



PROPOSITIONS D'AMENDEMENTS

LOI PORTANT REFORME DE L'HOPITAL ET RELATIVE AUX PATIENTS, A LA SANTE ET AUX TERRITOIRES (HPST)

Fédération Hospitalière de France – Janvier 2009
Document téléchargeable sur www.fhf.fr

TABLE DES MATIERES

Les propositions de la FHF pour réussir le changement à l'hôpital	4
AMENDEMENTS RELATIFS_AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER	13
AMENDEMENT 1	14
Article 1 : amendement relatif aux missions de Service Public Hospitalier	14
AMENDEMENT 2	15
Article 1 : amendement relatif aux établissements assurant des missions de Service Public Hospitalier	15
AMENDEMENT 3	16
Article 3 : amendement relatif aux pénalités en cas de non respect des engagements issus des missions de service public	16
AMENDEMENT 4	17
Article additionnel à l'article 3 : amendement permettant l'introduction d'une disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers	17
AMENDEMENTS RELATIFS_A LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS_DE SANTE	18
AMENDEMENT 5	19
Article 4 : amendement relatif à la fonction de direction des établissements publics de santé	19
AMENDEMENT 6	20
Article 5 : amendements relatif aux missions du conseil de surveillance des établissements publics de santé	20
AMENDEMENT 7	21
Article 5 : amendements relatifs à la composition du conseil de surveillance des établissements publics de santé	21
AMENDEMENT 8	23
Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé	23
AMENDEMENT 9	24
Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé	24
AMENDEMENT 10	25
Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé	25
AMENDEMENT 11	26
Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé	26
AMENDEMENT 12	27
Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé	27
AMENDEMENTS RELATIFS_A L'ASSOULISSEMENT DES REGLES DE GESTION_DES EPS	29
AMENDEMENT 13	30
Article 10 : amendement relatif aux professionnels médicaux recrutés sur contrat	30
AMENDEMENT 14	32
Article additionnel à l'article 11 relatif à l'assouplissement des règles de gestion des établissements publics de santé	32
AMENDEMENT 15	33
Article additionnel à l'article 11 : amendement relatif à l'intéressement des personnels	33

AMENDEMENTS RELATIFS AUX COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE	34
AMENDEMENT 16	35
Article 12 : amendement relatif à la constitution de communautés hospitalières de territoire	35
AMENDEMENT 17	36
Article 12 : amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire	36
AMENDEMENT 18	37
Article 12 : amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire.	37
AMENDEMENT 19	38
Article 13 : amendement portant sur les groupements de coopérations sanitaire (GCS)	38
AMENDEMENT 20	40
Article 13 : amendement portant sur les groupements de coopérations sanitaire (GCS)	40
AMENDEMENT RELATIF A LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES TERRITOIRES	41
AMENDEMENT 21	42
Article 16 : amendement relatif à la permanence des soins	42
AMENDEMENT RELATIF AUX MODALITES DE VALORISATION ET DE HIERARCHISATION DES ACTES MEDICAUX	43
AMENDEMENT 22	44
Article 17 : amendement relatif à la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux.	44
AMENDEMENT RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE	45
AMENDEMENT 23	46
Article 19 : amendement concernant la formation médicale continue	46
AMENDEMENTS RELATIFS A L'ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE	47
AMENDEMENT 24	48
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.	48
AMENDEMENT 25	49
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.	49
AMENDEMENT 26	50
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.	50
AMENDEMENT 27	51
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.	51
AMENDEMENT 28	52
Article 26 : amendement concernant les agences régionales de santé.	52
AMENDEMENT 29	53
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.	53
AMENDEMENT 30	54
Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.	54
AMENDEMENT 31	55
Article additionnel à l'article 26.	55

Les propositions de la FHF pour réussir le changement à l'hôpital

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et des dispositions relatives aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) s'inscrit dans la continuité du rapport sur les missions de l'hôpital remis en avril 2008 par le Sénateur Gérard LARCHER au Président de la République.

La FHF souligne l'intérêt du projet de loi et des évolutions qu'il favorise, dans le sens d'une modernisation du système hospitalier français. Elle considère que le projet de loi donne corps à un certain nombre de ses propositions, que ce soit le « **bouclier de service public** » ou la « **stratégie de groupe** », qui sont présentes dans sa dernière plateforme « L'heure H – 65 propositions pour l'avenir du service public hospitalier ».

La FHF est favorable à l'esprit de la loi, dans la mesure où elle offre les conditions d'une réelle créativité pour faire évoluer le système de santé français.

Mais réunir les bonnes conditions ne suffit pas, **l'enjeu est aujourd'hui de libérer les énergies dans les territoires, pour qu'un véritable vent de changement souffle sur l'offre de soins pour mieux répondre aux attentes des usagers et des professionnels de santé.**

En ce sens, **la FHF veut consolider le dispositif, en étant force de proposition** et de conviction pour que l'hôpital de demain soit performant, efficient et garant du meilleur accès aux soins partout et pour tous.

I. Le territoire comme espace d'organisation des soins et du système de santé

Amendements FHF N° 23 à 29

Le projet de loi présente le territoire comme espace d'organisation des soins, à la croisée des chemins entre quatre dimensions, complémentaires et intriquées, constitutives du projet régional de santé :

- le programme régional de prévention,
- le schéma régional d'organisation sanitaire,
- le schéma régional d'organisation médico-sociale des soins,
- le schéma régional d'organisation des soins ambulatoires.

Le projet régional de santé sera placé sous la responsabilité d'**agences régionales de santé (ARS)**, aux compétences élargies, en charge du pilotage régional du système de santé, pour une organisation régionale plus simple, plus coopérative, plus efficace.

Il faut se féliciter de ces nouvelles dispositions qui renforcent les **synergies entre tous les acteurs régionaux** et permettent de mieux répondre aux besoins de la population, en obligeant, lorsque cela est nécessaire, les établissements commerciaux à assurer des missions de service public.

Cette approche territoriale, pour être vraiment innovante et transversale, devra toutefois être pilotée par des agences régionales de santé solides, attentives à **privilégier une forte articulation entre le secteur sanitaire, le secteur médico-social et la médecine de ville** autour des enjeux concrets de l'accès aux soins.

De même, les ARS devront être en capacité de fortement encourager et soutenir les coopérations et rapprochements d'établissements, fondés sur un projet médical de territoire susceptible d'apporter les meilleures réponses aux besoins de la population.

A terme, il conviendra de veiller à ce que **les ARS disposent réellement des moyens d'agir dans le cadre de leurs missions** : implication dans la négociation conventionnelle de la médecine de ville, possibilité d'avoir une politique tarifaire modulable au plan régional, renforcement du caractère contraignant des engagements pris dans le cadre des CPOM pour les autorisations accordées aux établissements privés assurant des missions de service public, lorsque le secteur public ne peut les assurer.

De manière générale, l'efficacité des organisations régionales sera étroitement liée aux modalités de **coordination nationale des ARS**. La FHF est fortement attachée à la création d'une structure de pilotage spécifique, garante de la cohérence du nouveau dispositif et disposant de prérogatives approfondies.

2. La coopération entre établissements de santé au cœur du projet régional de santé

L'hôpital public est confronté à des défis sanitaires, sociaux, technologiques, démographiques, économiques, réglementaires, qui justifient de fortes évolutions pour continuer à apporter les garanties de qualité, de proximité et de sécurité dans les soins qu'attendent les français.

Il s'agit de s'organiser différemment pour mieux prendre en compte l'environnement qui s'impose à tous les établissements, de les amener à se réorganiser et travailler ensemble.

Pour autant, le changement ne se décrète pas, il se réalise grâce à la mobilisation de tous. Le projet de loi doit ainsi **proposer des dispositions profondément incitatives et instaurer un véritable intérêt à agir dans les territoires.**

❖ Les communautés hospitalières de territoire

Le projet de loi HPST prévoit la création de communautés hospitalières de territoires (CHT), dont la taille et les moyens doivent permettre de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse de gestion et d'adaptation entre hôpitaux publics.

La FHF encourage les hôpitaux publics à créer des CHT, au regard notamment de la réalité des besoins et des flux de patients dans les territoires. Elle s'est organisée pour accompagner les établissements dans leurs démarches autour de trois objectifs principaux :

- une stratégie médicale partagée,
- la recherche de gains d'efficacité dans la gestion des fonctions « support »,
- la mutualisation, en tant que de besoin, des ressources rares, notamment des compétences médicales.

Pour avancer, les personnels, les élus, les directions doivent être encouragés et soutenus dans leurs efforts de recomposition de l'offre de soins.

Un accompagnement financier dans la constitution des CHT.

Amendement FHF N° 18

Il est important que les établissements qui se lancent dans des opérations de regroupement au sein de CHT puissent être accompagnés sur le plan financier pour une période de trois ans, afin de réaliser les investissements nécessaires et de mobiliser les compétences adéquates.

L'intéressement des personnels.

Amendement FHF N° 15

La FHF considère que les établissements doivent pouvoir pratiquer une politique d'intéressement des personnels, afin que ces derniers soient mobilisés au titre de réorganisations et coopérations inter hospitalières d'une part, et des enjeux d'efficience d'autre part.

De réelles souplesses de gestions.

Amendements FHF N° 10 et 14

L'un des objectifs du rapport du Sénateur LARCHER était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficient et de bénéficier des mêmes souplesses de gestion que les établissements privés, dans un contexte de convergence d'application de la tarification à l'activité.

Cela doit se traduire, en premier lieu, par un aménagement des fonctions d'ordonnateur et de comptable au sein de l'établissement. Il s'agit de positionner le comptable, dans le respect de ses missions, en tant que conseiller financier du directeur au sein de l'équipe de direction.

En second lieu, les établissements publics de santé les plus importants, ainsi que ceux qui se sont engagés dans une démarche de regroupement, doivent pouvoir bénéficier de dispositions plus souples dans le cadre de leur politique d'achat, par l'application des directives européennes pour la passation des marchés publics.

De nouvelles dispositions statutaires pour les professionnels médicaux.

Amendement FHF N° 13

A la veille de la création des CHT, les établissements hospitaliers font face à des pénuries importantes de personnels médicaux. Il est indispensable de renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les jeunes médecins, soit dans les territoires les moins attractifs, soit dans les disciplines où le secteur libéral est très attractif.

C'est la raison pour laquelle il est proposé d'élargir le recours aux contrats pour les emplois présentant des difficultés particulières liées au recrutement et aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésion à une CHT.

Des CHT répondant au défi du vieillissement de la population

Amendement FHF N° 16

Le projet de Loi prévoit, d'une part, de faciliter les coopérations entre établissements publics de santé grâce aux CHT et, d'autre part, de renforcer les approches partenariales entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Compte tenu notamment des enjeux croissants de prise en charge des personnes âgées, il est important de renforcer les synergies entre hôpitaux et établissements médico-sociaux, en donnant la possibilité aux établissements médico-sociaux d'intégrer une CHT.

❖ Les groupements de coopération sanitaire

Amendements FHF N° 19 et 20

Le projet de loi HPST présente les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS) comme modalité de coopération privilégiée entre les établissements publics et privés, et offre la possibilité pour ces structures de devenir établissements de santé, lorsqu'elles gèrent des autorisations de soins.

Pour la FHF, les GCS associant des établissements publics et privés doivent pouvoir opter pour les tarifs les plus adéquats (tarifs du public ou du privé) pour être vraiment attractifs. En outre, il faut que la rémunération de l'activité puisse être encaissée par les GCS, à charge pour eux de la redistribuer de manière homogène entre les professionnels médicaux qui y travaillent, qu'ils soient libéraux ou salariés, par voie de contrat.

Il s'agit de mettre fin aux asymétries de rémunération qui existent entre professionnels médicaux salariés et médecins libéraux au sein d'une même structure ou d'un même plateau technique.

3. Une nouvelle gouvernance pour une réelle modernisation de l'Hôpital

Le projet de loi HPST vise à supprimer les rigidités qui rendent difficile la modernisation des établissements publics de santé et à clarifier les chaînes de responsabilité des professionnels qui y travaillent. Il propose une nouvelle gouvernance pour les hôpitaux, qui se traduit par de nouvelles instances décisionnelles et un repositionnement de la fonction de chef d'établissement.

La Fédération Hospitalière de France est favorable au **renforcement des prérogatives de décideur du chef d'Établissement**, en tant que président du directoire, dans le cadre d'instances décisionnelles renouvelées. Elle soutient par ailleurs la **redéfinition des responsabilités des chefs de pôles** contribuant à asseoir davantage l'encadrement de proximité dans ses missions de management.

En restant fidèle à l'esprit du texte, la FHF demande que le projet de loi intègre un certain nombre de dispositions visant à **rappeler l'implication constante des élus et des représentants de la communauté médicale et soignante dans la vie des établissements**.

❖ **Le conseil de surveillance au cœur de la stratégie de l'hôpital**

Amendements FHF N° 6 et 7

Le projet de loi HPST crée une nouvelle instance, le conseil de surveillance, qui se substitue au conseil d'administration. Ce changement pose la question de l'implication des élus locaux, départementaux et régionaux dans la gouvernance hospitalière, en articulation avec le futur directoire.

Selon la FHF, il convient de renforcer l'article 5 du projet de loi et de **préciser les prérogatives du conseil de surveillance**, de manière à ce qu'il soit compétent pour se prononcer sur la stratégie de l'établissement, et plus particulièrement sur les conventions de coopérations portant création, ou modification du périmètre d'une CHT ou d'un GCS.

Il s'agit d'associer explicitement cette nouvelle instance aux choix stratégiques des hôpitaux, compte tenu des enjeux forts et incontournables de regroupement entre établissements de santé.

Par ailleurs, **la composition du conseil de surveillance doit évoluer**, afin de garantir une représentation adéquate des élus locaux, de la médecine libérale dans le collège des personnalités qualifiées, mais aussi des représentants des soignants qui constituent la majorité des personnels hospitaliers. Il est donc proposé de faire passer le conseil de surveillance de 12 à 15 membres (5 membres par collège).

Enfin, le président et le vice-président du directoire doivent explicitement participer à chaque conseil de surveillance pour garantir la meilleure information de cette instance.

❖ **Le directoire : une composition adéquate pour bien décider**

Amendements FHF N° 8 à 12

Le directeur de l'établissement, président du directoire, doit disposer d'une certaine « **souplesse** » pour constituer un **directoire équilibré** par rapport à la gouvernance de son établissement, quel qu'en que soit le statut. Toutefois, le directoire ne pourra pas être composé de plus de onze membres pour ne pas compromettre la capacité décisionnelle de cette instance. Dans le cas d'une communauté hospitalière de territoire, la composition du directoire pourra être précisée dans la convention constitutive.

De surcroît, il est important d'**explicitier l'importance du président de la commission médicale d'établissement**, en tant que vice-président du directoire, dans le choix des membres de la communauté médicale. Les **chefs de pôle doivent avoir toute leur place** puisqu'ils représentent le management et le « leadership » médical de proximité.

Enfin, au **cas spécifique des CHU**, il convient d'associer le doyen de la faculté de médecine au sein du directoire, compte tenu des articulations importantes entre les missions hospitalières et les missions universitaires de ces établissements.

Pour y arriver, la FHF propose de préciser la composition et le fonctionnement du directoire, afin de garantir l'efficacité des échanges et de la prise de décision dans cette instance, ce qui implique de **capitaliser les modes de collaboration issus de la « nouvelle gouvernance hospitalière »** mise en œuvre ces dernières années.

❖ **Le management des ressources humaines médicales au cœur du changement**

Amendements FHF N° 8, 9, 11 et 12

Le projet médical est en effet au cœur de la stratégie des établissements publics de santé. Le management des ressources humaines médicales d'un établissement en découle pour une large partie.

Il est de la **responsabilité du directeur de participer à l'élaboration de ce projet médical**, de l'arrêter et de veiller à sa mise en œuvre, en articulation avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen.

Il est toutefois important d'**affirmer l'importance de la communauté médicale** et du président de la commission médicale d'établissement dans le fonctionnement de l'établissement, pour lequel le projet médical constitue un axe stratégique majeur.

Sur un plan pratique, l'hôpital public doit désormais disposer de vrais outils de management du personnel médical, mis à la disposition du directeur, après consultation des représentants de la communauté médicale.

S'il est indispensable que le directeur, en tant que président du directoire, dispose d'un véritable pouvoir de nomination dans l'établissement, il doit aussi pleinement s'appuyer sur la communauté médicale, représentée par le président de la CME, dans le cadre du processus de nomination et de mise en position de recherche d'affectation du personnel médical.

A cet égard, **la mise en position de recherche d'affectation doit pouvoir être proposée par le président du directoire** en cas d'insuffisance professionnelle manifeste ou d'opération de restructuration. Actuellement, il est particulièrement difficile pour les responsables hospitaliers de traiter ce type de situations, lorsqu'elles concernent des personnels médicaux.

Il s'agit pourtant d'une condition élémentaire de bonne gestion du personnel médical et d'efficience dans l'organisation des soins.

4. Du service public hospitalier au service public de santé.

Amendements FHF N° 1, 2, 3, 4, 21

Le projet de loi redéfinit les missions des établissements de santé, en particulier les missions de service public.

Ainsi, le directeur de l'agence régionale de santé peut **autoriser un établissement privé commercial à assurer des missions de service public.**

Il convient, selon la FHF, de préciser les conditions dans lesquelles ces missions sont assurées dans le cadre du SROS, après analyse :

- des besoins et des flux de la population ;
- de l'organisation de l'offre de soins existante ;
- des ressources humaines médicales et soignantes disponibles ;
- des caractéristiques géographiques du territoire.

La FHF considère que **c'est le constat d'une carence de service public hospitalier qui légitime l'exercice de ces missions de service public par une clinique commerciale**, dans le cas où l'hôpital public ne peut l'assurer pour des raisons locales, en particulier **au regard de la démographie médicale et de disparités de rémunérations**.

A ce titre, la FHF demande l'introduction d'une **disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers**. En s'inspirant de l'article 86 du code de déontologie médicale, il s'agit de réguler la liberté d'installation du praticien sur le territoire pour une durée de deux ans. L'objectif est de limiter les situations de démission d'un praticien hospitalier, formé pendant des années à l'hôpital, pour aller travailler dans la clinique la plus proche, ce qui est préjudiciable aux activités de service public hospitalier.

Par ailleurs, les engagements issus de ces missions sont pris par les établissements dans le cadre du **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)** passé avec l'ARS. Il est proposé de **renforcer le caractère contraignant de ces engagements** et les sanctions qui y sont attachées, afin de garantir la meilleure prise en charge des patients et de leur famille dans le respect des principes du service public.

Mais il ne faut pas se tromper, **la réforme ne concerne pas que les établissements publics de santé**. Ce sont l'ensemble des professionnels de santé qui ont vocation à faire leur révolution, sous l'égide des ARS autour d'un nouveau paradigme : passer d'un service public hospitalier à un véritable service public de santé dans les territoires.

CONCLUSION

Le projet de loi HPST porte une ambition : moderniser et simplifier le système de santé français, en répondant aux attentes croissantes de la population.

L'hôpital public est au cœur de la réforme : pour la réaliser, il devra disposer de tous les leviers d'action pour évoluer et se réorganiser. Parmi l'ensemble des acteurs du système de santé, il constituera alors un élément moteur du changement et sera digne de la confiance que les français placent en lui depuis des années.

De même, **changer le système de santé, c'est également préparer l'avenir et avoir une ambition tout aussi forte pour l'enseignement et la recherche, c'est-à-dire pour les CHU**, en articulation étroite avec leur mission de soins de recours et de proximité.

AMENDEMENTS RELATIFS AU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

AMENDEMENT I

Article I : amendement relatif aux missions de Service Public Hospitalier

Il est proposé un amendement à l'article 1^{er} du projet de Loi qui consiste à compléter de la manière suivante l'article L 6112-2 du Code de la Santé publique.

« Art. L. 6112-2. - Les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 peuvent être assurées, en tout ou partie, **en fonction des besoins de la population appréciés dans le schéma régional d'organisation sanitaire :**

« 1° Par les établissements de santé ;

« 2° Par les groupements de coopération sanitaire ;

« 3° Par l'Institution nationale des Invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;

« 4° Par le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil des ministres ;

« 5° Par les autres titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ;

« 6° Par les praticiens exerçant dans les établissements ou structures énumérés aux 1° à 5°.

« Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé **par un établissement public de santé**, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 6° qui en sont chargées, **après analyse :**

- **Des besoins et des flux de la population ;**
- **De l'organisation de l'offre de soins existante ;**
- **Des ressources humaines médicales et soignantes disponibles ;**
- **Des caractéristiques géographiques du territoire.**

Exposé des motifs

Le projet de Loi prévoit que le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser un établissement privé commercial à assurer des missions de service public. Il convient de préciser les conditions dans lesquelles ces missions sont assurées, en se fondant sur le constat d'une carence de service public hospitalier, dans le cas où l'hôpital public ne peut l'assurer pour des raisons locales, en particulier au regard de la démographie médicale.

Il est donc proposé de préciser les conditions dans lesquelles les missions de service public peuvent être exercées par les établissements de santé.

AMENDEMENT 2

Article 1 : amendement relatif aux établissements assurant des missions de Service Public Hospitalier

Il est proposé un amendement à l'article 1^{er} du projet de Loi.
L'article L. 6112-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 6112-2 – « Les missions du service public hospitalier peuvent être assurées, en tout ou partie :

- « 1° Par les établissements de santé ;
- « 2° **Par les communautés hospitalières de territoires ;**
- « 3° Par les groupements de coopération sanitaire ;
- « 4° Par l'Institution nationale des Invalides pour ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ;
- « 5° Par le service de santé des armées ;
- « 6° Par les praticiens exerçant dans les organismes énumérés aux 1° à 4° ;
- « 7° Par les titulaires d'autorisation d'équipement matériel lourd ainsi que les praticiens exerçant dans des structures autorisées pour l'installation d'équipement matériel lourd.

Exposé des motifs

Même si l'article L 6141-2 précise que les communautés hospitalières de territoire sont des établissements de santé, tout comme les centres hospitaliers et les groupements de coopération sanitaire de droit public exerçant des activités de soins soumises à autorisation, et dans un souci d'exhaustivité, il convient d'ajouter les communautés hospitalières de territoire à la liste des établissements susceptibles d'exercer des missions de service public.

AMENDEMENT 3

Article 3 : amendement relatif aux pénalités en cas de non respect des engagements issus des missions de service public

Il est proposé un amendement à l'article 3 du projet de Loi, modifiant le dernier alinéa de l'article L 6114-1 du Code de la Santé publique de la manière suivante.

« 5° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces pénalités financières sont proportionnées à la gravité du manquement constaté et ne peuvent excéder, au cours d'une même année, **5% ~~1%~~** des produits reçus par l'établissement de santé ou par le titulaire de l'autorisation des régimes obligatoires d'assurance maladie au titre du dernier exercice clos. **En outre, l'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues dans le contrat peut se traduire par la suspension ou le retrait d'autorisation d'équipement pour l'établissement qui en est titulaire**».

Exposé des motifs

Lorsqu'une mission de Service Public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le projet de Loi permet à des établissements de santé privés lucratifs d'exercer cette mission, après identification des financements et des obligations qui y sont afférents dans un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM).

Il est proposé de renforcer le caractère contraignant des engagements pris dans le CPOM au titre de l'exercice de ces missions de Service Public, afin de garantir la meilleure prise en charge des patients et de leur famille dans le respect des principes du Service Public.

AMENDEMENT 4

Article additionnel à l'article 3 : amendement permettant l'introduction d'une disposition protégeant le service public hospitalier en cas de démission de praticiens hospitaliers

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 3 du projet de Loi.
Il est inséré, dans le Code de la Santé Publique, un article L.6152-7 ainsi rédigé :

« Dans un délai de 2 ans suivant leur démission, il est interdit aux praticiens hospitaliers à titre permanent d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires. Les modalités d'application de cet article sont fixées par voie réglementaire ».

Exposé des motifs

Le code de déontologie médicale admet une restriction au principe de liberté d'installation des médecins, afin de les protéger de la concurrence déloyale que pourrait leur faire un confrère. C'est ainsi que l'article 86 du code de déontologie médicale (codifié R4127-86 dans le code de la santé publique) précise qu'un médecin, ou un étudiant, qui a remplacé un de ses confrères pendant une période de trois mois ne peut entrer en concurrence directe avec ce médecin pendant une période de deux ans.

Toutefois, aucune protection de ce type n'existe pour le service public hospitalier. Pourtant, celui-ci subit pleinement une forme de concurrence directe qu'exercent certains établissements de santé privés. En effet, dans un contexte de pénurie médicale, ceux-ci sollicitent les praticiens hospitaliers en leur proposant des rémunérations beaucoup plus élevées qu'à l'hôpital. La démission d'un praticien hospitalier a pour effet « d'amputer » les hôpitaux d'une partie de leur activité sans qu'ils puissent, le plus souvent, recruter un autre praticien dans un délai rapide, tout en étant obligés de continuer à rémunérer l'ensemble des personnels qui étaient dévolus à cette activité. Le préjudice subi, tant en termes d'offre de soins, que d'un point de vue financier (T2A), est très important.

Ces situations de démission de praticiens hospitaliers au profit de structures concurrentes sont d'autant plus problématiques que les établissements privés qui les recrutent sont, eux, protégés par des clauses de non-concurrence.

Le présent article a donc pour objet d'étendre au service public hospitalier la protection prévue à l'article 86 du code de déontologie médicale.

**AMENDEMENTS RELATIFS
A LA GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS
DE SANTE**

AMENDEMENT 5

Article 4 : amendement relatif à la fonction de direction des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 4 du projet de Loi relatif à la position de mise en recherche d'affectation d'un directeur qui se traduit par une modification à l'alinéa 3° de l'article L 6141-I du Code de la Santé Publique :

« Le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination et, s'il relève de la fonction publique hospitalière, être placé en situation de recherche d'affectation, ~~après~~ ~~sans que~~ l'avis de la commission administrative paritaire compétente ~~soit requis.~~ »

Exposé des motifs

Le Directeur et les membres de l'équipe de direction d'un établissement public de santé relèvent des statuts de la fonction publique, ce qui implique de demander l'avis de la commission administrative compétente, en cas de situation de mise en recherche d'affectation.

L'Administration peut faire prévaloir son avis en commission administrative paritaire, mais il est important que cette dernière puisse se réunir pour respecter le droit du cadre de direction concerné à un débat contradictoire. Cette commission peut d'ailleurs, en tant que de besoin, se réunir en urgence de manière restreinte, ce qui permet de ne pas compromettre la rapidité de la décision.

Pour respecter les statuts de la fonction publique, la jurisprudence européenne concernant les fonctionnaires qui ne sont pas « à la discrétion » du gouvernement, et éviter les contentieux à ce sujet, il est demandé de réintroduire l'avis systématique de la commission administrative paritaire avant que soit prononcée la décision de mise en recherche d'affectation.

AMENDEMENT 6

Article 5 : amendements relatif aux missions du conseil de surveillance des établissements publics de santé

A l'article 5 du projet de Loi, il est envisagé d'insérer les dispositions suivantes après modifiant l'article L 6143-1 du Code de la Santé Publique relatif aux missions du conseil de surveillance.

Amendement 1

Art. L. 6143-1 : Ajouter à « Le Conseil de surveillance exerce » la mention « **se prononce sur la stratégie et** exerce le contrôle de l'établissement ».

Il semble préférable de faire apparaître explicitement le terme « stratégie » dans les missions du conseil de surveillance pour éviter que ses membres, et notamment les élus, ne s'en sentent complètement dépossédés. L'accueil de la loi pourrait en être facilité.

Amendement 2

Paragraphe 3° Ajouter à « La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ; » la mention « **et notamment sur l'adhésion, le retrait, la modification tant du périmètre que des compétences déléguées dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire ou d'un groupement de coopération sanitaire.** »

Il est important de « sécuriser » chaque hôpital en situation de coopération, et notamment de permettre aux membres des conseils de surveillance d'être systématiquement consultés sur les modalités de coopération de leur établissement avec d'autres structures au sein des CHT et des GCS.

Exposé des motifs

Le projet de loi HPST crée une nouvelle instance, le conseil de surveillance, qui se substitue au conseil d'administration. Ce changement pose la question de l'implication des élus locaux, départementaux et régionaux dans la gouvernance hospitalière, en articulation avec le futur directoire.

Si le conseil de surveillance ne disposait pas de prérogatives claires sur la stratégie de l'établissement, cette instance pourrait devenir un lieu d'opposition au directoire, compte tenu des enjeux forts et incontournables de regroupement entre établissements de santé.

Il est donc proposé de renforcer l'article 5 du projet de loi et de préciser les prérogatives du Conseil de Surveillance.

AMENDEMENT 7

Article 5 : amendements relatifs à la composition du conseil de surveillance des établissements publics de santé

Il est proposé une série d'amendements à l'article 5 du projet de Loi relatifs à la composition du Conseil de surveillance qui se traduisent par des modifications de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique.

Amendement 1.

1° - changer « quatre » par « **cinq** ... ».

L'enjeu est de garantir la participation, donc l'implication, des collectivités dans le conseil de surveillance des hôpitaux, en ajustant la représentation entre élus municipaux, conseillers généraux et régionaux.

Amendement 2.

2° - remplacer l'article par : « **Au plus cinq représentants du personnel médical et non-médical de l'établissement public, deux désignés par la commission médicale d'établissement, trois désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au comité technique d'établissement.** »

Il semble opportun de renforcer, dans un texte portant sur la gouvernance de l'hôpital, la représentation du personnel non médical, en particulier du personnel soignant. Il représente en effet la majorité du personnel des hôpitaux.

Amendement 3

3° - Changer « quatre » par « **cinq** » et ajouter la mention « **et un représentant des professionnels de santé non hospitaliers.** »

Il est important d'ouvrir la gouvernance hospitalière aux autres acteurs de la santé, ce qui implique de rappeler les articulations entre l'hôpital et les professionnels non-hospitaliers, par exemple la médecine libérale. Cela suppose de prévoir explicitement leur représentation au sein du conseil de surveillance.

Amendement 4

Rajouter après le 3° « Le nombre des membres du conseil de surveillance par catégories, la durée de leur mandat, leurs modalités de nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixées par décret.

Le président et le vice-président du directoire assistent aux séances du conseil de surveillance de l'établissement de santé avec voix consultative. »

Exposé des motifs

L'un des principes fondamentaux du Rapport Larcher et de la Loi HPST est d'aborder l'organisation de l'hôpital dans une perspective ouverte, c'est-à-dire moins « hospitalo-centrée », dans un cadre associant l'ensemble des acteurs de la santé d'un territoire.

Pour ces raisons, il est proposé de fixer le nombre des membres du Conseil de Surveillance à 15 (3 x 5), plutôt que 12 et de faire apparaître explicitement un certain nombre de représentations de nature à concrétiser une réelle vision partenariale de la gouvernance de l'hôpital.

Par ailleurs, compte tenu de la mission générale de contrôle de l'établissement par le conseil de surveillance et de l'importance de garantir la meilleure information de ses membres, il est fondamental que le président et le vice-président du directoire assistent de manière permanente aux réunions du conseil de surveillance.

AMENDEMENT 8

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 6 du projet de loi relatif au pouvoir de nomination dans l'établissement, par insertion des dispositions suivantes au 3^{ème} alinéa de l'article L 6143-7 du Code de la Santé publique.

« Le président du directoire dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il nomme dans leur emploi les directeurs adjoints et les directeurs des soins de l'établissement. **Après** ~~Sur~~ proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après **proposition avis** du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du centre national de gestion la nomination **et la mise en recherche d'affectation** des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1^o de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. **Il joint à sa proposition celles du président de la CME et du chef de pôle** ».

Exposé des motifs

S'il est indispensable que le directeur, en tant que président du directoire, dispose d'un véritable pouvoir de nomination dans l'établissement, il doit pleinement s'appuyer sur la communauté médicale, représentée par le président de la CME, dans le cadre du processus de nomination et de mise en position de recherche d'affectation du personnel médical.

Il est donc proposé de mentionner la proposition « initiale » du management de proximité, le chef de pôle, et la proposition du président de CME lors de la transmission au Centre national de Gestion.

En outre, il est important que la mise en position de recherche d'affectation puisse être proposée par le président du directoire en cas d'insuffisance professionnelle manifeste. Actuellement, il est particulièrement difficile pour les responsables hospitaliers de traiter ce type de situations, lorsqu'elles concernent des personnels médicaux.

Il s'agit pourtant d'une condition élémentaire de bonne gestion du personnel médical et d'efficience dans l'organisation des soins.

Il est donc demandé de garantir aux responsables hospitaliers les outils d'un véritable management du personnel médical, y compris en cas de défaillance de certains professionnels.

AMENDEMENT 9

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 6 du projet de loi relatif à la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux en cas de restructuration, par insertion des dispositions suivantes à l'article L 6143-7 du Code de la Santé publique.

« Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire :
[...]

« 14° En cas de restructuration de l'établissement conduisant à la suppression d'un ou plusieurs emplois médicaux, peut mettre fin aux fonctions d'un praticien mentionné au 1° de l'article L. 6152-1. Le praticien est alors placé en recherche d'affectation auprès du centre national de gestion ;

Exposé des motifs

Le projet de Loi HPST encourage les coopérations et les réorganisations entre établissements au regard des besoins de la population sur un territoire donné.

Issues des projets médicaux des établissements, ces recompositions de l'offre de soins hospitalière sont susceptibles de générer des suppressions de postes médicaux pour les activités en restructuration.

Il convient de permettre au président du directoire d'en tirer les conséquences en termes de management médical, c'est-à-dire de mettre fin aux fonctions des praticiens concernés.

AMENDEMENT 10

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement portant sur les attributions du directeur, en tant que président du directoire. Il s'agit d'aménager le principe de séparation des ordonnateurs et des comptables pour les établissements publics de santé, en ajoutant les dispositions suivantes à l'article L. 6143-7 du Code de la Santé publique.

« Le Président du directoire est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a autorité sur le comptable public, dans le respect de ses attributions. »

Exposé des motifs

L'un des objectifs du rapport de la Commission du Sénateur LARCHER était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficient et de bénéficier des mêmes souplesses de gestion que les établissements privés, dans un contexte de convergence d'application de la tarification à l'activité.

Il convient de rappeler que le principe initialement retenu dans la Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2009 était le contrôle a posteriori au titre de la certification des comptes par un commissaire aux comptes. Cela suppose un rapprochement des fonctions d'ordonnateur et de comptable au sein de l'établissement : dans le respect de ses missions, le comptable est positionné en conseiller financier du directeur au sein de l'équipe de direction.

A défaut, la certification apparaît comme un niveau de complexité supplémentaire, sans réelle valeur ajoutée en termes d'efficience.

De manière générale, cette disposition constituerait une incitation pour les coopérations hospitalières, si elle concernait les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération sanitaire publics.

Il est donc proposé que les établissements publics de santé, et notamment les établissements issus de regroupements hospitaliers, puissent bénéficier d'aménagement concernant la séparation des ordonnateurs et des comptables.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

AMENDEMENT I I

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 6 du projet de loi relatif à l'élaboration du projet médical dans les établissements publics de santé, par insertion des dispositions suivantes dans l'article L 6143-7 du projet de Loi.

« Après consultation des autres membres du directoire, le président du directoire :
[.....]
« 2° Arrête le projet médical de l'établissement **après avis de la commission médicale d'établissement** et décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;
[.....]
II. - Après l'article L. 6143-7-1 du même code, sont insérés les articles L. 6143-7-2 à L. 6143-7-4 ainsi rédigés :
« Art. L. 6143-7-2. - Le président de la commission médicale d'établissement est le vice-président du directoire. Il prépare **avec le président du directoire**, en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens, le projet médical de l'établissement **dont il coordonne la mise en œuvre**.

Exposé des motifs

Le projet médical est au cœur de la stratégie des établissements publics de santé. Il est de la responsabilité du directeur de participer à son élaboration, de l'arrêter et de veiller à sa mise en œuvre, en articulation avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyen.

Il est toutefois important d'affirmer l'importance de la communauté médicale et du président de la commission médicale d'établissement dans le fonctionnement de l'établissement, pour lequel le projet médical constitue un axe stratégique majeur.

Il est donc proposé de préciser les prérogatives des responsables hospitaliers dans le présent article.

AMENDEMENT 12

Article 6 : amendement relatif à la gouvernance interne des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement à l'article 6 du projet de loi relatif à la composition du directoire des établissements publics de santé, par insertion des modifications suivantes à l'article L 6143-7-4 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 6143-7-4. - Le directoire est composé par des membres du personnel de l'établissement **dans la limite de cinq à onze membres** ~~dans la limite de cinq membres, ou sept membres dans les centres hospitaliers universitaires,~~ dont son président et son vice-président. Les autres membres du directoire sont nommés par le président du directoire de l'établissement, **conjointement avec** le président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique. **La représentation médicale, pharmaceutique et odontologique est assurée pour moitié au moins par des chefs de pôles.** Il peut être mis fin à leurs fonctions par le président du directoire, après information du conseil de surveillance et avis du président de la commission médicale d'établissement pour les membres du personnel médical, pharmaceutique et odontologique.
Dans les centres hospitaliers universitaires mentionnés à l'article L 6141-2, le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical fait partie du directoire.

Exposé des motifs

Il s'agit en premier lieu de laisser une certaine « souplesse » au directeur de l'établissement, président du directoire, pour constituer un directoire équilibré par rapport à la gouvernance de l'établissement, quelque que soit le statut de l'établissement. Toutefois, le directoire ne pourra pas être composé de plus de onze membres pour ne pas compromettre la capacité décisionnelle de cette instance.

Dans le cas d'une communauté hospitalière de territoire, la composition du directoire pourra être précisée dans la convention constitutive.

En second lieu, il convient d'affirmer l'importance du président de la commission médicale d'établissement, en tant que vice-président du directoire, dans le choix des membres de la communauté médicale, sachant que les chefs de pôle doivent avoir toute leur place puisqu'ils représentent le management et le « leadership » médical de proximité.

Enfin, au cas spécifique des CHU, il convient d'associer le doyen de la faculté de médecine au sein du directoire, compte tenu des articulations importantes entre les missions hospitalières et les missions universitaires de ces établissements.

En conclusion, il est donc proposé de préciser la composition et le fonctionnement du directoire, afin de garantir l'efficacité des échanges et de la prise de décision dans cette instance, ce qui implique de capitaliser les modes de collaboration issus de la « nouvelle gouvernance hospitalière » mise en œuvre ces dernières années.

**AMENDEMENTS RELATIFS
A L'ASSOUPLISSEMENT DES REGLES DE GESTION
DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE**

AMENDEMENT 13

Article 10 : amendement relatif aux professionnels médicaux recrutés sur contrat

Il est proposé un amendement à l'article 10 du projet de loi HPST portant ajout d'alinéas. Cet amendement concerne les modalités de recrutement et de rémunération sur contrat du personnel médical.

I. - L'article L. 6152-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le 3° devient le 4° ;

2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat sur des emplois présentant des difficultés particulières liées au recrutement ou aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésion à une communauté hospitalière de territoire

La rémunération contractuelle des praticiens bénéficiant d'un contrat mentionné à l'alinéa précédent comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmaciens qui peuvent être pourvus est fixé par le président du directoire, après consultation du directoire. ».

II. - Il est rétabli un article L. 6152-3 au même code ainsi rédigé :

« Art. L. 6152-3. - Les praticiens mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 peuvent être détachés sur un contrat mentionné au 3°.

« Le centre national de gestion mentionné à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière assure le suivi de la gestion des praticiens mentionnés au 1° de l'article L.6152-1 du code de la santé publique détaché sur un contrat mentionné au 3°. »

Exposé des motifs

A la veille de la création de communautés hospitalières de territoires, les établissements hospitaliers ont à faire face à des pénuries importantes de personnels médicaux.

Il est donc indispensable de renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les jeunes médecins qui souhaiteront s'engager au sein de l'hôpital public et devront s'investir dans les stratégies de groupe, afin de permettre au système hospitalier de faire face à la concurrence importante à laquelle il est confronté et de maintenir une offre de service public sur l'ensemble du territoire.

Les dispositions de l'article 10 du projet de Loi ont ainsi vocation à renforcer l'attractivité de certains emplois médicaux en instaurant une part variable de rémunération fondée sur la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs contractualisés.

Néanmoins, en circonscrivant la possibilité de recrutement de praticiens contractuels à la seule notion d'emplois « présentant une difficulté particulière à être pourvus », la rédaction actuelle de l'article 10 est trop restreinte et n'atteindra que partiellement les objectifs poursuivis. C'est la raison pour laquelle il est proposé d'élargir l'accès à ces emplois aux « *emplois présentant des difficultés particulières liées au recrutement et aux restructurations dans les établissements engagés dans un processus d'adhésion à une communauté hospitalière de territoire* ».

Il est également important que les praticiens statutaires qui souhaitent s'investir sur ces postes puissent y avoir accès par la voie du détachement. Ces praticiens hospitaliers à temps plein et praticiens des hôpitaux à temps partiel en détachement devront continuer à être gérés par le Centre National de Gestion.

Le projet d'amendement suivant a donc pour objet :

- d'élargir les possibilités de recrutement de praticiens contractuels avec des éléments variables de rémunération qui sont fonction d'engagements particuliers et d'objectifs quantitatifs et qualitatifs ;
- de donner à l'établissement l'initiative de ces recrutements tout en l'encadrant par l'obligation pour ce dernier d'être engagé dans un processus d'adhésion à une CHT ;
- de maintenir le suivi de la gestion des praticiens statutaires en détachement sur un poste de contractuel par le Centre National de Gestion.

AMENDEMENT 14

Article additionnel à l'article 11 relatif à l'assouplissement des règles de gestion des établissements publics de santé

Il est proposé un amendement portant un article additionnel à l'article 11 du projet de Loi. Il concerne la simplification du régime de soumission des établissements publics de santé au code des marchés publics et apporte les modifications suivantes concernant les articles L6141-7 et L 6145-16 du code de la santé publique.

Dans l'article L. 6141-7 du code de la santé publique, il est inséré un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Pour leurs passations de marchés, les centres hospitaliers universitaires, les communautés hospitalières de territoires, les groupements de coopération sanitaire de droit public et les groupements d'achats composés majoritairement d'établissements publics de santé, d'établissements publics sociaux et médico-sociaux et aux établissements participant au service public hospitalier sont soumis aux dispositions relatives aux pouvoirs adjudicateurs instituées par l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics. ».

Exposé des motifs

L'un des objectifs du rapport de la Commission du Sénateur LARCHER était de simplifier le fonctionnement de l'hôpital public, afin de lui permettre d'être plus efficient et de bénéficier des mêmes souplesses de gestion que les établissements privés, dans un contexte de convergence d'application de la tarification à l'activité.

Les établissements publics de santé doivent ainsi pouvoir s'inscrire dans le cadre des directives européennes concernant la passation des marchés publics, afin de réduire les délais et de simplifier les modalités de passation des marchés publics. En outre, cette disposition constituerait une incitation pour les coopérations hospitalières, notamment avec les établissements participant au service public hospitalier, si elle concernait les communautés hospitalières de territoire, les groupements de coopération sanitaire et les groupements d'achats d'établissements publics de santé et d'établissements publics sociaux et médico-sociaux.

Il est donc proposé que les établissements publics de santé les plus importants, ainsi que ceux qui se sont engagés dans une démarche de regroupement, puissent bénéficier de dispositions plus souples dans le cadre de leur politique d'achat.

AMENDEMENT 15

Article additionnel à l'article 11 : amendement relatif à l'intéressement des personnels

Il est proposé d'ajouter un article supplémentaire après l'article 11 du projet de loi.

Il est inséré un article L 6145-18 au code de la santé publique.

« Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement, après avis du Directoire, du Comité Technique d'Etablissement et de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant annuel brut du salaire de chaque agent.

Exposé des motifs

Les établissements publics de santé ne disposent pas actuellement de dispositifs d'intéressement financier des personnels, les encourageant à développer l'efficacité dans la prise en charge, ni à valoriser les initiatives individuelles ou collectives permettant une certaine réactivité dans l'évolution des organisations.

En outre, la création des communautés hospitalières de territoire serait facilitée par des dispositions incitatives suscitant la mobilisation des personnels des établissements adhérents.

Il est donc proposé de permettre aux établissements de pratiquer une politique d'intéressement des personnels, afin que ces derniers soient mobilisés autour des enjeux d'efficacité et de retour à l'équilibre économique dans le cadre de leurs activités, en particulier au titre de réorganisations et de coopérations inter hospitalières.

AMENDEMENTS RELATIFS AUX COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE

AMENDEMENT 16

Article 12 : amendement relatif à la constitution de communautés hospitalières de territoire

Il est proposé un amendement à l'article 12 du projet de Loi concernant les établissements composant une communauté hospitalière de territoire (CHT) qui consiste à compléter de la manière suivante l'article L. 6132-1 du code de la santé publique.

« Art. L. 6132-1. - Des établissements publics de santé peuvent constituer une communauté hospitalière de territoire. Cette communauté hospitalière a pour objectifs de mettre en oeuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres. Un établissement public de santé ne peut adhérer à plus d'une communauté hospitalière de territoire.

En tant que de besoin, un ou plusieurs établissements médico-sociaux publics peuvent adhérer à une communauté hospitalière de territoire. »

Exposé des motifs

Le projet de Loi prévoit, d'une part, de faciliter les coopérations entre établissements publics de santé grâce aux CHT et, d'autre part, de renforcer les approches partenariales entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.

Compte tenu notamment des enjeux croissants de prise en charge des personnes âgées, il est important d'en tenir compte dans le cadre de la constitution des CHT, en fonction de leur objet, et de renforcer les synergies entre les hôpitaux et les établissements médico-sociaux (maisons de retraite...).

Il est donc proposé d'offrir la possibilité aux établissements médico-sociaux d'intégrer une CHT.

AMENDEMENT 17

Article 12 : amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire

Il est proposé un amendement à l'article 12 du projet de Loi concernant le rôle du représentant de l'Etat dans la Région.

Il est demandé la modification suivante à l'article L. 6132-2 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 6132-2. - Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes, ~~après avis des représentants de l'Etat dans les régions concernées,~~ approuvent, soit à l'initiative des établissements publics de santé, soit dans les conditions prévues aux articles L. 6131-1 à L. 6131-3, la convention constitutive mentionnée à l'article L. 6132-3. Cette approbation entraîne constitution de la communauté hospitalière de territoire et désignation de l'établissement siège. »

Exposé des motifs

Conditionner la création d'une CHT à l'avis du Préfet de région est un frein potentiel à la réorganisation hospitalière.

Il est donc proposé de ne pas retenir cet avis, sachant que le représentant de l'Etat en région émet un avis sur le plan régional stratégique de santé dans le cadre de ses fonctions de président du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé.

AMENDEMENT 18

Article 12 : amendement relatif aux communautés hospitalières de territoire.

Il est proposé un amendement à l'article 12 du projet de Loi introduisant une dimension incitative à la création de communautés hospitalières de territoires, ce qui se traduit par le rajout d'un II à l'article 12.

« II. Au troisième chapitre de la sixième partie du code de la santé publique est introduit un article préliminaire, rédigé de la manière suivante.

La réorganisation des établissements de santé constitue une priorité nationale. En conséquence, une partie des aides à la contractualisation et des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est réservée aux établissements rentrant dans une communauté hospitalière de territoire pour une durée de trois ans, selon des modalités définies par voie réglementaire. »

Exposé des motifs

La coopération entre établissements de santé constitue une priorité du projet de Loi HPST pour répondre aux enjeux d'organisation de l'offre de soins sur un territoire.

Il est important que les établissements qui se lancent dans des opérations de regroupement au sein de CHT puissent être soutenus dans leurs démarches, notamment sur le plan financier, afin de réaliser les investissements nécessaires et de mobiliser les compétences adéquates.

Il est donc proposé d'accorder un soutien financier ponctuel aux hôpitaux membres d'une CHT, dans le cadre d'un dispositif réellement incitatif, pour faciliter la constitution de ces CHT.

AMENDEMENT 19

Article 13 : amendement portant sur les groupements de coopérations sanitaire (GCS)

Il est proposé un amendement à l'article 13 du projet de Loi relatif au financement des GCS autorisés à assurer des missions des établissements de santé.

Les modifications suivantes sont insérées à l'article L 6133-8 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 6133-8. - Les professionnels médicaux des établissements de santé membres du groupement et les professionnels médicaux libéraux membres du groupement peuvent assurer des prestations médicales au bénéfice des patients pris en charge par l'un ou l'autre des établissements de santé membres du groupement et participer à la permanence des soins.

« La permanence des soins, les consultations et les actes médicaux assurés par les professionnels libéraux médicaux, dans le cadre du groupement, peuvent être rémunérés forfaitairement ou à l'acte dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Les dépenses relatives aux soins dispensés aux patients pris en charge par des établissements publics de santé et par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code sont supportées par l'établissement de santé concerné.

« Les actes médicaux pratiqués par les professionnels médicaux employés par les établissements publics de santé ou par les établissements de santé mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-22-16 du même code, au bénéfice de patients pris en charge par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code, sont facturés par l'établissement de santé employeur à l'établissement de santé dont relève le patient. Ce dernier assure le recouvrement des sommes correspondantes auprès du patient ou de la caisse d'assurance maladie.

« Les professionnels libéraux médicaux exerçant une activité dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire continuent à relever à ce titre des professions mentionnées à l'article L. 622-5 du code de la sécurité sociale.

« Toutefois, lorsque le GCS est établissement de santé et que l'activité exercée est une activité de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de courte durée, y compris les activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, les dispositions de l'article 33 de la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée ne sont pas applicables au financement du groupement.

« Lorsqu'il est composé d'une part d'établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, d'établissements de santé mentionnés au *d* du même article, il peut opter soit pour l'application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* soit pour celle des tarifs applicables aux établissements de santé mentionnés au *d* du même article.

« Par dérogation à l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale et à toute autre disposition contraire du code du travail, la rémunération des médecins libéraux est versée par le groupement de coopération sanitaire lorsque ce dernier est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés

aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, le tarif de l'acte versé au médecin est réduit de la redevance due au groupement de coopération sanitaire. Cette rémunération est incluse dans le financement du groupement titulaire de l'autorisation.

« Lorsque le GCS est financé par application des tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération des médecins est versée sous la forme d'honoraires. Ces honoraires sont versés directement au médecin lorsque celui-ci est libéral et au GCS lorsque le médecin est salarié. »

Exposé des motifs

Les groupements de coopération sanitaires (GCS) constituent le mode privilégié de coopération entre les établissements publics et les établissements privés lorsqu'il s'agit de travailler ensemble. Le projet de Loi encourage ces coopérations et permet à un GCS de devenir établissement de santé.

Il convient cependant de conférer à ces structures l'ensemble des attributions d'un établissement de santé, notamment en termes de financement, afin que ces coopérations soient attractives, mais aussi équilibrées entre les partenaires, publics et privés.

Cet amendement propose qu'un GCS associant des établissements publics et privés puisse opter pour les tarifs les plus adéquats et que la rémunération de l'activité soit effectuée auprès du GCS, pour qu'il la redistribue vers les professionnels qui y travaillent, qu'ils soient salariés ou libéraux.

A titre d'illustration, le secteur de l'imagerie est sans doute celui où la disparité des rémunérations est la plus importante entre les praticiens du secteur public et les praticiens libéraux, ce qui contribue à induire une concentration importante de compétences dans le secteur privé, alors même que certains hôpitaux ont des difficultés à tenir une garde de nuit.

Dans ce contexte, les structures de coopération type GIE connaissent actuellement une asymétrie des rémunérations des radiologues : en effet les radiologues du secteur libéral encaissent à la fois le forfait machine et le actes afférents tandis que les praticiens hospitaliers travaillant au sein du GIE continuent à percevoir leur salaire sans intéressement supplémentaire.

Il est donc proposé d'insérer une disposition visant à ce que la rémunération des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux soit établie de la même manière, à partir d'un forfait issu du calcul du chiffre d'affaire réalisé sur les équipements sus visés, perçu et redistribué par la structure de coopération, c'est-à-dire le GCS.

AMENDEMENT 20

Article 13 : amendement portant sur les groupements de coopérations sanitaire (GCS)

Il est proposé un amendement à l'article 13, relatif au statut des personnels dans un GCS.

Au chapitre III « Groupement de Coopération Sanitaire », il est rajouté un deuxième alinéa à l'article L6133-7 ainsi rédigé : « L'article 2 de la loi 86-33 est complétée d'un 8° ainsi rédigé :

« Groupements de coopération sanitaire de droit public, groupement de coopération sociale et médico-sociale de droit public, groupements d'intérêt public ».

Exposé des motifs

Actuellement, les personnels de la fonction publique hospitalière ne peuvent exercer dans les GCS / GCSMS (GCS médico-sociaux) de droit public que par détachement ou mise à disposition.

Cette situation entraîne une gestion complexe des personnels concernés qui peuvent se sentir « pénalisés », lorsqu'ils n'ont pas accès à la formation continue et aux prestations sociales des établissements hospitaliers.

Dès lors qu'ils sont des établissements de santé, les GCS et GCSMS de droit public devraient pouvoir faire bénéficier leur personnel de prestations, telles que la formation continue par le biais de l'Association Nationale de Formation continue des personnels Hospitaliers (ANFH) ou encore des prestations sociales servies par le Comité de Gestion des Œuvres Sociales (CGOS).

C'est la raison pour laquelle il est proposé de faire rentrer les GCS et GCSMS de droit public dans l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986, ce qui permettra de transposer à ces établissements l'ensemble des dispositions qui s'appliquent aux établissements employant du personnel de la fonction publique hospitalière.

AMENDEMENT RELATIF A LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES TERRITOIRES

AMENDEMENT 21

Article 16 : amendement relatif à la permanence des soins

Il est proposé un amendement à l'article 16 du projet de Loi relatif à la participation des professionnels libéraux à la permanence des soins.

Il est inséré la disposition suivante à l'article L 6314-I du Code de la Santé Publique.

« L'article L. 6314-I du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 6314-I. - La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-I du code de la sécurité sociale, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5, **de manière obligatoire si la continuité du service public l'exige, sous peine de déconventionnement.**

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. »

Exposé des motifs

La continuité du service public en matière de permanence des soins relève des agences régionales de santé. Il convient qu'elle soit assurée de manière prioritaire par les établissements publics de santé, mais également par les médecins libéraux, lorsque l'offre de soins du territoire de santé l'exige, notamment dans des disciplines comme l'ophtalmologie ou la radiologie.

Il est donc proposé de rendre obligatoire, dans certaines situations, la participation à la permanence des soins pour les professionnels libéraux.

**AMENDEMENT RELATIF
AUX MODALITES DE VALORISATION
ET DE HIERARCHISATION DES ACTES MEDICAUX**

AMENDEMENT 22

Article 17 : amendement relatif à la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux.

Il est proposé un amendement à la fin de l'article 17 visant à apporter les précisions suivantes.

« Livre préliminaire
DISPOSITIONS COMMUNES

Il est ajouté un titre 2

Libellé

« Participation des Professionnels de santé hospitaliers à la hiérarchisation des actes médicaux et participation des organismes représentant les Etablissements de santé à la négociation aux prestations remboursables et à la hiérarchisation des actes »

A l'article L.162-1-7 au deuxième alinéa est ajouté après Caisse d'Assurance Maladie « des représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».

A l'article L.162-1-13 est ajouté à la fin du premier paragraphe « « des représentants des fédérations représentant les établissements de santé ».

Exposé des motifs

La loi du 13 août 2004 confie aux représentants des médecins libéraux et à l'UNCAM, le soin de hiérarchiser et de fixer les tarifs des actes médicaux, sans associer les fédérations représentant les établissements de santé.

Pourtant, les établissements de santé sont concernés par la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux, puisque ces éléments ont un impact dans la construction du PMSI et de la T2A. Par ailleurs, la valorisation des actes médicaux a un effet direct sur les choix d'exercice des médecins entre une pratique libérale et une pratique en établissement public de santé.

Il est donc proposé d'associer les fédérations représentant les établissements de santé à la concertation sur la valorisation et la hiérarchisation des actes médicaux.

AMENDEMENT RELATIF A LA FORMATION MEDICALE CONTINUE

AMENDEMENT 23

Article 19 : amendement concernant la formation médicale continue

Il est proposé d'ajouter un III à l'article 19 du projet de Loi relatif à la formation médicale continue « institutionnelle ».

« III. -Il est inséré un troisième alinéa à l'article L 6155-4 du code de la santé publique.

« Il est institué dans les établissements publics de santé une contribution destinée au financement de la formation continue institutionnelle et managériale des praticiens énumérés à l'article L 6152-1 du code de la santé publique. Le taux de la contribution ne peut excéder 0.10% de la masse salariale brute hors charge des praticiens énumérés à l'article L.6152-1 du code de la santé publique. La gestion et la mutualisation de cette contribution est confiée à un organisme paritaire collecteur agréé par l'Etat. »

Exposé des motifs

Parmi les propositions du rapport du Sénateur Larcher figurent le renforcement et le pilotage de la formation médicale continue hospitalière.

Par ailleurs, la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire insiste sur le rôle des chefs de pôle dans la mise en œuvre de la politique de l'établissement. Il est donc indispensable de donner les moyens et les outils aux établissements d'assurer une formation médicale sur le plan institutionnel et managérial, au bénéfice de leurs praticiens.

Pour y parvenir, il est notamment préconisé d'augmenter les financements publics de la formation médicale et de confier leur gestion à un organisme paritaire agréé.

Il est donc proposé d'instaurer une cotisation obligatoire auprès des établissements, afin de financer la formation médicale continue et d'en confier la mutualisation et la gestion à un organisme paritaire agréé par l'Etat.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

AMENDEMENTS RELATIFS A L'ORGANISATION REGIONALE DE LA SANTE

AMENDEMENT 24

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à rajouter les dispositions suivantes à la fin de l'article L. 1434-1 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1431-1. - Dans chaque région, et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du présent code et des dispositions des articles L. 311-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale. Ses compétences s'exercent sans préjudice de celles des collectivités territoriales et des établissements mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1323-1, L. 1336-1, L. 1413-2, L. 1418-1, L. 5311-1 du présent code et **L. 161-37 du code de la sécurité sociale.**

Exposé des motifs

Il est proposé de mentionner explicitement la Haute Autorité en Santé parmi les collectivités et établissements énumérés, compte tenu des ses attributions dans le champ de la santé.

AMENDEMENT 25

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à préciser l'article L. 1432-4 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1432-4. - La conférence régionale de santé est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges, dont un collège représentant les établissements de santé, qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Exposé des motifs

La conférence régionale de santé constitue l'instance démocratique qui associe les acteurs régionaux à l'élaboration de la politique régionale de santé. Il est prévu qu'elle soit constituée en collèges.

Il est proposé que l'un des collèges représente les établissements de santé, en tant qu'acteurs majeurs de la politique régionale de santé.

Dans l'hypothèse où cet article serait renvoyé à un décret pour motif juridique, il est important que le gouvernement s'engage sur le dispositif proposé ici.

AMENDEMENT 26

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à préciser le dernier alinéa de l'article L. 1434-10 du Code de la Santé Publique.

« Ce schéma et le programme qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés par **le directeur de l'agence régionale de santé** après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents. « Ce schéma et le programme qui l'accompagne sont élaborés et arrêtés après consultation de la commission de coordination compétente prévue à l'article L. 1432-1 du présent code et avis des présidents des conseils généraux compétents.

Exposé des motifs

Il est proposé de préciser que le directeur de l'ARS arrête le SROS, au titre du parallélisme des formes avec les dispositions prévues dans l'article 28 du projet de loi (Art. L 312-5 du code de l'action sociale et des familles).

AMENDEMENT 27

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à rajouter les dispositions suivantes à l'article L. 1434-2 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1434-2. - L'agence régionale de santé est chargée :

« 1° De définir et de mettre en oeuvre au niveau régional la politique de santé publique mentionnée à l'article L. 1411-1 ; à ce titre, notamment :

« a) Elle organise 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 **indésirables**.

Exposé des motifs

Il est proposé de préciser que la notion de signalement correspond à des événements indésirables susceptibles de survenir en région, en lien avec l'article 2 du projet de Loi qui présente les missions des établissements de santé au titre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que de la gestion des risques.

AMENDEMENT 28

Article 26 : amendement concernant les agences régionales de santé.

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à supprimer les dispositions suivantes à l'article L. 1434-3 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1432-3. - Le conseil de surveillance de l'agence régionale de santé est présidé par le représentant de l'Etat dans la région.

Exposé des motifs

Le président du conseil de surveillance des établissements de santé élit son président parmi ses membres. Il est souhaitable qu'il existe un parallélisme des formes avec la nomination à la présidence du conseil de surveillance des ARS.

Par ailleurs, le représentant de l'Etat dans la région est très souvent, de fait, président du conseil d'administration de certains établissements de santé, les centres de lutte contre le cancer, ce qui paraît incompatible avec la présidence du conseil de surveillance de l'ARS.

AMENDEMENT 29

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.

Il est proposé un amendement à l'article 26 qui consiste à rajouter les dispositions suivantes à l'article L. 1434-7 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1434-7. – Le schéma régional de l'organisation des soins fixe, **en fonction des besoins de la population** par territoire de santé :

« 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds, dont les modalités de quantification sont fixées par décret ;

« 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;

« 3° Les transformations, regroupements et coopérations d'établissements de santé ;

« 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations. »

Exposé des motifs

En cohérence avec les dispositions de l'article L. 1434-6 du Code de la Santé Publique, il est rappelé que l'organisation de l'offre de soins et la répartition des activités qui y contribuent sont fixées au regard des besoins de la population dans un territoire de santé.

AMENDEMENT 30

Article 26 : amendement concernant le schéma régional de l'organisation des soins.

Il est proposé un amendement à l'article 26 concernant les conférences de santé qui consiste à apporter la modification suivante à l'article L. 1434-15 du Code de la Santé Publique.

« Art. L. 1434-15. - Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-7, le directeur général de l'agence régionale de santé ~~peut constituer~~ **constitue** une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. »

Exposé des motifs

Les conférences de territoire de santé permettent de renforcer l'adéquation entre la politique régionale de santé et les besoins de santé du territoire, grâce aux travaux des membres qui la composent.

Il est donc proposé de rappeler le caractère indispensable des conférences de territoire de santé, associant les représentants des acteurs de la santé au sein du territoire de santé.

AMENDEMENT 3 I

Article additionnel à l'article 26.

L'article L. 6121-6 du Code de la Santé Publique est abrogé.

Exposé des motifs

L'article L. 6121-6 du Code de la Santé Publique est relatif aux communautés d'établissements de santé.

Ces communautés d'établissements de santé ne peuvent plus être créées depuis l'Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

Par ailleurs, la création des communautés hospitalières de territoire et l'existence des groupements de coopérations sanitaires et médico-sociaux justifient de proposer l'abrogation de cet article du Code de la Santé Publique.



Fédération hospitalière de France
1 bis, rue Cabanis
75014 Paris
01 44 06 84 44
fhf@fhf.fr
www.fhf.fr
www.hopital.fr