

# Projet de loi : Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST)

Ce projet, présenté en conseil des ministres le 22/10/08, figurera à l'ordre du jour du Parlement en janvier 2009, pour une application au 1/1/2010.

Cette réforme importante comporte 4 grands titres :

**Titre 1 : Modernisation des établissements de santé (art.1 à 13)**

**Titre 2 : Accès de tous à des soins de qualité (art.14 à 20)**

**Titre 3 : Prévention et santé publique (art.21 à 24)**

**Titre 4 : Organisation territoriale du système de santé (art.25 à 31)**

## TITRE1 : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Il s'agit de rénover le fonctionnement des établissements de santé. Cette partie s'inspire largement du rapport LARCHER (actuel président du Sénat).

1/ Le projet opère une refonte de la notion de **service public hospitalier**, qui pourra dorénavant associer tous les établissements de santé publics ou privés. Cela se fera sur la base d'un contrat signé avec les futures **ARS (Agences Régionales de Santé)**, de manière à assurer une couverture territoriale optimale. Les missions de service public seront inscrites dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements concernés.

2/ Le statut des **Etablissements de Santé Publics (EPS)** est modifié : un statut unique des EPS est créé, avec la disparition de la qualification spécifique de « l'hôpital local » pourtant très apprécié en milieu rural.

3/ Le pouvoir et l'autonomie du chef d'Etablissement sont renforcés : le directeur est président du Directoire (organe de conseil de l'exécutif) et il se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Il est assisté d'un vice président qui sera de droit le président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Un **conseil de surveillance** remplacera le Conseil d'Administration actuel. Le président sera élu parmi le collège des élus et personnes qualifiées du Conseil et le maire de la ville où est implanté l'Etablissement ne sera plus de droit le président du nouveau Conseil de Surveillance. Un directeur d'assurance maladie désigné par le Directeur Général de l'ARS assistera aux séances avec voix consultative. Le DG de l'ARS fixera les objectifs assignés au chef de l'établissement et ils serviront de base à l'évaluation que réalisera le DG de l'ARS.

4/ Une nouvelle entité administrative est créée : la **Communauté Hospitalière de Territoire (CHT)**, qui doit permettre d'améliorer les complémentarités de l'offre de soins au niveau local. Les CHT sont appelées à devenir la forme de droit commun de coopération entre établissements publics de santé. Les **Groupements de Coopération Sanitaires (GCS)** sont un mode de coopération entre établissements de santé publics et privés permettant des coopérations avec les professionnels de santé libéraux ou le secteur médico-social ou des coopérations de mise en commun de moyens. Le DG de l'ARS coordonne l'évolution du système hospitalier par un redéploiement des services ou des équipements hospitaliers. Il peut créer des Communautés hospitalières de Territoires (**CHT**) et obliger des établissements publics de santé à coopérer. Il peut faciliter les restructurations et permettre la création d'Unions Interrégionales hospitalo-universitaires.

5/ Que deviennent les **réseaux de santé**? Les professionnels de premier recours (définition plus loin) sont incités à travailler avec les réseaux. Le nouveau SROS (Schéma Régional d'Organisation des Soins) indiquera les territoires où des réseaux sont à développer. Une des prérogatives du directeur d'un établissement de santé est de proposer la participation aux réseaux de santé : c'est une réelle avancée. L'ARS peut

proposer aux réseaux de santé de son territoire d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques de santé, et peut conclure un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les réseaux santé.

## TITRE 2 : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

1/ La notion de **soins de premier recours** est définie clairement pour la première fois dans un texte législatif et comprend :

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et suivi des maladies et affections courantes et la dispensation des médicaments
- L'orientation des patients dans le système de soins et le secteur médico-social, et l'éducation pour la santé.

Le rôle pivot est tenu par le médecin généraliste dont les missions s'inscrivent sur un territoire donné. Les soins de premier secours sont coordonnés dans un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).

Un niveau de **second recours** d'expert doit répondre à des besoins spécialisés complémentaires à ceux couverts par l'offre de premier secours, mais ne nécessitant pas d'hospitalisation.

2/ Il y a unification en matière de **permanence des soins** (appels de nuit et week-end): c'est une mission de service public des secteurs hospitalier et ambulatoire. Les médecins libéraux et les établissements de santé doivent participer à la permanence des soins organisée par un SROS commun sous l'égide des ARS. Elle comporte, avec un coordonnateur joignable une régulation téléphonique avec un numéro unique national. Les sanctions financières en cas de non réponse des médecins aux réquisitions de l'autorité publique sont doublées (7 500€ au lieu de 3750€).

3/ **La formation médicale initiale** subit des modifications, et une régulation territoriale de la démographie médicale est tentée par le « numerus clausus » de la première année.

4/ Le principe de **coopération entre professionnels de santé (art.17)** est préconisé. Ces protocoles de coopération seront approuvés par arrêté du DG de l'ARS et le contenu précisera le cadre, la discipline, les pathologies concernées et le champ d'intervention. Des délégations de tâches entre médecins et para-médicaux (infirmières par ex.) seront expérimentées, sauf pour les activités médico-sociales.

5/ **Les refus de soins par les médecins et les dentistes (art.18)** sont sanctionnés.

Suite aux constats du rapport CHADELAT (30/11/06), rapportant « des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU-C », plusieurs dispositifs ont déjà été mis en œuvre, d'autres s'y ajoutent permettant entre autres de pouvoir faire intervenir la HALDE (Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations) et il est créé une sanction financière en sus des sanctions disciplinaires envers tous les professionnels de santé qui restreignent l'accès aux soins de certains patients.

6/ **La formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie** est renouvelée.

L'obligation de Formation Médicale Continue (FMC) est recentrée sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (les EPP). Un conseil national unique de formation médicale continue est instauré (actuellement au nombre de 3), et il devient organe consultatif auprès du ministre. Les conseils régionaux FMC sont supprimés.

### **TITRE 3 : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE.**

Les dispositions en matière de prévention et de santé publique sont un complément de la loi de santé publique d'août 2004. S'y ajoutent :

1/ Un renforcement important de la lutte anti-tabac et anti-alcool, en particulier pour le public jeune. Par ex. : l'interdiction des cigarettes-bonbons aux arômes sucrés et l'interdiction de la vente de boissons alcoolisées aux mineurs, interdiction des ventes au forfait ou des offres d'alcool à volonté, type « open bar » avec entrée payante et boissons à volonté. Les stations-services ne pourront plus vendre des boissons alcoolisées.

2/ **L'éducation thérapeutique du patient** est pour la première fois identifiée dans un texte de loi, et « fait partie intégrante de la prise en charge du patient et de son parcours de soins ». Il est fait mention de compétences d'éducateurs en santé dans les domaines respectifs d'éducation pour la santé et éducation thérapeutique. L'ARS labellisera les programmes d'éducation thérapeutique à partir d'un cahier des charges national et conclura des conventions avec des promoteurs locaux pour 4 ans. Elle s'assurera du maillage territorial de l'offre en éducation thérapeutique du patient tant en ville qu'à l'hôpital et financera les programmes.

### **TITRE 4 : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SOINS**

#### **1/ Création des ARS :**

C'est un établissement public de l'ETAT, doté d'un conseil de surveillance, dirigé par un directeur général et qui s'appuie :

- sur une Conférence Régionale de Santé, chargée de participer par ses avis à la définition de la politique régionale de santé

- sur 2 commissions de coordination associant les services de l'ETAT, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale compétents, pour assurer la cohérence et la complémentarité dans le domaine de la prévention mais aussi dans le secteur des prises en charge médico-sociales. L'ARS sera compétente en politique de santé publique, en soins ambulatoires et hospitaliers, en prises en charge et accompagnement des établissements, des services médico-sociaux et des professionnels de santé.

L'ARS réunit à elle seule les compétences du système de santé de sept structures régionales auxquelles elle va se substituer ; il s'agit :

- des ARH : Agences Régionales d'Hospitalisation qui accompagnent les établissements de santé

- des DDASS et DRASS : Directions Départementales et Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales qui ont un rôle de surveillance sanitaire et de pilotage de la politique régionale de santé publique.

- des URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) qui réunissent les caisses maladie du régime général, de la MSA et du RSI. Elles mettent en œuvre des actions de prévention et de gestion du risque avec un objectif d'efficacité et d'efficience.

- des GRSP (Groupements Régionaux de Santé Publique) ayant pour mission la mise en œuvre des Plans Régionaux de Santé Publique.

- des Missions Régionales de Santé constituées entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie pour préparer et exercer les compétences conjointes à ces deux institutions sur les thèmes de la démographie médicale, la permanence des soins, les réseaux et la gestion du risque dans les domaines communs aux soins ambulatoires et hospitaliers.

- des CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) pour la partie sanitaire contribuant à l'élaboration de la politique de santé des établissements hospitaliers publics et privés.

2/ **La politique régionale de santé (PRS)** définit les objectifs pluriannuels des ARS et comprend :

- un **plan stratégique régional** de santé fixant les orientations et les objectifs régionaux de santé
- des **schémas régionaux sectoriels** : prévention et organisation des soins ambulatoires et hospitaliers et prises en charges médico-sociales
- des **programmes** relatifs aux modalités d'application par exemple les contrats locaux de santé conclus entre ARS et collectivités territoriales sur la promotion de la santé.

La PRS intègre la prévention et il y a volonté de coordination des différents intervenants en santé publique, y compris les collectivités territoriales.

3/ **La gestion du risque en santé** sera établie par l'ARS et les organismes d'assurance - maladie et réactualisée chaque année. Cela demandera un accord profond sur les termes du contrat entre le directeur de l'ARS et l'assurance - maladie.

4/ **Les instances de gouvernance :**

- **Le Directeur général de l'ARS** est nommé en conseil des ministres
- **Le Conseil de surveillance de l'ARS** est présidé par le préfet. Il comprendra des représentants de l'Etat, de l'assurance - maladie, des collectivités territoriales, des personnes qualifiées et des usagers. Il émet un avis sur le plan stratégique régional de santé, sur le projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion et sur les résultats de son action ; il vote le budget de l'agence proposé par le DG de l'ARS, et peut le rejeter avec une majorité qualifiée, selon des modalités déterminées par voie réglementaire
- **La Conférence Régionale de Santé** est consultée pour avis sur la politique régionale santé
- **Le personnel des ARS** comprendra différents statuts suivant l'origine où seront repris les salariés (80% DDASS et DRASS et 20% assurance - maladie). Selon J.M. Bertrand secrétaire général du ministère de la santé, cela représentera 10 000 agents pour les 24 futures ARS à leur démarrage.

5/ **L'instance nationale : le comité de coordination du système de santé** est chargé du pilotage, de la coordination et de l'évaluation des ARS. Il comprend :

- des représentants de l'Etat et de ses établissements publics (dont la caisse nationale solidarité autonomie, CNSA)
- des représentants de L'Union Nationale de Caisses d'Assurance - Maladie (UNCAM)

Il est présidé par les ministres en charge de la santé, des personnes âgées et handicapées et du budget de la sécurité sociale. Ces ministres signent avec le DG de l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

En cas de conflit entre le comité de coordination et l'UNCAM, quelle sera l'autorité d'arbitrage ?

6/ **Les contractualisations avec les offreurs de soins :**

L'ARS peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux établissements de santé et aux services médico-sociaux d'adhérer à un contrat d'amélioration des pratiques. Donc les relations avec les professionnels de santé se tisseront avec l'ARS au niveau régional. Un point sera à clarifier : si l'UNCAM continue de gérer les relations conventionnelles avec les professionnels de santé au niveau national, il faudra veiller à ce que l'argument des « spécificités régionales » ne s'oppose pas aux conventions nationales.

7/ **De nouveaux modes de rémunérations des professionnels de santé :**

**L'ARS** pourra conduire des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé soit en complétant ou en se substituant au paiement à l'acte. Il est souhaitable que les expérimentations prévues par la loi de Financement Sécurité Sociale 2008 et dont le cahier des charges est en cours d'élaboration puissent être reprises voire développées dans les futures ARS.

#### **8/ Les systèmes d'information :**

L'ARS pourra avoir accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions, données qui sont contenues dans les systèmes d'information des organismes d'assurance - maladie. Il faudra à tout prix éviter la déconnexion du remboursement des soins et la gestion du risque, car il serait impossible d'exercer le suivi des patients en affections longue durée par exemple ou l'analyse du parcours de soins. Aujourd'hui la quasi-totalité des données de l'assurance maladie sont dans le Système National d'Information Inter - régime de l'Assurance Maladie (SNIRAM). Il conviendra donc d'organiser l'accès de l'ARS aux bases de données de l'assurance - maladie.

#### **9/ La représentativité des professions de santé libérales (art.26)**

Les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) sont supprimées. Elles sont remplacées par des **URPS** (Unions Régionales des Professionnels de Santé). Elles rassemblent pour chaque profession les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral et des organismes gestionnaires de centres de santé. Ces Unions sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux. Ces Unions peuvent conclure des conventions avec l'ARS. La représentativité syndicale est modifiée, de même que les règles de validité des conventions (condition de 30% en suffrage national) ; il conviendra de clarifier la validité des conventions signées préalablement à ces critères.

### **COMMENTAIRES**

Cette réforme vise à **clarifier et moderniser** l'organisation du système de santé pour garantir à tous l'accès aux soins, et comporte des dispositions pertinentes, par ex. :

- la mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins couvrant l'hôpital et l'ambulatoire, articulé avec le schéma régional médico-social
- la possibilité d'associer tous les établissements de santé aux missions de service public et l'incitation à la coopération entre établissements sur un territoire
- la définition des soins de premier recours, le rôle du médecin traitant, l'organisation de la permanence des soins et le renforcement de la lutte contre le refus de soins
- la reconnaissance de la valeur de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du patient
- la conduite d'une démarche qualité dans la globalité du système de santé.

Cette réforme vise également à simplifier l'organisation du système de santé mais, en apportant de nouvelles méthodes, n'entraînera-t-elle pas des modifications de certaines missions importantes ?

- le peu de pouvoir du Conseil de surveillance, son champ d'intervention ayant été réduit au fil des versions
- le risque d'affaiblissement de l'action de l'assurance - maladie en matière de régulation
- les incertitudes dans la gestion du risque en santé : il faudra une visibilité totale entre les programmes nationaux des caisses et les programmes régionaux des organismes locaux d'assurance - maladie
- le rôle de cohérence entre les conventions médicales passées par les caisses nationales avec les contractualisations régionales

Les deux « hommes forts » du nouveau schéma organisationnel régional, le DG de l'ARS et le Directeur de l'Hôpital, seront appelés à avoir un dialogue de qualité si l'on veut que les rouages régionaux fonctionnent.

Jamais la politique de contractualisation n'a été autant systématisée. Elle vise à clarifier la chaîne de responsabilités et s'étend en cascade du plus haut de la pyramide, entre les ministres de tutelle des ARS et leurs directeurs généraux, jusqu'aux professionnels de santé. L'absence de résultat est passible de sanction. Ainsi, les « hommes forts » peuvent être démis de leur fonction, et un directeur d'ARS peut prononcer une pénalité à l'encontre d'un établissement public en cas d'inexécution partielle des engagements convenus. Nous sommes dans une culture de résultats.

Cette réforme, très importante demain pour l'accès aux soins et à la prévention de toutes les familles, méritera un débat de qualité au Parlement. Et d'ailleurs la mise en place des ARS fera l'objet d'un rapport d'évaluation adressé par le gouvernement au Parlement avant le 31 décembre 2012.

Novembre 2008

---

OSD : Michel BRUGVIN, Jeannette GROS, Christiane CHAPPUIS, Jean- Claude  
MENOUD, Robert GODINOT, Christian BOURGON, Noël RONCET, Bernard HAVET

---