



Loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

Loi HPST 21 juillet 2009

— Une ambition au service de grands enjeux :

- enjeu lié à la démographie : vieillesse
- enjeu lié au poids des maladies chroniques
- des exigences accrues (accessibilité, qualité, sécurité) des citoyens
- un système de santé le meilleur du monde mais pas toujours « efficace »
- un système éclaté cloisonné pas très coordonné,

— Structuration de la loi

Titre Ier - Modernisation des établissements (art. 1 à 55)

- Chapitre 1 - Missions des établissements de santé
- Chapitre 2 - Statut et gouvernance des établissements publics de santé
- Chapitre 3 - Favoriser les coopérations entre établissements de santé

Titre II - Accès de tous à des soins de qualité (art. 36 à 80)

Titre III - Prévention et santé publique (art. 81 à 115)

Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

- Chapitre 1 - Création des agences régionale de santé (art. 116 à 135)
- Chapitre 2 - Représentation des professions de santé libérales
- Chapitre 3 - Etablissements et services médico-sociaux
- Chapitre 4 - Dispositions de coordination et dispositions transitoires

Titre Ier - Modernisation des établissements de santé

Axes majeurs :

- Une gouvernance refondée
- Un projet médical cœur de la stratégie des établissements
- Les coopérations
- Tout établissement de santé indépendamment de son statut peut être appelé à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs missions de S.P.C.

Gouvernance hospitalière (établissements publics de santé)

Le rôle du directeur d'établissement est renforcé :

- Il est président du directoire. Celui-ci l'assiste et le conseille.
- Il met en œuvre le projet d'établissement et conduit la politique générale de l'établissement.
- Il fixe l'état des prévisions des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et est clairement responsable de la gestion.

Les instances :

- Le conseil de surveillance (remplace le CA) garant des grands équilibres stratégiques y compris financiers / instance de contrôle
- Directoire (remplace le conseil exécutif) instance de consultation, adopte le projet médical et prépare le projet d'établissement
- La CME est renforcée dans son rôle. Elle coordonne la politique médicale, veille à la qualité et la sécurité des soins. Son président est aussi vice-président du Directoire

Gouvernance hospitalière (suite)

La contractualisation : une méthode

- Le contrat outil ARS / Ets : CPOM
- La contractualisation interne (contrats de pôles)

Coopérations : elles constituent un axe majeur. Les dispositifs de convention doivent occuper une place importante. Ils répondent à des principes nouveaux recherchés.

- Une approche sur la réponse aux besoins territorialisée
- Une approche graduée : chaque établissement répond à des besoins particuliers
- Une approche intégrée pour éviter les redondances et les concurrences inutiles (oppositions service public / service privé)

Gouvernance hospitalière (suite)

Deux outils sont particulièrement mis en exergue :

- CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
une stratégie médicale commune dans laquelle les établissements développent leur complémentarité sur la base du volontariat
- GCS : Groupement de Coopération Sanitaire : ouvert à tous les acteurs du champ de la santé.(y compris du champ médico-social)

2 grandes finalités :

- GCS de moyens : mise en commun de leviers (immobiliers, équipements, moyens humains, augmentation des supports)
- nouvelle possibilité GCS « titulaire d'une autorisation d'activité de soin », le GCS est érigé en établissement de santé

Modernisation des établissements de santé : missions de service public

Cette attribution se déroule en 2 phases :

— Diagnostic :

- inventaire des établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST ;
- évaluation du besoin non couvert

— Procédure d'attribution :

- reconnaissance prioritaire aux établissements assurant des missions lors de la publication de la loi HPST ;
- en cas de besoins non couverts ou partiellement couverts : appels à candidatures ;
- en cas d'échec de la procédure d'appel à candidature : désignation unilatérale par le DGARS.

Modernisation des établissements de santé : missions de service public

14 missions de service public :

- la permanence des soins
- la prise en charge des soins palliatifs
- l'enseignement universitaire et post-universitaire
- la recherche
- le développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers
- la formation initiale et le DPC des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences
- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination
- l'aide médicale urgente, conjointement avec les autres praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés
- la lutte contre l'exclusion, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui oeuvrent 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 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 (à valider)
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté

Titre II - Accès de tous à des soins de qualité

- Le défi de l'accessibilité pour tous sur l'ensemble du territoire
- L'affirmation que la porte d'entrée du système de soin, la garantie d'un parcours de soins cohérent = le premier recours
- La recherche d'une implantation optimisée des professionnels de santé
- Le développement de formes d'exercice regroupé pour les professionnels de santé

Accessibilité

— Corriger les inégalités → entre les régions
→ infra-régionales
→ infra-départementales

— Assurer un accès égal à tous

- accessibilité géographique
- accessibilité démographique
- accessibilité organisationnelle
- accessibilité financière

Le premier recours ... soins primaires

définition

— A travers la loi HPST, le législateur formalise trois notions :

- Approche globale et transversale de la population d'un territoire intégrant la prévention, le sanitaire et le médico-social
- Approche graduée du parcours de santé du patient (1er, 2ème et 3ème recours)
- Médecin généraliste = le spécialiste du premier recours. Il régule l'accès dans le système (réfèrent). Il coordonne le parcours de soins

— Ils recouvrent :

- la prévention : vaccinations, conseils brefs, informations, participation aux campagnes nationales
- le dépistage : organisé (cancer du sein et du colon) - individuel (vis-à-vis des patients à risque)
- la prise en charge des pathologies courantes : douleur, fièvre, fatigue
- le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques et notamment :
 - l'éducation thérapeutique
 - le maintien à domicile et les soins palliatifs
- La continuité et la permanence des soins

Les soins de premier recours

— Ils sont constitués d'unités de soins de premiers recours représentés par :

- cabinets isolés ou regroupés (MG, IDE, kiné, dentiste), officines, MSP, centres de santé, etc.
- + des plateaux techniques de proximité : du service d'accueil des urgences, services de jour, laboratoire, radiologie, scanner, etc.
- qui s'articulent avec les acteurs du domicile (SSIAD), les EHPAD et les services du handicap (SESSAD, SAMSAH, etc.)
- qui s'articulent également avec les spécialités aux recours les plus fréquents : cardiologie, ORL, ophtalmologie, psychiatrie, etc.

Le développement de formes d'exercice regroupé

Ces conditions d'exercice sont attendues et souhaitées par les jeunes médecins et étudiants. Elles condamnent l'exercice isolé et promeuvent la pluridisciplinarité, le travail en équipe.

« Pour un exercice coordonné autour d'un projet médical de territoire »

Quelques exemples actuels :

MSP

Le cahier des charges a pour objet de :

- préciser les critères « socles » minimaux requis pour les MSP ou les projets de MSP qui prétendent à un financement aussi bien pour l'investissement que pour le fonctionnement ;
- préciser les évolutions possibles vers lesquelles peuvent tendre certaines MSP, en fonction du contexte local et des besoins ;
- fournir aux professionnels de santé des points de repère facilitant l'élaboration du projet de santé de la MSP auquel l'agence régionale de santé (ARS) pourra apporter un appui en terme d'ingénierie du projet ;
- permettre aux professionnels de santé de mieux appréhender les dispositifs financiers auxquels ils peuvent prétendre ;
- donner une base à la contractualisation entre promoteurs et financeurs, sous l'égide de l'ARS, et préciser les objectifs attendus.

Relations entre hôpital et acteurs de 1^{er} recours

Un des enjeux majeurs de la loi HPST a été de créer les conditions nécessaires pour améliorer l'organisation des prises en charge et favoriser des parcours de soins plus efficaces.

Pour ce faire, elle s'est notamment attaché à impulser une plus grande coordination entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

Une logique de décloisonnement :

- faciliter l'accès aux usagers ;
- renforcer les alternatives à l'hospitalisation ;
- maintenir à domicile.

Les outils de la contractualisation

La loi HPST permet aux ARS de proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

Illustrations : organisation des urgences / PDSA

coordination des prises en charge des malades chroniques

Titre III - Prévention et santé publique

- Politique de santé publique (tabac, alcool,....)
- Développement de l'éducation thérapeutique
- Sécurité sanitaire

Faiblesse de contenu - dans l'attente de la loi de santé publique qui doit remplacer celle de 2004



La conduite des politiques de prévention

— Indicateurs de santé de chaque région

— Plans nationaux

2 Exemples

Lutte contre l'obésité

CPOM - ARS

une politique de santé publique

multi-partenariale

leviers à disposition de nombreuses institutions

cibler les publics prioritaires

cibler les territoires

cibler les partenaires les plus engagés

cibler les actions les plus efficaces

Actions : créer un dispositif de surveillance

épidémiologique - projet pilote (32)

Dépistage des cancers

CPOM - ARS

(sein : 4.3)

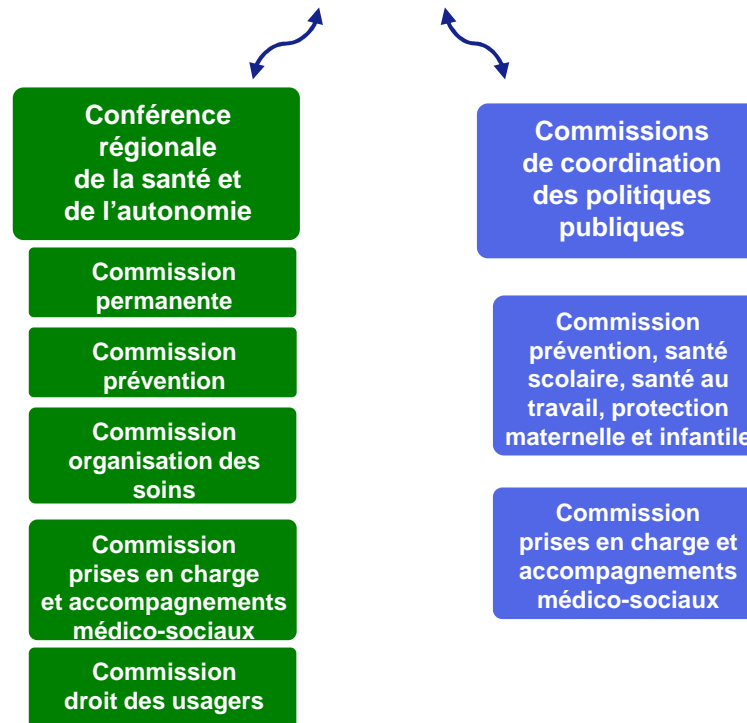
(colo-rectal : 2.3)



Titre IV - Organisation territoriale du système de santé

Les ARS et l'organisation régionale des instances de démocratie sanitaire

Elle définit et met en œuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population, et veille à la gestion efficace du système de santé.



Titre IV - Organisation territoriale du système de santé (suite)

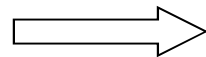
Les ARS ont quatre objectifs stratégiques :

- contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé, en menant des politiques transversales en adaptant les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population ;
- assurer un meilleur accès aux soins, grâce à une action couvrant, pour la première fois, l'ensemble de l'offre de soins en visant à mieux répartir cette offre de soins ;
- organiser les parcours de soins en fonction des patients, en facilitant la coordination entre les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux ;
- adapter les cibles des dépenses de santé, notamment grâce à des politiques de prévention mieux définies une offre de soins mieux organisée des parcours de soins plus pertinents.

Pour une politique régionale de santé « un projet régional de santé »

— Construire le PRS (un des chantiers prioritaires) :

- diagnostic des besoins;
- analyse de l'état du système de santé



Plan stratégique régional

orientations générales

orientations stratégiques sur les différents champs

PREVENTION

ORGANISATION

ORGANISATION

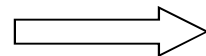
DES SOINS

MEDICO-SOCIALE

soins primaires

soins spécialisés

« ambulatoires »



Des schémas sur chaque champ

Déclinaisons opérationnelles

projet territorial de santé et contrats locaux de santé (ARS/collectivités locales)
avec mesure de l'impact des plans d'action pour en assurer la faisabilité

Activités de soins relevant des SROS

- Médecine
- Chirurgie
- Périnatalité
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins de longue durée
- Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie
- Médecine d'urgence
- Réanimation, soins intensifs et surveillance continue
- Traitement de l'IRC par épuration extrarénale
- Traitement du cancer
- Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales
- Imagerie médicale
- Soins palliatifs
- Soins aux détenus

Activités médico-sociales

- Personnes âgées
- Personnes handicapées
- Addictologie

- **Des chantiers importants à conduire en 2011**
- **PRS fin d 'année**

