



PROJET DE LOI HOPITAL PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES.

Le projet de Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (LHPST) a pour ambition affichée la modernisation et la rationalisation du système français de santé, en vue de le rendre plus efficient et plus performant.

Confronté aux difficultés engendrées par la spécialisation croissante des soins, la mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire, la coordination insuffisante des moyens existant, le législateur, avec la LHPST tend à mettre en place une nouvelle organisation du système français de santé.

Pour ce faire, il entend articuler la réforme non plus sur les moyens existant, mais sur les besoins de la population, ce qui est une approche très novatrice.

Le projet de LHPST soumis au Parlement comprend 4 volets, d'importance inégale : les établissements de santé, les Agences Régionales de Santé (ARS), des dispositions pour permettre l'accès de tous à des soins de qualité ainsi que la Prévention et la Santé Publique.

Les premières impressions qui ressortent à la lecture de la LHPST sont la cohérence de l'ensemble du projet, le constat d'une reprise en main certaine par les Pouvoirs Publics de la politique de la santé, mais aussi la complexité et les difficultés, techniques et humaines de la mise en œuvre de l'opération projetée.

Partie Etablissements de santé.

La LHPST définit les missions des établissements de santé et les missions de service public de l'hôpital qui intègrent désormais l'hospitalisation à domicile ou l'hospitalisation de jour.

Certaines de ces missions, en cas de carence du secteur public, peuvent être assurées en tant que de besoin par les établissements privés qui doivent alors accueillir les patients dans les mêmes conditions que l'hôpital public.

Cette garantie est très positive pour les assurés, notamment au regard de la tarification des actes.

La définition des missions des établissements incombera au Schéma Régional de l' Organisation des Soins (SROS).

La LHPST entend donner un exécutif fort et responsable à l'établissement hospitalier. Les pouvoirs du directeur qui devient également président du directoire (à la place de l'ancien conseil exécutif) sont accrus. Le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance de 12 membres au plus (représentants des collectivités territoriales, du personnel de l'établissement médical et non médical et personnes qualifiées dont 2 représentants des usagers au plus).

On peut légitimement s'interroger sur la formule « au plus » qui ne garantit aucunement la présence des usagers au conseil de surveillance.

La LHPST encadre les conditions de recrutement, de nomination et d'exercice des fonctions des directeurs qui disposent de pouvoirs très larges mais qui, dans les faits vont se trouver placés sous l'autorité du directeur de l'ARS.

Il en va de même pour les procédures de contrôle et de certification des comptes.

Cette tutelle stricte, notamment pour les directeurs d'établissements est l'illustration de la reprise en main par les pouvoirs publics de la politique de santé notamment sur son volet hospitalier.

Dans le même temps, la LHPST pose le principe d'une organisation hospitalière interne « plus réactive et plus responsable » en définissant les pouvoirs respectifs du directeur, président du directoire, du président de la commission médicale de l'établissement (CME) et des chefs de pôles médicaux.

La LHPST prévoit également la mise en place d'un nouveau statut, plus attractif pour les praticiens hospitaliers.

Enfin, et c'est un point important, il sera *possible* de créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), pour adapter les moyens existant aux besoins en santé publique des populations concernées, soit sous forme fédérative, soit sous forme intégrée.

S'agissant d'une simple possibilité, on peut craindre que cette formule de CHT, particulièrement intéressante, ne soit pas mise en œuvre systématiquement.

La représentation des usagers au conseil de surveillance de la CHT doit être assurée au même titre que dans le conseil de surveillance des établissements hospitaliers.

Partie Agences Régionales de Santé.(ARS).

Destinée à piloter le système de santé au niveau régional, l'ARS va être chargée d'adapter les orientations de la politique nationale de santé au contexte local et de simplifier le système de santé actuel en regroupant les moyens des différents acteurs, Etat et Assurance Maladie. A ce titre, elle va se substituer en tout ou en partie à 6 organismes actuels, et notamment l'ARH, les DDASS et la DRASS, l'URCAM et la partie sanitaire des CRAM.

Sur le plan des principes, ce regroupement d'organismes concourant tous à la santé publique ne semble pas critiquable. On peut toutefois exprimer quelques inquiétudes pour le fonctionnement de l'énorme machine qui va résulter de ce regroupement d'autant qu'elle va réunir des agents de formation, de statuts et de culture différents.

Dotée du statut d'établissement public et dirigée par un directeur général disposant de très larges pouvoirs, lui-même assisté d'un conseil de surveillance aux pouvoirs des plus réduits, l'ARS définira la politique régionale de santé, avec l'appui de la conférence régionale de santé (CRS).

Cette dernière devra instituer des commission spécialisées qui se substitueront aux actuels CROSS et CROSMS.

Il ressort à l'évidence de la LHPST que la CRS ne disposera que d'un simple pouvoir consultatif. En d'autres termes, il y aura déséquilibre entre l'exécutif de l'ARS et l'instance de concertation que devrait constituer la CRS. En prise directe avec le contexte régional, il eût semblé judicieux en effet de lui permettre un contrôle pour s'assurer que les décisions de l'ARS sont bien en phase avec ses préconisations.

La composition du conseil de surveillance de l'ARS, aux pouvoirs très limités, comme d'ailleurs celle de la CRS, prévoit la présence de représentants des usagers élus ou désignés selon des modalités définies par décret.

On peut s'étonner de cette imprécision. Il conviendra d'être particulièrement vigilant lors de la préparation de ce texte réglementaire.

Le Projet Régional de Santé (PRS) arrêté par le directeur de l'ARS comportera le plan stratégique régional de santé, assorti de schémas régionaux de mise en œuvre (prévention, organisation des soins, médico-social).

L'ARS pourra également décider de la création de territoires de santé ainsi que des conférences de territoire de santé, à l'image de la CRS.

Les relations avec les organismes de SS seront contractualisées en particulier pour la gestion du risque (GDR) qui sera de la responsabilité commune de l'ARS et de l'assurance maladie.

On peut le regretter et s'inquiéter de ce partage pour l'efficacité même de la mise en œuvre de la GDR, qui était jusqu'à présent du ressort de l'assurance maladie.

Autres champs de compétence pour l'ARS : la contractualisation des relations avec les établissements de santé, mais aussi avec les professionnels de santé, pour l'amélioration des pratiques professionnelles, la continuité et la permanence des soins etc... mais aussi la veille, la sécurité et la police sanitaire.

Il s'agit d'un volet particulièrement important pour les assurés et on peut approuver de voir ces compétences et leur mise en œuvre confiées à une autorité unique, l'ARS.

Relèvent aussi de l'ARS la planification et le régime d'autorisations des établissements de santé et des services médicaux sociaux.

La LHPST redéfinit les compétences respectives pour les différents schémas d'organisation selon les catégories de personnes à qui ils s'adressent (personnes âgées, handicapés, etc....)

La coordination de l'ensemble des ARS sera assurée au niveau national par un comité de coordination.

Partie Offre de Soins

C'est à l'évidence la partie qui intéresse le plus les citoyens dans la mesure où elle peut les toucher très directement. Mais, et c'est à souligner, ce n'est pas la partie la plus développée de la LHPST. La raison tient certainement au fait que certaines de ses dispositions, relèvent de négociations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

La volonté du législateur est de faciliter l'accès aux soins de qualité pour tous les citoyens, tout en respectant le cadre libéral de l'exercice de la médecine de notre pays.

Pour ce faire, la LHPST pose le principe d'une hiérarchisation des niveaux de recours en distinguant les besoins de proximité (premier recours), des besoins impossibles à satisfaire localement et nécessitant de faire appel à des compétences plus « pointues » et donc plus rares (second recours).

L'offre de premiers recours concerne la totalité des professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, professions para médicales), le médecin traitant voyant son rôle de pivot et de porte d'entrée du système de soins réaffirmé.

Il appartiendra à l'ARS de structurer et d'organiser cette offre.

Il apparaît indispensable qu'il soit tenu compte, pour apprécier l'offre localement, non seulement du nombre et du lieu d'implantation des professionnels de santé, mais également de leurs modalités d'exercice (secteur 1 ou 2) et donc des tarifs pratiqués.

Pour ce qui est toujours de l'implantation des médecins sur le territoire, les Pouvoirs Publics estiment pouvoir jouer sur le « numerus clausus » et sur les flux des étudiants en médecine.

Il est permis de penser que l'efficacité de cette mesure sera très limitée et on peut regretter que le législateur n'aille pas plus loin dans les obligations faites au corps médical, notamment par le biais du conventionnement.

La LHPST confie à l'ARS l'organisation de la permanence des soins à domicile et pose le principe de la collaboration entre professionnels de santé validée par le directeur de l'Agence.

Sur un plan complètement différent, elle pose également le principe de la présomption de preuve en faveur des assurés se plaignant d'un refus de soins, et autorise la pratique du test aléatoire par les organismes d'assurance maladie.

Il s'agit de mesures qui, à l'évidence vont dans le bon sens pour ce qui est du respect du principe de l'accès de tous à des soins de qualité, mais qui sont également porteuses, en germe, de dérives en sens inverse.

Plus importante si l'on s'en tient au nombre d'abus constatés, l'affirmation du principe que les dépassements d'honoraires excédant « le tact et la mesure » pourront être sanctionnés financièrement (comme l'absence de fourniture de devis).

Il s'agit d'une simple déclaration que l'on ne peut qu'approuver, mais qui relève quelque peu de l'incantatoire. On voit mal en effet comment des sanctions pourront être prises dès lors que « le tact et la mesure » ne font pas l'objet d'une définition chiffrée et que cette possibilité n'est pas inscrite dans la Loi. Les difficultés rencontrées dans les négociations conventionnelles actuelles auraient dû inciter le législateur à plus de pugnacité sur ce point.

La formation médicale continue (FMC) sera repensée pour conforter son caractère obligatoire et l'orienter vers l'analyse des pratiques par rapport aux référentiels existant.

Des dispositions de ce type, déjà contenues dans la loi de réforme de l'assurance maladie de 2004, n'ont pas été mises en œuvre jusqu'à ce jour. Leur recentrage vers l'ARS, notamment pour ce qui est des moyens financiers, devrait pouvoir rendre enfin la FMC indépendante et efficiente.

Autres dispositions dans ce chapitre, la réforme des laboratoires de biologie médicale qui se fera par voie d'ordonnance, et l'intégration des directives européennes sur les qualifications professionnelles et médicales.

Partie Prévention, Promotion de la Santé et Santé publique.

Bien qu'il soit affirmé dans la loi que l'éducation thérapeutique est une priorité nationale c'est la partie la moins développée dans la LHPST. La loi se borne en effet à en fixer un simple cadre.

On doit le souligner pour le regretter. Il est particulièrement regrettable qu'un projet aussi ambitieux que la LHPST fasse l'impasse sur ce qui devrait être une préoccupation majeure de santé publique de notre pays.

La loi pose par ailleurs un certain nombre d'interdictions sur la vente d'alcool, aux mineurs notamment, et sur les modalités de cette vente, ou encore la vente des cigarettes « bonbons ».

oooooooooooooooooooooooooooo

A première étude, et en résumé, la LHPST apparaît globalement et nonobstant quelques lacunes, aller « dans le bon sens » dans la mesure où elle se fixe pour objectif de remodeler la politique de santé de notre pays à partir des besoins qui s'expriment, et non plus des moyens existant.

Ce jugement sommaire ne doit pas faire oublier cependant que cette loi traduit la reprise en main par l'Etat de la mise en œuvre de la politique de santé publique qu'il définit, au travers des ARS en particulier. A ce sujet, elle manque à l'évidence des contrepoids que pourraient constituer en particulier les représentants des usagers.

Par ailleurs, on peut légitimement s'inquiéter du respect du calendrier de sa mise en place, eu égard à sa complexité et au nombre d'acteurs concernés.

oooooooooooooooooooooooooooo

Jean-Pierre Garcia
Responsable du groupe de travail « Veille juridique »

18/01/2009