

Encore une réforme pour l'hôpital

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, devrait être examiné par le Parlement en janvier 2009. Associations de patients, organisations professionnelles, fédérations hospitalières et syndicats réfléchissent activement à l'insertion d'amendements. Découverte des principaux éléments du texte et arguments du débat.

■ DOSSIER RÉALISÉ PAR SANDRA MIGNOT

Le 22 octobre dernier, le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires était enfin présenté au public. Attendu pour l'été 2008 et élaboré à l'issue des états généraux de l'organisation sanitaire (EGOS) et d'une succession de rapports de spécialistes – pas moins de huit commandés par le ministère de la Santé pour cette année, sans compter ceux de l'IGAS, de l'Assemblée nationale ou du Sénat –, le texte devrait finalement être examiné par le Parlement en janvier 2009. Malgré d'apparentes tentatives de concertation, les amendements sont déjà en préparation, car tous les acteurs de l'univers sanitaire ne sont pas d'accord. Les uns crient au scandale : « Associé au PFLSS 2009, ce projet de

loi HPST accélère encore la marchandisation du secteur de la santé s'insurge Bernard Tepper, président du Collectif contre les franchises médicales. » D'autres voient leurs attentes satisfaites. « Ce projet va enfin dans le bon sens, se félicite Cédric Lussiez, de la Fédération hospitalière de France. Il crée une souplesse dans les possibilités de contracter avec les praticiens, il allège nos procédures de marché, autorise les établissements à se rapprocher à travers les communautés hospitalières de territoire... » D'autres encore approuvent, mais seulement du bout des lèvres : « La philosophie globale de cette nouvelle organisation nous paraît pertinente dans sa volonté de décloisonner la médecine de ville et l'hôpital, mais nous espérons que le débat parlementaire permettra le renforcement, notamment, de la démocratie sanitaire dans les nouvelles gouvernances hospitalières et régionales, a rappelé le Collectif interassociatif sur la santé (le CISS). »

> **Des agences régionales de santé.** Première nouveauté : la création des agences régionales de santé. Elles rassembleront les activités des actuelles agences régionales d'hospitalisation (ARH), des directions régionales et départementales des Affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des missions régionales de santé et des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM), le tout sous l'au-





torité d'un directeur général nommé en conseil des ministres, assisté d'un conseil de surveillance. Ce qui fait bondir certaines associations d'usagers. « Cet exécutif fort va piloter tout le système de santé à l'image de ce que faisaient les ARH avec l'hôpital jusqu'à présent. Cela signifie plus de délibérations collectives, moins de démocratie sanitaire. J'appelle cela du bonapartisme sanitaire, s'insurge Bernard Tepper. En outre, en absorbant les URCAM et certains services des CRAM, il ne reste plus à l'assurance maladie que la possibilité de recevoir de l'argent et distribuer des remboursements. Toute la partie politique passe à l'ARS. » Le bref article résumant les (la ?) missions du conseil de surveillance – au sein duquel on retrouve des représentants de l'Etat, des membres des conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie, des représentants des collectivités territoriales, des personnalités qualifiées ainsi que des représentants des usagers élus ou désignés – précise seulement que celui-ci approuve le compte financier de l'agence et émet au moins une fois par an un avis sur les résultats de l'action menée par l'agence... Le directeur général de l'ARS, quant à lui, arrêtera le projet régional de santé, sera chargé de délivrer les autorisations de création, conversion et de regroupements d'activités de soins ainsi que

l'installation des équipements lourds, signera les conventions pluriannuelles de moyens et d'objectif avec les établissements de santé... « On aura à présent deux directeurs tout puissants, souligne Michel Antony, président de la Coordination nationale de défense des hôpitaux et des maternités de proximité. Celui de l'hôpital (lire ci-après) et celui de l'ARS, un super préfet dépendant directement du ministère. C'est l'inverse du fédéralisme et de la décentralisation. Notre système redevient pyramidal comme dans les pays de l'Est d'autrefois. Les élus locaux disparaissent des instances de concertation... » Pourtant la Fédération hospitalière de France, se montre plus positive, tout acquiesce au mouvement de recomposition de l'offre de soins déjà à l'œuvre sur le territoire français : « Il est vrai que c'est inédit cette concentration des pouvoirs dans les mains d'un directeur d'ARS, explique Cédric Lussiez, responsable de la communication de la FHF. Mais il faut mener à bien la recomposition des plateaux techniques. »

> Les missions de service public.

Le point qui satisfait le plus la FHF c'est surtout le partage des missions de service public entre établissements privés et publics : « les modalités de participation des cliniques privées aux contraintes du service public telles qu'elles sont annoncées nous semblent une très bonne

SAGES-FEMMES, IVG ET CONTRACEPTION

→ Des amendements en vue

Le 29 octobre dernier, lors de la présentation du rapport d'information n° 1206 de l'Assemblée nationale sur le suivi de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'IVG et à la contraception, Bérengère Poletti, députée UMP des Ardennes et la déléguée aux Droits des femmes ont indiqué travailler sur divers amendements à la loi Bachelot. Elles souhaitent ainsi notamment ouvrir aux sages-femmes la possibilité de prescrire des IVG médicamenteuses, voire de les pratiquer. « Elles pourraient se voir accorder l'autorisation de réaliser des IVG médicamenteuses comme le font déjà des médecins de ville, généralistes ou gynécologues, en convention avec un centre hospitalier, imagine l'élue, autrefois sage-femme elle-même. » Bérengère Poletti, convaincue par ailleurs qu'une grande partie des IVG – dont le nombre stagne en France – résultent d'une mauvaise utilisation de la pilule, souhaite également renforcer l'accès à la contraception. « Les sages-femmes ont désormais la possibilité de la prescrire, mais c'est délicat à proposer dans les suites de couches, a-t-elle indiqué. Il faudrait que cette pratique puisse se diffuser chez les sages-femmes libérales, mais celles-ci sont trop peu nombreuses à ce jour. Elles sont pourtant de bonnes professionnelles dont on n'utilise pas assez les compétences. » La députée a donc indiqué travailler actuellement « avec des sages-femmes » à de nouvelles compétences en matière de contraception et à des mesures pour faciliter leur installation en libéral... Enfin, les députées de la délégation ont également attiré l'attention sur la recomposition du paysage hospitalier qui résultera de l'application de la loi HPST, avec notamment la création des communautés hospitalières de territoire, les transferts de services et d'activités : « Il va falloir être vigilants, car nous sommes dans une période où les praticiens de l'IVG préparent leur départ en retraite et il est déjà très difficile de les remplacer, précise Bérengère Poletti. L'acte est peu valorisé, financièrement comme professionnellement, et les restructurations à venir pourraient amener certains services d'orthogénie à disparaître... » « Déjà la T2A a amené des directeurs d'hôpitaux à supprimer des services qui "rapportent peu", a souligné Pascale Crozon, députée PS du Rhône. C'est pourquoi la délégation recommande aussi l'intégration systématique des activités d'orthogénie dans la programmation des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

idée, souligne Cédric Lussiez. » Le titre du projet de loi HPST consacré à la modernisation des établissements de santé ouvre en effet désormais aux établissements de santé privés les activités d'enseignement universitaire, la permanence des soins, la formation continue des praticiens, la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical, la recherche, l'aide médicale urgente, la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement, les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et ceux prodigués aux personnes retenues en vertu du code de l'entrée et du séjour des étrangers ainsi que les financements qui vont avec. En outre, le texte stipule que ces activités doivent être réalisées dans le respect de l'égal accès à des soins de qualité, sans dépassement des honoraires conventionnels, 24 heures sur 24 ou en prévoyant une

orientation vers une autre institution. Si une mission de service public n'était pas assurée sur un territoire, le directeur général de l'ARS devrait désigner l'établissement à qui incombera ladite mission...

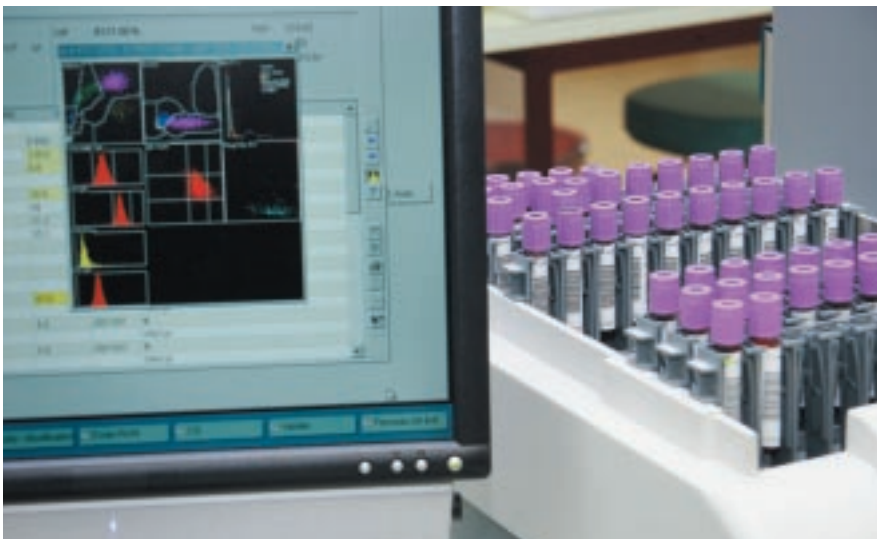
> Et le statut PSPH ? Mais la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP) s'inquiète, elle, de ne pas voir nommément cité ou aménagé le statut des établissements PSPH (participant au service public hospitalier) dans le projet de loi. « Nous avons vu passer des moutures précédentes où il était indiqué que nos missions de service public disparaissaient et qu'elles seraient attribuées en fonction des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, souligne Ingrid Arnoux chargée de communication à la FEHAP. » Le problème, outre que la pérennité du financement disparaît, est que les missions

de service public pourront être attribuées à certains services seulement... « Imaginons un patient admis dans un service d'urgence et qui doit ensuite être hospitalisé dans un service de chirurgie, poursuit Ingrid Arnoux. Si celui de l'établissement où il est entré n'obéit pas aux règles – et notamment aux tarifs – du service public, que se passera-t-il ? » Faudra-t-il le transférer, ce qui représente un coût supplémentaire, ou se sentira-t-il obligé de rester là où il est ? « Globalement, nous sommes étonnés car le statut PSPH était plutôt couvert de louanges dans le rapport Larcher et là, nous disparaissions... » Le projet précise cependant le maintien – à moyen terme – des conventions et autorisations accordées à ces établissements. Et Roselyne Bachelot, ministre de la Santé a signalé en conférence de presse que ces établissements n'avaient pas à s'inquiéter... La FEHAP, elle, s'attelle déjà à formuler des propositions d'amendements. « Nous travaillons avec un collectif de représentants du secteur privé non lucratif. Si globalement notre nom dérange, nous pouvons tout à fait réfléchir à un nouveau statut. »

Les établissements publics de santé voient aussi leur organisation totalement repensée. Orphelins de leur conseil d'administration, ils seraient désormais dotés d'un conseil de surveillance composé de quatre représentants des collectivités territoriales, quatre représentants du personnel médical et non médical de l'établissement, quatre personnalités qualifiées nommées par le directeur de l'agence régionale de santé, dont au plus deux représentants des usagers. « Là encore disparaissent les élus locaux, s'insurge Michel Antony. » Le conseil de surveillance délibère sur le projet d'établissement, les conventions constitutives des CHU, le compte financier, le rapport d'activité...

> La direction des établissements. A la tête de ces établissements publics : un directeur plus puissant – nommé, dans les CHU, par décret du ministère. Ce directeur nomme les directeurs de soins et les directeurs adjoints de l'établissement, il propose aussi la nomination de personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Mais surtout il conduit le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'agence régionale de santé, il arrête le projet médical de l'établissement en concertation avec la commission médicale d'établissement et les membres de son directoire (une

© Dominique Vernier - Fotolia.com



actus

EN VRAC

→ Les autres dispositions

Le projet de loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires institue un nouvel article du code de la Santé publique qui interdit le refus de soin de la part d'un professionnel de santé à l'égard d'un patient au motif que celui-ci est bénéficiaire de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'Etat. En outre, en cas de réclamation d'un usager sur ce point devant l'Ordre ou la caisse d'assurance maladie, une présomption de preuve en faveur du plaignant est créée et des sanctions financières pourront être administrées par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie au soignant mis en cause. Le texte prévoit aussi l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs et celle des cigarettes aromatisées. Il entérine l'ouverture complète du capital des laboratoires de biologie (lire PSF n° 146) et crée des fondations hospitalières. Il recentre la formation médicale continue sur l'évaluation professionnelle des pratiques. Il augmente également le nombre de tentatives aux épreuves de vérification des connaissances pour les médecins, sages-femmes et dentistes non communautaires, qui passent à trois au lieu de deux. Le texte compte également un chapitre consacré aux établissements et services médico-sociaux et instaure des unions régionales des professionnels de santé libéraux pour chaque profession.



instance consultative composée de membres du personnel de l'établissement), il 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, il détermine le programme d'investissement, arrête l'organisation interne de l'établissement en pôles. « Cette rénovation de la gouvernance interne des établissements nous convient pleinement même si quelques présidents de CME s'en sont ému, note Cédric Lussiez de la FHF. Elle fait peut-être un peu trop la part belle au directeur, mais quelques amendements devraient pouvoir rééquilibrer cela. En tout cas, il faut redonner une unité de commandement, de décision dans l'hôpital. » « Sauf que les directeurs d'hôpitaux n'ont aucune formation médicale, s'oppose plutôt Bernard Tepper. Ils ont des compétences en gestion, en droit, en management, mais ils ne sont pas à

même de prendre des décisions de dernière instance dans les services. » En outre désormais ces directeurs pourront être issus du secteur privé. « Comme si on pouvait diriger un hôpital comme on dirige une fabrique de pneus en caoutchouc, s'indigne Bernard Tepper... »

> **La place des libéraux.** Le nouveau texte ménage également une place aux professionnels de santé libéraux dans l'hôpital public : le directeur pourra en effet admettre la participation de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral – autres que les praticiens hospitaliers conservant une part de consultations privées – et leur verser directement des honoraires, la collaboration étant cadrée par un contrat approuvé par l'ARS. « Dans l'ensemble, ces souplesses de fonctionnement étaient réclamées par l'hôpital, se félicite Cédric Lussiez. » C'est en effet un élément étendu à l'ensemble des praticiens

hospitaliers dont la rémunération comprendra désormais une part variable en fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs.

> **Les communautés hospitalières de territoires.**

Enfin, autre élément fondamental de ce projet de loi : la création des communautés hospitalières de territoire. Centrées autour d'un établissement public de santé, elles réuniront des hôpitaux afin de gérer en commun « certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou transferts de compétences entre établissements membres » avec l'autorisation de l'ARS. « Nous les appelons de nos vœux depuis des années, explique Cédric Lussiez. » Pourtant, là encore, du côté des associations, on n'est pas d'accord : « Aujourd'hui, alors que nous sommes dans un système où l'argent est essentiel, cela va favoriser la concurrence entre les services, regrette Michel Antony. Et ceux qui dépenseront le moins seront favorisés. On devrait partir des besoins des gens plutôt que de mettre tout le monde en concurrence. »

En janvier prochain, il sera donc particulièrement important de suivre les discussions parlementaires, même si certaines associations concluent déjà sur un mode défaitiste : « Depuis 40 ans, on n'a de cesse que de reformer l'hôpital, regrette Bernard Tepper. Mais le but de toutes ces mesures mises bout à bout, c'est de déconstruire un système de santé et protection sociale basé sur la solidarité. » Ensuite il conviendra aussi de rester vigilant quant aux textes et décrets d'application qui accompagneront la loi. « Ceux-ci risquent d'avoir des implications importantes sur les évolutions des métiers de la santé, soupçonne déjà Cédric Lussiez. » ■