

Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires

Quel impact sur les acteurs de la santé ?

L'actualité et certains acteurs du monde de la santé ont mis le projet de loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) dans la lumière, braquant principalement les projecteurs sur la seule gouvernance de l'hôpital public, alors que les enjeux auxquels la réforme s'attache sont bien plus larges et tentent de couvrir tous les champs de la santé. C'est pourquoi nous avons été particulièrement heureux d'accueillir, mercredi 29 avril 2009, **Annie Podeur**, Directrice de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, **Pierre-Louis Bras** (H.79), Professeur à l'Université Paris X, et **Frédéric Rostand** (H.85), Président du Directoire de Générale de Santé, pour évoquer avec nous ce projet de loi appelée plus communément « Réforme Bachelot ».



- Pierre-Louis Bras -



- Annie Podeur -



- Frédéric Rostand -

Les fondamentaux de la loi

Les quatre axes qui déterminent ce projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - modernisation des établissements de santé, amélioration de l'accès à des soins de qualité, prévention et santé publique, organisation territoriale du système de santé - nous sont présentés par Annie Podeur.

La **modernisation des établissements de santé** passe tout d'abord par une amélioration de leur fonctionnement, en allégeant leurs contraintes et en décloisonnant leur organisation, notamment par l'instauration de pôles. Le principe reste cependant la liberté d'organisation interne, sauf pour le pôle, qui demeure la seule obligation. Par ailleurs, la loi revoit la gouvernance des établissements, autour d'un directeur, un directoire et un conseil de surveillance.

La modernisation des établissements repose également sur une conception territoriale de l'accès aux soins. Ainsi, la loi vise à favoriser la mise en place de coopérations à l'échelle des territoires. L'optimisation des outils de coopération entre établissements relève de cette logique, avec les communautés hospitalières de territoire (CHT), réservées aux structures publiques, et les groupements de coopération sanitaire (GCS), constitués entre établissements publics et privés et dont près de 230 sont réalisés ou sur le point de l'être.

L'amélioration de l'accès à des soins de qualité pour tous s'appuie sur l'organisation de l'offre de soins ambulatoire, au moyen d'un SROS (schéma régional d'organisation des soins) spécifique non contraignant. Celui-ci a pour objectif d'optimiser l'accès aux soins, en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé, tout en respectant la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Dans ce dispositif, le médecin généraliste joue un rôle clé pour la phase de premier recours et pour la permanence des soins. C'est pourquoi la loi vise également à améliorer la répartition des médecins sur le territoire, à développer les formes de coordination des soins (maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé et pôles de santé, réseaux de santé) et la coopération entre professionnels de santé médicaux et non médicaux.

Enfin, afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, la loi favorisera aussi l'essor de la formation médicale continue (FMC), qui se transforme en DPC (développement professionnel continu).

Quinze millions de personnes souffrent de pathologies chroniques en France aujourd'hui. L'éducation thérapeutique du patient, élément novateur de l'axe **prévention et santé publique**, devient ainsi une priorité nationale avec deux cibles majeures : le diabète et l'insuffisance cardiaque. La répartition des rôles entre professionnels de santé et associations de patients reste toutefois à préciser.

Par ailleurs, l'interdiction et/ou l'encadrement de la vente de tabac et d'alcool sont instaurés afin de protéger les plus jeunes.

L'organisation territoriale du système de santé s'exprime essentiellement par la création des ARS (Agences Régionales de Santé), qui sont chargées du pilotage de la politique de santé publique en région, dans un champ élargi qui couvre à la fois la prévention, la promotion et l'éducation à la santé, la veille et la sécurité sanitaire. Les ARS sont responsables de la régulation de l'offre de soins régionale pour mieux répondre aux besoins et garantir l'efficacité du système de santé, du contrôle de la performance et de l'efficience. Les ARS vont poursuivre le travail engagé par les ARH, mais dans un périmètre étendu puisque leur action porte à la fois sur le champ hospitalier, ambulatoire et médico-social. Les sept entités* ARH, DRASS, DDASS, URCAM, GRSP, MRS et CRAM sont regroupées au sein de l'ARS.

Premières analyses et décryptages

Après 1996 et 2004, la loi HPST est la 3^{ème} grande loi de gouvernance.

Pour Pierre-Louis Bras, cette dernière représente une **véritable rupture** pour ce qui est de la **gouvernance hospitalière**, la gestion politique de l'hôpital public - aujourd'hui sous la dépendance des élus locaux, des médecins et des personnels - devant évoluer vers un système managérial avec « un patron à l'hôpital » - qui deviendra le collaborateur de l'ARS - et des objectifs majoritairement financiers, laissant une place peut-être insuffisante à leurs pendants en termes de pertinence et de qualité.

Les ARS sont décrites comme une administration unifiée au niveau régional, cependant la CNAMTS a obtenu le maintien de ses prérogatives sur la médecine de ville. Les **ARS** ne possèdent donc pas la totalité de la capacité d'action qui leur revient et la réforme paraît « inaboutie ». La suite logique repose potentiellement sur la création, dans le cadre d'une prochaine réforme de la gouvernance, de l'ANS (Agence Nationale de Santé), placée sous la tutelle directe du Ministère de la Santé.

Enfin, les différents enjeux de la **médecine de ville** (démographie médicale, déserts médicaux, accès aux soins, maladies chroniques, etc.) sont énoncés, mais les solutions

appropriées semblent absentes. 2012 dessinerait ici aussi l'échéance de l'abord plein et entier de ces questions.

Quelles attentes pour les établissements de santé privés ?

Générale de Santé, premier groupe d'hospitalisation privée en France, espère que l'application de cette réforme verra la fin des dérives financières de **l'hôpital public** grâce à la mise en place d'une **gouvernance simplifiée** qui favorisera le **retour à l'équilibre**.

Le mode de fonctionnement de l'hôpital privé est lui-même calé sur l'équilibre - condition indispensable à sa survie - avec la nécessité de générer des profits et de réinvestir les résultats dans l'entreprise, associée à des coûts fixes élevés, sans réelle maîtrise des tarifs et des volumes, comme le précise Frédéric Rostand.

Chaque établissement privé est donc géré par un « vrai patron », dont le caractère managérial de l'activité n'est pas remis en cause et qui garde l'efficacité dans sa ligne de mire. Le rôle de ce gestionnaire consiste aussi à développer avec les praticiens libéraux de son établissement un « partenariat actif » basé sur le dialogue, en particulier via les CME (Conférences Médicales d'Etablissement).

De plus, Générale de Santé assure aujourd'hui un grand nombre de missions de service public - notamment dans des zones dites sensibles, comme Trappes ou Saint-Etienne, ou encore dans le domaine des urgences avec 30 services dédiés, de l'oncologie avec 17 pôles impliqués dans l'intégralité de la filière, ou de la psychiatrie - et compte sur une **ouverture plus large** faite au secteur privé en matière d'**accès aux missions de service public**.

A l'heure où nous clôturons cette table ronde, le débat est loin d'être terminé et ce projet de loi est déjà promis à de multiples demandes d'aménagement. Au-delà de ces ajustements, la question qui reste en suspens est bien celle de la pertinence et de la puissance de cette réforme quant à la refonte attendue - et jugée nécessaire par certains - de notre système de santé. Aussi, tous les acteurs de la santé restent attentifs à l'évolution de ce projet.

Isabelle Dion (MBA.94), Marc-Olivier Bévierre (X 85), Christine Auberton (MBA.80), André Guinet (H.74), Anne Walrafen (X 95)

N.B. : Le texte de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale le 23 juin 2009 et par le Sénat le 24 juin. Il a fait l'objet d'un recours devant le Conseil Constitutionnel qui a rendu sa décision le 16 juillet ; la loi HPST a été définitivement adoptée le 21 juillet 2009.

* Agences Régionales de l'Hospitalisation, Directions Régionales et Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales, Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, Groupements Régionaux de Santé Publique, Missions Régionales de Santé et Caisses Régionales d'Assurance Maladie