vigilances de compréhension du texte adopté par la CMP :

- Le fait qu'il ne comporte pas les articles que le Sénat avait adopté en des termes conformes à ceux de l'Assemblée Nationale, qui sont « déjà dans la boîte » en quelque sorte, à l'image de l'article 16 par exemple ;
- Le fait que la numérotation du projet de loi pour les débats - présente dans cet article par sa parution très rapide après la CMP- n'est pas celle, définitive, de la parution au Journal Officiel. Mais les vieux grognards du travail d'analyse juridique savent aussi l'importance du souvenir des articles d'adoption, pour pouvoir revenir aux discussions parlementaires et notamment, si nécessaire, à « l'esprit du législateur ».

Cet avertissement au lecteur fait, ma proposition de regard en « chaud-froid » sur ce projet de loi s'organise en quatre étapes, quatre facettes complémentaires :

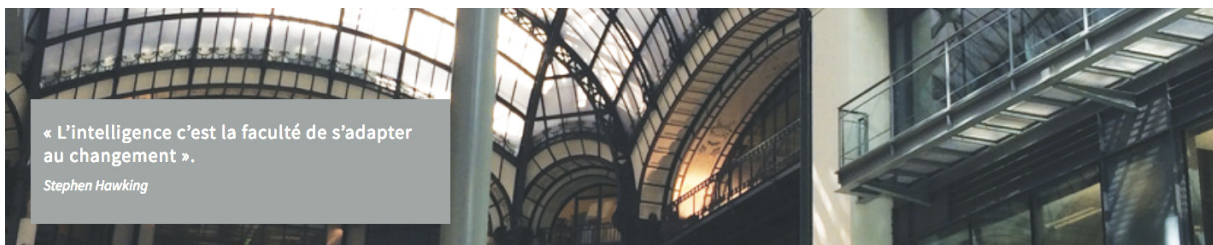
- c'est un texte pour être en phase avec les temps présents, un projet de loi « de notre temps » ;
- qui s'attache à établir une approche transversale à 360°, avec un regard panoramique sur les questions sanitaires, sociales et médico-sociales, rassemblées par une acception large du mot « santé », une définition de type « OMS » (Organisation Mondiale de la Santé) ;
- qui comporte une focale importante sur les institutions et établissements de statut public,
- et des dispositions importantes pour les ESMS.

Je conclurais avec quelques regrets (ou plutôt des suggestions pour le prochain vecteur législatif ? comme le projet de loi « autonomie et grand-âge » annoncé pour l'automne ?), qui ne seront point du registre universitaire, mais relevant du militant passionné de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale et de ses valeurs d'innovation et d'adaptation continue aux besoins des personnes soignées et accompagnées.

Enfin, je ne saurais engager le commentaire du texte sans signaler aussi un « happening » à l'occasion des débats au Sénat, une magnifique mise en boîte du René-Paul Savary quant à la multiplication excessive des sigles dans le secteur sanitaire et social, signalée sur mon compte LinkedIn pour ceux qui souhaiteraient en savourer chaque mot : <https://www.linkedin.com/in/david-causse-a56aa31a/detail/recent-activity/posts/>

Une loi de notre temps :

Les difficultés d'accès aux soins médicaux en ville sont l'actualité de nos concitoyens et de leurs élus locaux ; tous les projets régionaux de santé de 2ème génération (2018-2022) que j'ai lus prennent acte de cette priorité. Ils exposent très clairement que « le premier recours » est devenu la « première préoccupation ». Le numérus clausus est donc supprimé ou plutôt, réorganisé à l'échelle des besoins régionaux et des capacités de formation comme d'accueil en stages. La réforme des études médicales aux articles 1 et 2 est des plus techniques : Retenons simplement à cette étape qu'une régionalisation des contingents des effectifs formés a été décidée. Mais rien ne servirait d'augmenter les volumes de diplômés si les choix d'exercice se focalisent toujours autant à l'avenir sur les métropoles universitaires, les zones littorales et l'exercice salarié. De ce fait, l'amélioration de la répartition territoriale des installations de médecins a été un temps fort du débat, notamment au Sénat. Dans cette veine, l'article 2 impose un stage en secteur ambulatoire durant le 3ème cycle des études médicales pour les futurs médecins généralistes, en « autonomie supervisée » (ce magnifique oxymore législatif entre chez



Légifrance.fr !). Dans le même esprit, l'article 4 bis prévoit clairement la possibilité d'améliorer les difficultés d'accès aux soins de ville dans certaines zones, avec le levier important des conventions conclues par l'assurance-maladie avec les syndicats de médecins. Pour visualiser la globalité du dispositif législatif pour la structuration des soins de premier recours, notons aussi que l'article 19 habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour faire évoluer les règles et statuts des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), des centres de santé et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Enfin, signalons que les articles 21 et 21 bis traitent du devenir, sujet juridiquement éminemment technique, des praticiens dont le diplôme a été obtenu en dehors de l'Union Européenne ou des pays partenaires de la Zone Économique Européenne. L'article 21 bis établit un régime spécial à ce sujet pour la Martinique, la Guyane, la Guadeloupe et Saint-Pierre et Miquelon. J'avoue que je me suis demandé pourquoi Mayotte n'était pas concerné, ou n'ai su l'identifier dans le maquis des références juridiques ! Pour sa part, l'article 26 officialise une réflexion pour la création d'une faculté de Médecine en Martinique.

Notons avec une grande satisfaction que le 1°) de l'article 2 bis sur l'organisation des formations pour les étudiants en médecine comporte une nouvelle ligne directrice bien intéressante : « Elles favorisent la participation des patients dans les formations pratiques et théoriques ». Le Sénat avait supprimé cette phrase issue des travaux de l'Assemblée Nationale, au motif que des initiatives remarquables n'avaient pas attendu une loi, comme le montre l'action du Pr Catherine Tourette-Turgis, fondatrice dès 2009 de l'Université des Patients (Sorbonne Universités, ex-Université Pierre et Marie Curie), laquelle forme et diplôme les patients et ex-patients pour faire évoluer leur expérience en expertise, au service de l'amélioration des soins et de l'accompagnement. Mais il est très important et bienvenu que l'innovation soit ainsi confirmée au plus haut niveau, que le cap soit fixé, pour mieux organiser son large déploiement.

Enfin et en rapport avec le manque de médecins dans de nombreux territoires, le projet de loi comporte de nombreuses dispositions valorisant les capacités des pharmaciens, sages-femmes infirmiers libéraux, de répondre à certains besoins. Ces mesures sont ciselées avec prudence et circonspection, qui paraîtront excessives autant aux tenants qu'aux opposants sans doute. Mais de texte en texte, la dynamique générale d'élargissement progressif est très nette. Tel est le cas également des protocoles de coopération interprofessionnelle, lesquels font l'objet d'une énième réécriture dans le projet de loi (article 19 ter). Dans ce contexte, l'article 7F organise la prolongation de 2018 à 2022 des protocoles de coopération pour les soins visuels, et l'article 19 ter mentionne la possibilité de déploiement de protocoles de coopération au sein du Service de Santé des Armées (SSA). L'article 13 développe aussi des possibilités de « télésoin » pour les professionnels de santé non médecins, à l'image des avancées de la télémédecine pour les médecins. Pourquoi mettre en avant ces trois articles du projet de loi ici ? Parce que c'est justice de souligner le rôle précurseur des ophtalmologistes hospitaliers en matière de coopération interprofessionnelle. Et aussi parce que l'épreuve du terrain et des « opérations extérieures », où un médecin militaire sous le feu des balles ennemies peut être tiré d'affaire par son équipe paramédicale, a construit de très longue date au sein du SSA une culture médicale beaucoup plus ouverte au déploiement des compétences paramédicales. Ne doutons pas que, sur ce sujet aussi, des innovations importantes nous viendront du SSA ! Enfin et naturellement, le « télésoin » s'inscrit dans une culture collective progressivement plus sensible au référentiel de « la solution » plutôt que celui de « la profession », du titre et du diplôme d'origine.

Logiquement et dans un projet de loi « de notre temps », les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) en santé tiennent évidemment une place significative. Aux articles 11, 12A et 13, adoptés dans une atmosphère plutôt consensuelle. La

mue de l'Institut national des données de santé (INDS) en « Plateforme des données de santé », avec une dénomination coutumière dans la « nouvelle économie numérique » donne bien la tonalité générale d'une meilleure valorisation des données recueillies par l'Etat, les opérateurs et les organismes de recherche (IX de l'article 11). Ceci étant, la difficulté de l'exercice est remarquablement résumée par les premiers mots du nouvel article L.1110-4 CSP qui façonne le prochain « espace numérique de santé » qui sera attribué à chacun des assurés sociaux, à l'article 12 A : « Afin de garantir l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel (...) ». Partage et confidentialité « en même temps », bigre ! C'est sans doute pour cette raison que le législateur a prévu - registre de la légalité- une gouvernance plurielle -registre de la légitimité- pour assumer la synthèse sinon la résolution de ces objectifs fatalement contradictoires, en associant au sein de ce Groupement d'Intérêt Public (GIP) l'Etat, les usagers, les producteurs de données, les utilisateurs des données et notamment les organismes de recherche.

Les passionnés de longue date de la gérontologie, comme je le suis également, remarqueront que les données relatives à la perte d'autonomie, issues donc de la grille AGGIR, entrent désormais dans le répertoire des données de santé piloté par la nouvelle Plateforme (6° bis du II de l'article 11). C'est juste logique au regard à la fois du nombre de personnes évaluées selon cette grille, que le Pr Jean-Marie Vétel, co-inventeur, estime aujourd'hui à plus de 1.200.000 personnes depuis le 1er janvier 2002 et la création de l'Allocation Personnalisée Autonomie (APA). Ce chiffre augmente de 25 000 personnes par an environ. C'est également indispensable d'ouvrir à des chercheurs universitaires mais aussi à des consultants et bureaux d'études privés cette base de donnée de grande importance, y compris pour stimuler l'Etat et les organismes publics dans une meilleure valorisation des données recueillies et stockées depuis des années. A l'image de ce qui s'est passé pour l'analyse des activités hospitalières, avec la large ouverture de la base PMSI. En matière de données, comme pour toutes les activités, y compris sanitaires, sociales et médico-sociales, le monopole n'est jamais l'ami de la qualité et de la performance...

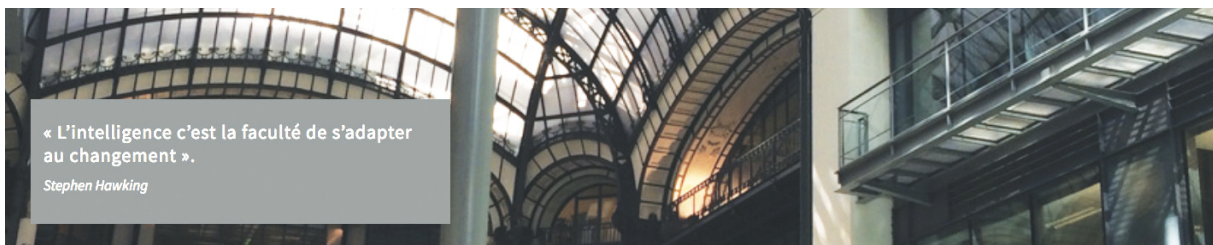
Enfin, signe des temps gérontologiques de la très nécessaire « adaptation de la société au vieillissement » actif, notons que plusieurs articles se préoccupent des limites d'âge et de leur recul : L'article 6 bis recule de 65 à 67 ans la limite d'âge pour les consultants hospitaliers. On voit aussi apparaître à l'article 23 la limite à 71 ans pour les chambres disciplinaires des ordres professionnels, voire 77 ans pour leurs sections d'assurances sociales. Vertu des activités facultatives, personne ne proteste contre ce recul de l'âge légal (...).

La recherche d'une approche transversale à 360 ° des questions de santé, visant un panoramique incluant les usagers et leurs élus locaux, la médecine de ville, les soins hospitaliers et l'action sociale et médico-sociale :

L'article 7 E détonne, utilement : En effet, l'article L.1434-10 CSP est complété d'une phrase emblématique de l'approche à 360° : « L'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire ».

En effet, nombreux aujourd'hui sont convaincus du fait que c'est le territoire qui fait réfléchir et œuvrer au mieux ensemble les professionnels de santé, avec les usagers et leurs élus locaux, une fois tracées les grandes lignes et principales règles au niveau national. Sans doute parce que la proximité et la longévité dans une localisation sont synonymes d'exigence de crédibilité et de responsabilité de chacun des professionnels de leurs propos et initiatives vis-à-vis des autres, à commencer vis-à-vis des usagers et des élus. D'expérience, nombre de conflits qui ont encombré voire empoisonné l'agenda du Ministère des Solidarités et des Affaires Sociales (sinon d'autres) n'existent que par la propension de ce dernier à se saisir beaucoup trop immédiatement de sujets qu'il n'est jamais certain de bonifier, voire qu'il va cristalliser sinon installer comme gros caillou dans sa propre chaussure, par le seul fait de vouloir s'en occuper directement...

Au titre de la vision transversale, il y a lieu aussi de signaler l'article 7bis AA qui organise la convergence des dispositifs de coordination, à savoir les réseaux de santé, les MAIA (méthode



d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie) issues du Plan Alzheimer et les Plates-Formes Territoriales d'Appui (PTA). Ces dernières issues de la Loi du 24 Janvier 2016 n'auront donc pas duré plus de 36 mois sur le papier législatif ! Il est également prévu que les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pourront s'intégrer dans ces nouveaux DAPP-PCC (dispositifs d'appui à la population et aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes) : je me permets de suggérer de consulter désormais René-Paul Savary avant de lancer un nouveau sigle législatif ...

Dans ce cadre, l'article 7 du projet de loi installe les attendus et modalités du projet territorial de santé, dans un cadre très transversal, avec l'ensemble du champ sanitaire, social et médico-social (l'adjectif sanitaire incluant ici la médecine de ville). Il l'organise aussi dans un subtil équilibre où le « bottom-up » n'a pas totalement effacé le « top-down » ! : en effet et lorsque le projet territorial de santé est transmis au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, « (...) celui-ci peut s'y opposer, dans un délai de deux mois, en se fondant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé mentionné (...), ou sur la pertinence du territoire du projet territorial de santé, après avis du conseil territorial de santé ».

Il y a clairement un effet « gilets jaunes » et « Grand débat national » dans l'affirmation des prérogatives des élus locaux, sujet qui a été très présent dans tous les débats au Parlement. Du coup on pourra noter, avec l'article 7D, l'arrivée des députés et sénateurs au sein des conseils territoriaux de santé. On notera aussi l'émergence d'un rendez-vous annuel du directeur général de l'Agence Régionale de Santé sur l'organisation territoriale des soins, dans chaque département, avec l'ensemble des catégories d'élus (article 7, nouvel article L.1434-15 CSP). Plus étonnant, l'article 10 quater intervient sur les relations entre le directeur d'un hôpital public et son président du Conseil de Surveillance : Il précise qu'il doit lui communiquer « les documents financiers pluriannuels élaborés en concertation avec le directoire ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux validés en concertation avec le directoire ». Il indique aussi qu'il est « informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu (...), ainsi que ses modifications ». L'adoption de ces dispositions est révélatrice en négatif, au sens photographique du mot, de l'écartèlement des directeurs d'hôpitaux publics entre la ligne hiérarchique explicite des ARS et du Ministère d'une part, et la hiérarchie implicite des élus locaux d'autre part. Cette hésitation stratégique sur l'attachement national ou local des hôpitaux remonte fort loin, dès l'Ancien Régime, et a connu de nombreuses alternances jacobin-girondin depuis. Gageons que ce n'est pas fini ! Mais quels que soient les points d'équilibre des 5 prochaines années, après 10 années de jacobinisme échevelé engagées par la Loi HPST, retenons simplement que la tenue à l'écart des élus locaux pour les questions d'organisation des services de santé, pour prétendument mieux restructurer, a été la fausse bonne idée de la décennie passée.

Une seule réserve à mettre en avant dans cette approche panoramique, du moins cet effort très louable engagé depuis 10 ans pour un regard aussi transversal que possible sur les sujets de santé et d'accompagnement : techniquement, tout un chacun semble s'accorder sur la citation du I de l'article L.312-1 CASF pour viser l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux dès lors qu'une disposition doit être ciselée les concernant. Or cette locution juridique commode n'emporte plus avec elle depuis quelques années les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE), soit les crèches, halte-garderie, micro-crèches, etc.... Pour avoir interrogé à ce sujet récemment Pierre Gauthier, directeur général de l'action sociale au moment de la préparation de la Loi du 2 janvier 2002-2, telle n'était absolument pas l'intention du Gouvernement et du Parlement de l'époque. Ceci n'est pas sans conséquence sur la cohérence des visions transversales qui sont également recherchées aujourd'hui, notamment dans les articulations avec

l'enfance handicapée, l'aide sociale à l'enfance ou encore le système de soins. Il faudra y revenir plus spécifiquement.

La focale sur les institutions publiques

Le III de l'article 19 habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour des dispositions visant la simplification du fonctionnement des ARS et des mutualisations entre elles. Cet article organise aussi la création de l'ARS de Mayotte et de la Réunion, par scissiparité de celle de l'Océan Indien. Cette mesure était promise de longue date, très attendue par la communauté mahoraise.

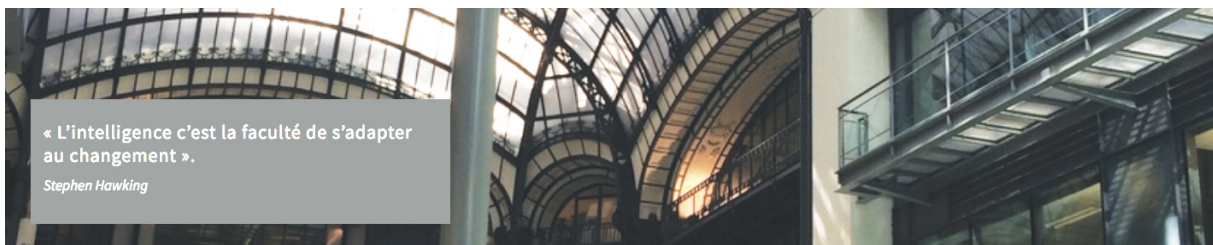
Pour sa part, l'article 6 bis A organise une clause anti-concurrence pour les praticiens hospitaliers publics à temps plein et à temps partiel, avec une sanction financière de départs vers des établissements privés de statut commercial et/ou une installation en ville, dans un rayon inférieur à 10 kilomètres de l'établissement public d'origine. Notons ici que l'humour involontaire du législateur a placé cette disposition au sein du Chapitre III intitulé « Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité » (...).

L'article 8 du projet de loi porte sur le statut des hôpitaux de proximité, nouvelle reformulation législative des hôpitaux locaux, originellement de statut public, vers le fonctionnement desquels les pouvoirs publics souhaiteraient emmener d'autres établissements de santé publics et privés, où ne se pratiqueraient plus l'obstétrique et la chirurgie, sauf des exceptions très encadrées pour la chirurgie. J'avoue ma grande retenue personnelle sur ce sujet, plutôt sur le versant financier que juridique d'ailleurs. Car on peut identifier ici la tentation de priver les établissements de santé de statut privé -qui exercent déjà leurs activités dans un registre de proximité, sans plateau technique anesthésique et activités de chirurgie et d'obstétrique- du financement en tarification à l'activité (T2A) plutôt favorable à la médecine et à l'activité gériatrique. Or seuls les hôpitaux publics sont statutairement immunisés contre le déficit chronique, issue quasiment fatale de la gestion marquée de passivité résultant des dotations globales de financement. Ce sujet avait déjà été arbitré dans le bon sens il y a trois ans, avec un « droit d'option » ouvert aux hôpitaux de proximité entre dotation et tarif : à l'époque et sur les 50 adhérents de la FEHAP interrogés dans le cadre de mes fonctions antérieures, aucun ne souhaitait se passer de la T2A. En effet, sa critique est devenue trop systématique à l'intérieur du périphérique parisien pour ne pas être sommaire sinon superficielle. Espérons que l'équilibre prévaudra à nouveau et que le droit d'option budgétaire ou tarifaire persistera. *Wait and see.*

L'article 10 porte sur les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) pour organiser leurs instances internes mais aussi permettre à certains de franchir une étape supplémentaire d'intégration, sinon de fusion, sujet sur lequel le Parlement a habilité le Gouvernement à légiférer par Ordonnances (6° du III de l'article 10), et ouvert la porte à des adaptations réglementaires pour la mise en œuvre des autorisations d'activités de soins (IV de l'article 10).

Pour conclure cette focale en direction du secteur public, il paraît intéressant aussi de citer les exonérations d'appels à projets sociaux et médico-sociaux dont bénéficient les services non personnalisés du ministère de la Justice (protection judiciaire de la Jeunesse) et des Conseils Départementaux (CD), lesquelles ne sont pas nouvelles mais énumérées au I de l'article 18. Il semble qu'un jour, comme pour les hôpitaux et ESMS publics d'ailleurs vis-à-vis des ARS et du Ministère, il apparaîtra très clairement que la superposition et confusion permanentes des rôles de régulateur et d'opérateur affaiblissent le régulateur bien plus qu'elles ne le confortent. Puisque l'actualité civilisée est aujourd'hui au football, personne n'imagine sur le terrain quelqu'un qui assumerait simultanément les fonctions d'arbitre, d'entraîneur et de capitaine, non ?... Nous sommes aujourd'hui loin d'être au bout de cette importante interrogation stratégique sur la confusion régulateur-opérateur, aggravée par la Loi MAPTAM et la création de métropoles pouvant désormais être à la fois régulatrices du secteur social et médico-social et gestionnaires directs d'ESMS.

Les dispositions spécifiques aux ESMS, à l'article 18 :



L'article 18 du projet de loi est riche de dispositions importantes pour les ESMS, EAJE exclus (confer explication supra). Le 1°) du I réalise une récapitulation fort utile de l'ensemble des exonérations aux règles d'appels à projet social et médico-social, en les rassemblant dans un même L.313-1-1 CASF. Cette liste des exonérations est élargie aux établissements de santé ayant des projets de reconversion dans le secteur social et médico-social. Dans un contexte où la transformation inclusive de l'offre sociale et médico-sociale est mise en avant, plutôt que la création nette de capacités d'hébergement à plein temps additionnelles, cet allongement des cas d'exonération est logique. Les gestionnaires comme les ARS et les CD doivent être accompagnés par des mesures de simplification pour ce chemin de transformations, déjà parsemé de nombreuses embûches opérationnelles, sociales, juridiques et financières. Et plus encore, culturelles. C'était déjà la raison pour laquelle, dès 2010 et l'encre de la Loi HPST à peine sèche sur les appels à projets, en compagnie de l'APF France Handicap, j'avais pour la FEHAP milité (avec succès) pour une exonération d'appel à projet pour les transformations d'offre sans modification de la catégorie de bénéficiaires. En aviation, on ne peut pas obtenir un créneau de décollage sans avoir identifié dans le même temps un créneau d'atterrissage à destination : la gestion efficace de projets de transformation sociale et médico-sociale obéit à cette même règle de navigation aérienne !

L'article 18 organise par ailleurs la généralisation des EPRD (états prévisionnels des recettes et des dépenses) à l'ensemble des ESMS pour lesquels cette modalité n'était pas déjà possible après un CPOM, voire déjà appliquée systématiquement (EHPAD). De manière plus audacieuse, il a également été prévu qu'à compter de la campagne budgétaire et tarifaire 2020, il soit possible d'établir des EPRD en avance de phase sur les CPOM, à la double condition de l'accord conjoint de la personne morale gestionnaire et de l'autorité compétente, mais aussi de la conclusion d'un CPOM « dans les douze mois qui suivent l'acceptation par l'autorité (...) de la présentation de l'EPRD ». L'intérêt également de cette rédaction de « l'EPRD social et médico-social sur option conjointe » est qu'elle a permis au Gouvernement et à la Direction Générale de la Cohésion Sociale de ciseler dans une même disposition l'accueil du militantisme pro-EPRD partagé ensemble par l'APF France Handicap, la Croix-Rouge française, le Groupe SOS et les deux fédérations de référence du secteur, la FEHAP et NEXEM s'une part, mais aussi la compréhension des fortes réticences de la Fédération Santé Habitat, de la Fédération Addictions et de l'Uniopss, d'autre part, inquiets de la capacité de leurs adhérents de taille petite et moyenne de faire face au régime d'EPRD obligatoire installé par l'Assemblée Nationale pour les structures relevant du 9° du I de l'article L.312-1 CASF (accueil de personnes présentant des « difficultés spécifiques »). Du coup, cet amendement qui a su envisager puis monter la colline à la fois sur sa face Sud et sur sa face Nord, a fait l'objet d'une belle unanimité au Sénat, en rassemblant les sensibilités LREM, LR comme celle du Gouvernement.

L'article 18 prévoit également fort utilement la possibilité de proroger des CPOM sur une 6ème année. Au chapitre des prorogations, l'article 18 prévoit aussi la prolongation de l'expérimentation des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD), de 2017 à 2021.

Si le VI de l'article 20 prévoit l'obligation d'un volet « situations sanitaires exceptionnelles » dans le projet d'établissement des ESMS (à vos réunions et stylos, en salle climatisée de préférence), l'attention du secteur social et médico-social se portera plus certainement sur les évolutions concernant la Haute Autorité de Santé (HAS), en ses articles 22 et 22 bis.

Pour l'article 22 bis, notons que le législateur engage un profond réaménagement des règles et de la philosophie générale de l'évaluation des établissements sociaux et médico-sociaux, à l'horizon du 1er janvier 2021. L'évaluation interne disparaît, une procédure d'habilitation des organismes

d'évaluation sur cahier des charges établi par l'HAS est engagée dès le 1er janvier 2020, la publication des résultats d'évaluation des ESMS par l'HAS est annoncée. Dans les réunions de ses instances de concertation, l'HAS expose par ailleurs sa nouvelle approche qui est de couper le lien d'intérêt existant actuellement entre les ESMS et organismes d'évaluation, pour leur choix et leur paiement.

Sur un plan plus institutionnel, l'article 22 prévoit la nomination d'un nouveau et huitième membre du collège de l'HAS, avec une personnalité qui devra justifier « d'une expérience dans les secteurs médico-social et social ». Si la préoccupation est logique, la rédaction choisie est très exigeante pour les candidat(e)s qui seront intéressé(e)s, avec le choix du pluriel qui embrasse à la fois les quatre secteurs de la gérontologie et du handicap, comme de l'enfance et de l'exclusion. A moins d'accueillir des candidatures sans expérience opérationnelle antérieure de management d'ESMS, ce qui serait bien dommage, il semble que l'identification de cet oiseau ou oiselle rare sera très difficile. Au bout de 35 ans dans le secteur public et privé non lucratif, je n'en n'ai jamais rencontré de cette largeur de gamme, sachant que la variété professionnelle et culturelle des missions et métiers des ESMS est bien supérieure à celle du champ hospitalier.

Pour conclure ce panorama, quels regrets ou plutôt suggestions émettre au regard de ce travail législatif touffu, avec 26 articles qui deviendront sans doute 80 à la publication, sur un document de 113 pages à l'impression, écrites en tout petit ?

En premier lieu et pour faire lien avec l'actualité, la question de la gouvernance territoriale et de la responsabilité partagée des urgences, du SAMU et des SMUR n'a pas été (encore) posée. Il semble que poser les questions toujours dans les mêmes termes, produit toujours les mêmes résultats, ou plutôt absence de résultats. Il nous faut changer d'échelle, sans doute. Mais peut-être le sujet se situe-t-il dans l'initiative territoriale et non dans la boîte législative à outils juridiques : rien n'empêche de structurer des GCS territoriaux associant toutes les parties prenantes et responsables, dans la philosophie judicieuse de l'article 7 E.

En second lieu, le sujet de la prévention a toujours du mal à faire sa juste place dans les débats de santé. Mais une Loi sait toujours mieux prescrire, interdire et sanctionner qu'inspirer des transformations tout autant culturelles que professionnelles.

En troisième lieu et faute de concertation adaptée sur les termes choisis pour l'article 22 bis, il est très dommage pour l'HAS et les ESMS -comme pour les établissements de santé publics et privés- que n'ait pas (encore) été ouvert le « droit d'option » entre certification sanitaire et évaluation sociale et médico-sociale pour des sites mixtes, de proximité, et précieux dans leur positionnement transversal, par exemple d'EHPAD et de Soins de Suite et de Réadaptation gériatrique sur le même site, avec des personnels partagés. Il est très dommage aussi que quelques garanties procédurales n'aient pas été accueillies, comme la possibilité pour un organisme gestionnaire de demander que ses observations éventuelles soient publiées par l'HAS en même temps que les résultats de l'évaluation d'un ESMS. Le Sénat l'avait adopté avec sagesse, de mon point de vue, mais la CMP l'a supprimé. Or ce que la législation n'organise pas clairement en matière de droits de la défense, c'est le contentieux qui l'établit avec moult incertitudes ensuite, énergivores pour toutes les parties prenantes.

Enfin et parce qu'une Loi est toujours suivie d'une autre, un regret plus en forme d'anticipation pour un amendement remarquable qui reviendra sans doute dans le projet de loi autonomie et grand-âge : une très belle rédaction a circulé dans les deux chambres pour la conception de plates-formes gérontologiques et/ou du handicap, rédaction grâce à laquelle il serait possible de s'épargner 5 ou 6 régimes différents d'autorisation ou de labellisation ou d'agrément. Ce wagon sera sans doute attaché à la locomotive législative suivante !"

David Causse, directeur pédagogique associé du MBA Directeur de structures de santé et de solidarité du Pôle Universitaire Léonard de Vinci (92) & chargé d'enseignements au Conservatoire des Arts et Métiers (Paris 3ème). Contact : david.causse99@icloud.com



« L'intelligence c'est la faculté de s'adapter au changement ».

Stephen Hawking



Avec les partenariats institutionnels de :

