

Point sur le volet « hôpital » de la loi HPST

La loi portant réforme de l'**Hôpital** et relative aux **Patients**, à la **Santé** et aux **Territoires** poursuit l'objectif d'établir une « offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé ».

A ce titre la loi propose, en quatre grands chapitres, une réorganisation globale du système de santé en traitant les questions de la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, la santé des jeunes, et d'une manière générale **la coordination du système de santé**.

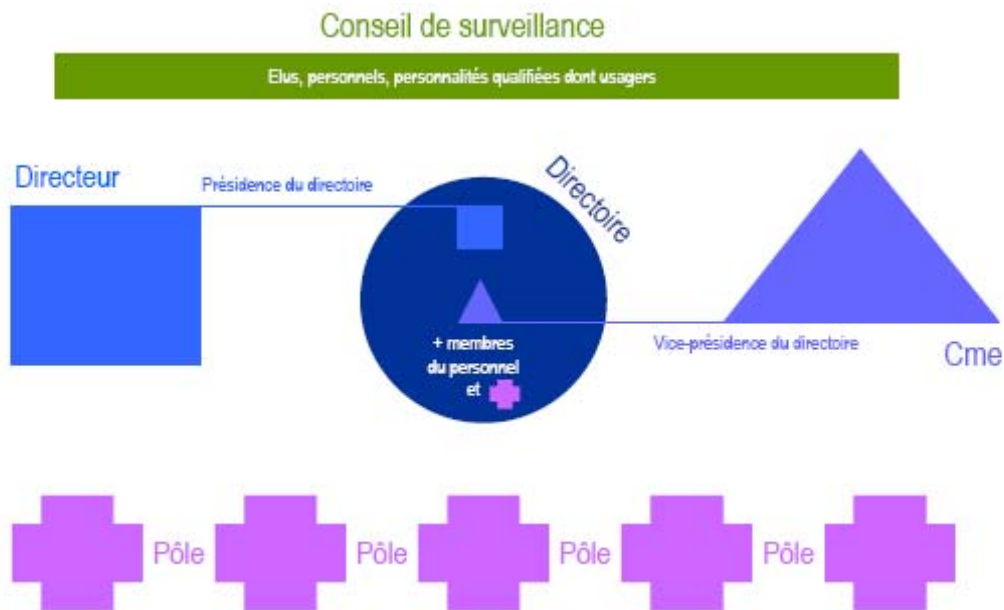
Le premier titre de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), intitulé « Modernisation des établissements de santé », est consacré à la réforme de l'hôpital et reprend les propositions formulées par la commission présidée par Gérard Larcher d'octobre 2007 à avril 2008.

Ce premier volet de la loi vise à améliorer le fonctionnement des établissements de santé notamment au moyen d'une refonte de la gouvernance hospitalière et d'un approfondissement de la démocratie sanitaire. Il redéfinit les missions de service public de l'hôpital et introduit la possibilité de déléguer des missions de service public aux cliniques privées. La loi a aussi pour objet de renforcer la coordination des soins entre l'hôpital et la médecine de ville, et de favoriser les actions de coopération des hôpitaux à l'échelle des territoires grâce à la mise en place de nouveaux outils de coopération : les communautés hospitalières de territoire (CHT).

La refonte de la gouvernance hospitalière

Dans la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur d'établissement, responsable de la politique générale de l'établissement, préside un **Directoire**, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision, qui vient remplacer le conseil exécutif. La **Communauté Médicale d'Établissement (CME)**, composée de médecins et chefs de pôle, est en charge d'élaborer avec le directeur le projet médical de l'établissement, qui doit être approuvé par le Directoire. La CME est également associée aux décisions du Directoire - à majorité médicale - par la voix de son président qui est aussi le vice-président du Directoire. Enfin, le contrôle de la gestion de l'établissement est assuré par un nouvel organe, le **Conseil de surveillance**, où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel médical et non-médical, des personnalités qualifiées parmi lesquelles pas moins de cinq représentants des usagers.

La loi HPST renforce le rôle du **directeur** d'établissement, doté de pouvoirs élargis en matière de décision et de nomination (signature des contrats de pôle, nomination des chefs de pôles et membres médicaux du directoire, détermination du programme d'investissement, fixation du budget prévisionnel et ordonnancement des dépenses, détermination de l'organisation interne).



L'approfondissement de la démocratie sanitaire à l'hôpital

La loi HPST propose une série de mesures qui vont dans le sens d'une plus grande transparence vis-à-vis des patients telles que la **représentativité accrue des usagers au conseil de surveillance** de l'établissement, la **publication des indicateurs de qualité** et un **rôle renforcé des commissions de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge** (CRUQPC). C'est la Commission Médicale d'établissement (CME) qui est en charge de proposer au président du Directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi, contribuant ainsi à l'élaboration 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. Ce programme d'actions prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Le fonctionnement par contrats d'objectifs et l'ancrage régional

Le directeur de l'établissement négocie et signe avec le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens** (CPOM), d'une durée maximale de cinq ans. Ce contrat détermine les orientations stratégiques de l'établissement de santé sur la base du projet régional de santé, notamment du schéma régional (ou interrégional) de l'organisation des soins. Le CPOM fixe également les objectifs quantifiés des activités de soins et équipement en matériels lourds, précise les engagements de retour à l'équilibre financier des établissements et définit les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins. Il décrit enfin les modalités des actions de coopération de l'établissement, notamment dans le cadre d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT).

La création des communautés hospitalières de territoire

Un des objectifs essentiels de la loi HPST est de « *mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé* ».

La loi ouvre ainsi la possibilité aux hôpitaux de se regrouper en **Communautés Hospitalières de Territoires** (CHT) pour s'unir dans un projet médical commun, sur la base du volontariat.

Partant du principe que chaque établissement ne peut répondre à tous types de demandes, la création des CHT s'inscrit à la fois dans une logique de **complémentarité** entre les établissements et de **gradation des soins** dans les structures d'accueil. Ainsi les plateaux techniques les plus sophistiqués (par exemple dans les Centres Hospitaliers Universitaires - CHU) se spécialiseraient dans les opérations lourdes et de haute technicité (par exemple transplantation cardiaque) tandis que les hôpitaux de proximité (hôpital local) prendraient en charge les soins courants, les hébergements en moyen séjours, les soins de suite et de réadaptation.

Ces collaborations doivent ainsi permettre aux établissements la mise en commun des ressources matérielles ou des compétences de médecins, de soignants, ou de gestion, ainsi que la répartition d'un certain nombre de missions.

Une redéfinition des missions et la possibilité de délégation de service public à un établissement privé

La loi HPST redéfinit les missions des établissements de santé publics et privés. Tout en réaffirmant la mission générale des établissements de santé (assurer « les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes»), elle introduit les notions de **coordination des soins** entre les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social, de mise en œuvre de la **politique de santé publique** et de **garantie de la sécurité sanitaire**, ainsi que la délivrance des soins « avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ».

La loi liste également **13 types de missions de service public** qui peuvent être assurées par les établissements de santé en fonction des besoins de la population, appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins. Il s'agit de :

- La permanence des soins (PDS) ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
 - Les actions de santé publique ;
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Par ailleurs, la loi HPST innove en prévoyant la possibilité **de confier aux établissements de santé privés une ou plusieurs missions de service public** en cas de carence du secteur public (et notamment dans les zones de sous-densité d'offre de soins), dans le cadre d'un contrat signé entre le directeur de l'Agence Régionale de Santé et l'établissement privé.

L'établissement de santé chargé de missions de service public (public ou privé) aura pour obligation de garantir à tout patient l'égal accès à des soins de qualité, l'accueil et la prise en charge de la personne vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou son orientation vers un autre établissement ou une autre institution, et la possibilité d'être pris en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires.

Le renforcement des liens entre hôpital et médecine de ville

Si le fonctionnement de l'hôpital est rénové, l'articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social est clarifiée dans le but de fluidifier le parcours de soins et notamment désengorger les services d'urgence.

Le titre II de la loi HPST (« Amélioration de l'accès aux soins de qualité ») réorganise le système de soins en mettant en place un parcours de soins coordonné qui se décline en **trois niveaux de recours**. Les soins de premier recours se recentrent autour du médecin généraliste, qui assure l'orientation du patient dans le système de soins. Les soins de second recours sont dispensés par les médecins spécialistes et les hôpitaux locaux tandis que les soins de troisième recours, hyperspécialisés, concernent les CHU.



Afin d'éviter le recours systématique aux urgences, la loi prévoit l'organisation d'une permanence des soins de ville assurée par les médecins généralistes en concertation avec les établissements de santé, ainsi que la mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires.

La loi prévoit également de renforcer la communication entre la médecine de ville et l'hôpital afin de faciliter les sorties d'hospitalisation et la coordination de la prise en charge, notamment au travers de la **télé médecine**. Celle-ci est définie par la loi comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » qui permet « *d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* ».