



# Dossier

## Ce qu'il faut retenir de la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoires

Le système de santé français fondé sur le principe de solidarité, offre une sécurité remarquable. Mais face à l'inégalité d'accès aux soins, une répartition inégale des professionnels médicaux, la complexité des parcours de soins, il est clair pour tout le monde aujourd'hui que le système actuel présente des limites et nécessite d'être réformé.

La loi Hôpital Patient Santé Territoires menée par Mme Bachelot, Ministre de la santé et des sports, a pour ambition de répondre aux besoins et aux problèmes que rencontre le système de santé français. Dans la familiarité des réformes que connaît le milieu hospitalier depuis 5 ans, la loi HPST ou Bachelot a donc été promulguée le 16 juillet 2009. Avec cette loi les hôpitaux se sont amenés à vivre une nouvelle gouvernance et une nouvelle organisation.

Pour y voir plus clair dans cette nouvelle organisation, intéressons-nous aux principaux axes de cette loi.

### 1. La modernisation des établissements de santé

#### > Obligations du service public :

La définition des missions du service public est clarifiée dans cette première partie de la loi, avec la **permanence de soins** en tête de liste.

L'ensemble de ces missions peut être assuré par tous les établissements de santé quel que soit leur statut. L'attribution des urgences au secteur public va changer, pour notamment diminuer le temps d'attente. Nous assistons à un **glissement des obligations du public vers le secteur privé**.

L'hôpital et la médecine de ville, pour assurer ensemble ces missions, doivent créer des partenariats notamment sous forme de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Les objectifs et le niveau d'intervention de chaque établissement

se sont définis au sein des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et Moyens (CPOM) signés avec l'Agence Régionale de Santé.

Ces missions se sont assurées sous la conduite d'une nouvelle instance.

#### > Nouvelle gouvernance :

Elle a pour but de faciliter le processus de décision en supprimant les multiples décideurs et permet ainsi à l'hôpital de répondre aux besoins de la population.

- **Le conseil de surveillance** qui remplace le conseil d'administration a un rôle de contrôle de l'activité de l'établissement et délibère sur le compte financier.

- **Le directoire et son président :** le directeur « patron de l'hôpital » conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. Le directeur n'est pas obligatoirement un médecin et **des compé-**

**tences médicales ne sont pas requises** pour ce poste.

Le directeur et l'ensemble du **projet d'établissement** sur la base du projet médical qui est élaboré par la **Commission Médicale de l'Etablissement (CME)**

Le projet médical élaboré par les médecins et les chefs de pôle doit prendre en compte les problèmes administratifs et budgétaires.

Or dans le projet initial de la loi, la CME n'avait qu'un rôle consultatif. Ce point a été à l'origine de mouvements de grève et de la mobilisation de l'ensemble de la communauté hospitalière médicale et non médicale le 14 mai 2009.

Les besoins actuels des patients nécessitent de **renforcer les collaborations entre les différents acteurs de la santé** et de fédérer les professionnels médicaux, d'où la nécessité pour les hôpitaux de regrouper leurs forces.





### **> Collaboration accrue entre établissements de santé :**

La loi propose deux modalités d'organisation pour favoriser cette collaboration : les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) et les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS).

La CHT permet aux établissements d'avoir un projet médical commun et de mutualiser leurs moyens et leurs compétences. Les établissements adhérents au ont des missions différentes et donc complémentaires pour pouvoir répondre à tous les besoins de santé de la population.

Le GCS est un mode de collaboration entre l'hôpital et les établissements de santé privés permettant le développement d'initiatives en commun. Les cliniques privées participent ainsi aux missions de service public.

## **2. L'accès de tous aux soins de qualité :**

Le texte de loi se propose de lutter contre les « déserts médicaux » en améliorant la répartition des médecins sur les territoires et en facilitant l'accès aux soins de ville.

### **> Des soins accessibles pour tous sur l'ensemble du territoire :**

La permanence des soins doit être assurée au niveau régional, de façon à éviter le recours aux urgences pour les désengorgés et encourager les collaborations entre les établissements de santé.

Ainsi les soins de première recours (prévention, dépistage, diagnostic, traitement, dispensation et administration des médicaments et dispositifs médicaux) se sont pris en charge par des professionnels capables de répondre aux besoins de proximité des patients. Sont ainsi conçus les médecins généralistes et les pharmaciens d'officine qui voient leurs rôles renforcés.

Le médecin généraliste est donc un acteur essentiel pour l'organisation de ces soins ambulatoires et pour orienter correctement les patients dans le système de soins.

Le pharmacien d'officine doit continuer à participer à la permanence des soins, délivrer des conseils et des prestations pour améliorer la qualité de vie du patient et son état de santé.

Les refus de soins sont clairement interdits, notamment pour des motifs financiers ou sociaux.

### **> Mieux répartir les professionnels médicaux en respectant leur liberté d'installation :**

Face au développement des pathologies chroniques la loi prévoit que les effectifs des étudiants et des internes de chaque faculté soient définis en fonction des besoins de santé de la région et de la démographie médicale.

Cette mesure permettra d'organiser l'offre de soins au niveau du territoire tout en respectant la liberté d'installation des médecins. La formation des médecins est donc adaptée aux besoins de la région.

## **3. La prévention et la santé publique :**

Ce thème vise les maladies chroniques et les cancers en interdisant l'accès aux mineurs à leurs principaux facteurs de risque (l'alcool et le tabac) et en faisant de **l'éducation thérapeutique du patient** une politique nationale pour la prise en charge de leurs complications.

### **> Alcool et cigarettes : limiter les facteurs de risque**

La vente d'alcool aux mineurs est interdite quels que soient les lieux et

mode de vente (épicerie, grande surface, stations services). La vente des cigarettes bonbons est aussi interdite, car ces cigarettes incitent les jeunes à fumer grâce à leurs couleurs attractives et leur goût sucré.

### **> Education Thérapeutique du Patient (ETP):**

Avec l'article 24 du titre III de la loi HPST, l'ETP devient partie intégrante du parcours de soins du patient.

L'ETP est à différencier de l'information au patient, et des conseils de prévention.

Car selon l'OMS, l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquiescer ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

La notion d'éducateur est introduite dans cet article mais sans en préciser les compétences, les conditions de formation et d'expérience requise. Ces éléments se sont définis dans un décret. Un autre décret fixe la liste des pathologies pour lesquelles les programmes d'éducation thérapeutique pourront exister.

Cependant, « l'éducation thérapeutique ne sera pas opposable au patient et ne conditionnera pas le remboursement des actes et des médicaments liés à sa maladie ».

Enfin en ce qui concerne l'éventuelle participation des industriels à l'éducation thérapeutique, il est prévu « d'éviter tout contact direct entre les fabricants de médicaments et le patient et limiter leur participation à un cofinancement ou à la mise à disposition d'outils d'information » de façon très contrôlée.

*(lire aussi notre article sur l'Education Thérapeutique dans ce numéro de l'Observance !)*





#### 4. L'organisation territoriale du système de santé

##### Création des agences régionales de santé (ARS) :

Il s'agit de créer une Agence Régionale de Santé visant à réunir et simplifier les structures déjà existantes (DRASS, DDASS, URCAM, ARH, CRAM)

C'est un établissement public disposant d'une autonomie administrative et financière, placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé, des personnes âgées, des handicapés et de l'assurance maladie.

Les ARS auront pour mission de mettre en œuvre la politique régionale de santé tout en respectant les objectifs nationaux.

Grâce à l'application de cette politique régionale, ils auront quatre objectifs :

- réduire les inégalités territoriales en santé
- assurer un meilleur accès au soin
- organiser le parcours de soins en fonction du patient : meilleur coordination entre les professionnels de santé.
- assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé grâce à la politique de prévention

Pour remplir cette mission un **pouvoir exécutif fort** leur sera accordé grâce à un directeur général nommé au conseil des ministères qui prendra toutes les décisions concernant les missions de l'agence.

Cependant la représentativité des professionnels de santé, les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML) se sont supprimées et remplacées par **les Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS)**. Les URPS rassemblent pour chaque profession les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

C'est donc un projet de loi qui propose plusieurs moyens pour la réalisation des objectifs suivants :

- l'accessibilité des soins pour tous
- une meilleure coordination du parcours de soins des patients
- création des agences régionales de santé ayant une compétence sur les secteurs hospitaliers et ambulatoires
- favoriser une plus grande coopération entre les différents acteurs du système de santé
- l'intégration de la notion « Education Thérapeutique du Patient » dans le code de la santé publique.

Une info vous fait réagir ?  
Une question ?  
Un enseignement sur l'internat ?  
v Cliquez juste ! v



[www.fnsip.fr](http://www.fnsip.fr)

[blog.fnsip.fr](http://blog.fnsip.fr)

