

HPST : ce qui vous attend

Mieux coordonner la politique de santé au niveau régional grâce aux Agences régionales de santé (ARS), mieux coordonner les actions des établissements de santé, développer une politique de prévention et de santé publique... Tels sont les enjeux majeurs de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » publiée au *Journal officiel* le 22 juillet 2009, après des mois de travail parlementaire. Quelles répercussions cette loi aura-t-elle sur votre exercice professionnel? *Médecins* en détaille les principales dispositions et vous propose l'analyse de la section **Exercice professionnel et de son président**, le Dr André Deseur.

Le Conseil national est intervenu auprès des parlementaires pendant la discussion pour faire prévaloir, la déontologie médicale; il n'y est pas toujours parvenu. Le Cnom participe aujourd'hui activement à la concertation sur les décrets d'application.

CE QUE DIT LA LOI HPST

Art.1 à 36

La modernisation des établissements de santé

Ce titre définit la nouvelle gouvernance des établissements publics de santé, en donnant plus de pouvoir au directeur, épaulé par un directeur. La Commission médicale d'établissement voit sa responsabilité accrue, de même que le « chef de pôle » médical.



Art.36 à 80

L'amélioration de l'accès à des soins de qualité

Ce titre vise à optimiser l'accès de tous à des soins de qualité, sur l'ensemble du territoire, via des dispositions concernant la formation continue, la coopération entre professionnels ou l'accès à des soins de premier recours.

Art.81 à 115

La prévention et la santé publique

La loi place l'éducation thérapeutique et la prévention au premier rang des priorités dans le cadre d'une politique nationale. Les textes cherchent à protéger plus strictement les jeunes contre les effets du tabac et de l'alcool.



Art.116 à 136

Les Agences régionales de santé (ARS)

Ce titre consacre la création des Agences régionales de santé, pierre angulaire de la loi HPST, qui rassembleront les services de l'État et, pour partie, ceux de l'Assurance maladie.

+ D'INFOS :

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
<http://www.sante-sports.gouv.fr/dossiers/sante/projet-loi-hopital-patients-sante-territoires/projet-loi-hopital-patients-sante-territoires.html>



1 Les dispositions d'application immédiate

OBLIGATIONS DES MÉDECINS HOSPITALIERS ET RETENUE SUR SALAIRE

Lorsque les praticiens hospitaliers ne transmettent pas au médecin responsable de la formation médicale les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à sa facturation, ils peuvent faire l'objet d'une retenue sur salaire (article L. 6113-7 du code de la santé publique).

DÉFINITION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE DE PREMIER RECOURS

La loi définit l'accès aux soins de premier recours et la prise en charge continue des malades. Elle définit également les missions du médecin généraliste de premier recours (article L.4130-1 du code de la santé publique) :

- Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux;
- Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social;
- S'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients;
- Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient;
- S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé;
- Contribuer aux actions de prévention et de dépistage;
- Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1;
- Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.

L'AVIS DE L'ORDRE :

Lors de la rédaction du projet de loi HPST, l'Ordre a attiré l'attention sur le risque médico-légal qu'un texte de loi puisse définir avec précision ce qu'est la médecine de premier recours. Il estimait également dangereux de distinguer plusieurs catégories de médecins généralistes, les uns de premier recours entrant dans une organisation étatique, les autres y échappant ou en étant exclus.

COORDINATION VILLE HÔPITAL

Les établissements de santé ont l'obligation de prendre en note les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels le patient hospitalisé souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie (article L. 1111-2 du code de la santé publique).

RÉGULATION MÉDICALE

La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Elle peut faire intervenir les associations de permanence des soins et leurs numéros si ces plates-formes sont interconnectées au numéro unique et assurent une régulation médicale des appels (articles L. 6314-1 et L. 6314-2 du code de la santé publique).

Les médecins régulateurs libéraux bénéficient de la couverture assurantielle de l'établissement public hébergeant le Samu (articles L. 6314-1 et L. 6314-2 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

Cette disposition fait suite à une forte revendication ordinale (médicalisation de la régulation et assurance) qui regrette cependant que l'effecteur de la régulation médicale ne puisse lui aussi bénéficier de cette couverture assurantielle.

COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les médecins mais aussi tous les autres professionnels de santé pourront s'engager dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soin. Ces protocoles seront soumis à l'Agence régionale de santé, qui vérifiera qu'ils répondent à un besoin de santé constaté au niveau régional. Ils seront ensuite soumis à la Haute Autorité de santé pour avis. Ces protocoles devront préciser l'objet et la nature des coopérations, notamment les disciplines et les pathologies, le lieu et le champ d'intervention des professionnels de santé concernés. La HAS pourra étendre un protocole de coopération à tout le territoire national. Les professionnels de santé devront disposer d'une garantie assurantielle portant sur le champ du protocole (article L.4011-1 à L.4011-3 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre l'a rappelé dans un communiqué publié en juin 2008 avec l'Académie de médecine : le renforcement de la coopération entre professionnels de santé doit renvoyer à des délégations d'actes clairement identifiées par chacun des professionnels de santé, accompagnées d'une information des patients. Les responsabilités respectives de chacun des acteurs doivent être clairement définies.

OBLIGATION DE TÉLÉTRANSMISSION

À compter du 1^{er} janvier 2010, le directeur de la Cnamts fixera le montant de la contribution forfaitaire due par les médecins par feuille de soins papier (article L.161-35 du code de la sécurité sociale).

REFUS DE SOINS

Le nouvel article L. 1110-3 du code de la santé publique précise que toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Cette saisine vaut dépôt de plainte, déclenche une conciliation et aboutit en cas d'échec à la saisine de la chambre disciplinaire.

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre se félicite qu'une conciliation puisse d'abord être menée dans les trois mois suivant la plainte par une commission mixte composée pour une moitié de représentants du conseil départemental de l'Ordre et pour l'autre de l'organisme local d'assurance maladie. La chambre disciplinaire pourra infliger les sanctions qui s'imposent face à un manquement majeur à la déontologie médicale

DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET PÉNALITÉS FINANCIÈRES PAR LES DIRECTEURS DE CPAM : QUI FAIT QUOI ?

Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et leurs services médicaux sont tenus de communiquer à l'Ordre compétent les informations qu'ils auront recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie médicale de la part d'un professionnel de santé inscrit à l'Ordre. L'Ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées (article L.162-1-19 du code de la sécurité sociale).

Peuvent faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de caisse les médecins qui pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins, ne respectent pas le tact et la mesure ou encore omettent l'information écrite et préalable des honoraires prévue par la loi ou pratiquent des dépassements d'honoraires alors qu'ils sont affiliés au secteur 1. Les sanctions prononcées pourront faire l'objet d'un affichage au sein des locaux des caisses et être ren-

dués publiques en cas de récidive par voie de presse (article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale).

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre est satisfait que le Parlement ait entendu sa demande : les conseils départementaux de l'Ordre doivent être informés par les Caisses de tout manquement à la déontologie médicale y compris en matière d'honoraires abusifs. L'Ordre s'est, en revanche, opposé, lors de la discussion du projet de loi, à ce que les caisses d'assurance maladie aient désormais la possibilité de sanctionner les médecins en cas de refus de soins, de mauvaise information sur les honoraires ou de non-respect du tact et de la mesure. Il appartient à l'Ordre des médecins, et à lui seul, de sanctionner les manquements déontologiques commis par un médecin, conformément aux missions qu'il a reçues du législateur. En tout état de cause, il ressort du texte de la loi que la procédure de pénalités financières est subordonnée à la saisine préalable du conseil départemental à qui il appartient de décider d'une poursuite disciplinaire.



“ Un nouveau coup de canif dans l'exercice libéral! ”

D^r Jean-Pierre Crossonneau,
président du conseil départemental du Loiret (45)

témoignage

“

« Cette loi comporte de nombreuses avancées. Pour la première fois, l'Agence régionale de santé va être capable de coordonner l'organisation de notre système de santé au niveau régional, en évitant la dispersion des moyens publics-privés qui prévalait jusque-là. Grâce à la mobilisation du Conseil national, l'Ordre sera consulté sur tous les dossiers relevant de sa compétence. En théorie, en tout cas...

En pratique, les ARS devront prouver qu'elles sont capables de respecter, d'écouter, de comprendre les

préoccupations de l'Ordre, et donc de tous les médecins. De même, la loi renforce les missions des conseils départementaux de l'Ordre. Ceux-ci auront par exemple la possibilité de sanctionner un médecin en cas de refus de soins ou d'incompétence professionnelle. Par ailleurs, les dispositions de l'article 49 sur la continuité des soins cristallisent aujourd'hui le mécontentement de nombreux médecins libéraux. Un décret en préparation prévoit que les médecins devront informer le conseil départemental de leurs absences au moins deux mois avant le début de leurs congés. Mais comment une telle mesure peut-elle être appliquée, surtout dans des

départements comme le Loiret où les médecins libéraux manquent déjà cruellement? Va-t-on vers une demande d'autorisation de congés? Pourquoi cette nouvelle rigidité administrative, vexatoire par ailleurs? Elle porte un nouveau coup de canif dans l'exercice libéral qui suscite déjà si peu de vocations puisqu'un ou deux médecins sur dix seulement choisissent ce mode d'exercice? Les conseils départementaux se sont toujours impliqués dans la permanence des soins; ils n'ont pas attendu une loi pour le faire. De même, les médecins, de façon très générale, ont toujours veillé à ne pas laisser leurs patients à l'abandon pendant leurs absences. » ”

DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Le Conseil national ou le conseil départemental pourront poursuivre les médecins chargés d'une mission de service public en présence de faits susceptibles de constituer un manquement à la déontologie médicale.

L'AVIS DE L'ORDRE :

Cet article rétablit l'égalité de traitement entre patients vis-à-vis des médecins qui les prennent en charge. Il permet également aux médecins hospitaliers de pouvoir revendiquer plus fortement auprès de leurs tutelles qu'elles sont tenues de respecter leur indépendance professionnelle et rassemble ainsi toute la profession autour de la déontologie. On en attend une plus forte participation des médecins hospitaliers à la vie et au fonctionnement des instances ordinaires.

DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET CONTRATS

Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les cocontractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles de sanctions disciplinaires (article L.4113-9 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

Cette disposition renforce l'autorité des avis émis par les instances ordinaires sur les contrats qui leur sont communiqués.

L'INCOMPÉTENCE MÉDICALE

L'incompétence avérée permettra à l'Ordre de refuser une inscription au Tableau ou de suspendre son exercice.

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre dispose enfin des moyens d'agir face à des situations dangereuses qui lui sont signalées et pour lesquelles ils étaient désarmés et renforce son statut de garant de la compétence médicale. Les chambres disciplinaires pourront enjoindre au médecin de suivre une formation si les faits qui lui sont reprochés ont révélé une insuffisance de compétence professionnelle (article L.4124-6-1 du code de la santé publique).

2 Dispositions subordonnées à la parution d'un décret

LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MÉDECINS HOSPITALIERS

Cet article interdit à des praticiens hospitaliers d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé dans un délai de deux ans suivant leur démission (article L. 6152-5 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'ordre s'est opposé à cette disposition de même qu'il s'oppose aux clauses des contrats médecins-cliniques interdisant aux médecins une activité hospitalière après la résiliation du contrat.

LIBERTÉ D'INSTALLATION ET EXERCICE EN ZONE SOUS-DOTÉE

Les médecins exerçant dans les zones visées surdotées pourront être dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi tenus d'adhérer à un contrat de santé et de solidarité par lequel ils s'engagent à contribuer à répondre aux besoins de santé de la population des zones sous-dotées.

Les médecins qui refuseront de signer un tel contrat ou qui ne respectent pas les obligations qu'ils comportent s'acquitteront d'une contribution forfaitaire annuelle au plus égal au plafond mensuel de la sécurité sociale (article L. 1434-8 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

Un décret est actuellement en cours de concertation et il est prématuré de s'exprimer sur cette mesure.

LIBERTÉ D'INSTALLATION ET ÉTUDES MÉDICALES

Les étudiants en médecine pourront signer un contrat d'engagement de service public, les engageant, en contrepartie d'une allocation, à exercer leurs fonctions à titre libéral ou salarié à compter de la fin de leur formation dans les zones sous-dotées. La durée de leur engagement est égale à celle pendant laquelle l'allocation leur a été versée et ne peut être inférieure à 2 ans. Ils devront exercer au tarif opposable. Les médecins qui souhaitent se dégager de leur obligation devront payer une indemnité dont le montant est égal aux sommes perçues ainsi qu'à une fraction des frais d'étude engagés (article L. 632-6 du code de l'éducation nationale).

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

Dans le cadre de l'accomplissement de la mission publique de permanence des soins, les médecins régulateurs pourront émettre des prescriptions suivant des modalités particulières (articles L.6314-1 et L.6314-2 du code de la santé publique). Lorsque le médecin se dégage de son devoir de continuité des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Il doit également informer de ses absences programmées le conseil départemental, qui le cas échéant alerte l'ARS (article L. 6315-1 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a donné un avis défavorable au projet de décret qui lui a été présenté à la suite de cette disposition législative. Il a demandé à la ministre de la Santé d'ouvrir une concertation sur les bases suivantes :

- **Faire confiance aux médecins pour assurer la continuité des soins aux patients et leur éviter des formalités inutiles et vexatoires quand ils y parviennent, c'est-à-dire dans la très grande majorité des situations.**

- **Faire clairement apparaître que la réglementation n'a pas pour objet de remettre en cause les congés des praticiens, mais de permettre aux patients un accès aux soins en leur absence lorsque les praticiens n'ont pu trouver par eux-mêmes une solution, en raison notamment d'une pénurie médicale dont ils ne sont pas responsables.**

La réglementation n'a pas vocation à être un repoussoir à l'exercice libéral ni à l'exercice dans des zones déjà en difficulté.

- **Mettre en exergue le rôle de facilitateur que le conseil départemental doit jouer dans le respect de l'obligation déontologique de la continuité des soins et la nécessité pour les Agences régionales de santé, en dernier recours, de rechercher des solutions en recourant à une mutualisation des moyens publics et privés.**

LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

La loi précise les modalités suivant lesquelles les médecins satisfont à leur obligation de développement professionnel continu (DPC) comme les critères de qualité des actions qui leur sont proposées, les missions et la composition et les modalités de fonctionnement de la commission scientifique indépendante chargée d'évaluer les organismes concourant à l'offre de DPC, les modalités de mise en œuvre de l'organisme gestionnaire du DPC notamment sa composition (articles L.4133-1 à L.4133-4 du code de la santé publique, article L.4021-1 du code de la santé publique). Les instances ordinales s'assurent du respect par les médecins de leur obligation de DPC.

L'AVIS DE L'ORDRE :

L'Ordre des médecins et en particulier le président du Conseil national, le Dr Michel Legmann, s'est considérablement mobilisé pour que le DPC puisse voir le jour. On en attend une simplification de la formation médicale continue grâce à une fusion des dispositifs de FMC et d'EPP.

RÉGLEMENTATION DES ACTES À VISÉE ESTHÉTIQUE

La pratique des actes, procédés techniques et méthodes à visée esthétique (en dehors de la chirurgie esthétique) peut être encadrée si elle présente des risques sérieux pour la santé des personnes. L'encadrement portera sur la formation et la qualification des professionnels de santé ainsi que sur les conditions techniques de réalisation des actes. Certains actes qui présentent un danger grave ou une suspicion de danger grave pourront même être interdits (articles L.1151-2 et L.1151-3 du code de la santé publique).

TÉLÉMÉDECINE

La définition des actes de télémédecine ainsi que les conditions de leur mise en œuvre et de prise en charge financière en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique feront l'objet d'un décret (article L.6316-1).

À signaler : en janvier 2009, le conseil national de l'Ordre des médecins a rendu public un livre blanc sur la télémédecine. Parmi ses convictions : la place de la télémédecine dans notre système de santé doit être définie en étroite concertation avec les médecins et les autres professionnels de santé, avec le concours des patients et de leurs représentants.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dont l'objectif est de rendre celui-ci plus autonome en facilitant son adhésion au traitement prescrit et en améliorant sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique n'est pas opposable au patient et ne peut conditionner le taux de remboursement de ces actes et des médicaments afférents à sa maladie (article L.1161-1 du code de la santé publique).

À signaler : un rapport du Conseil national de l'Ordre, publié en juin 2009 à l'initiative du Dr Pierre Hecquard, revient sur le concept d'éducation thérapeutique, en précise les modalités et détaille ses répercussions sur la relation médecin-patient. Le dossier de Médecins de septembre-octobre était également consacré à cette thématique.

ATTRIBUTIONS DES ARS

- Les Agences régionales de santé sont chargées de mettre en œuvre la politique de santé publique au niveau régional, en lien avec les autres instances régionales compétentes en matière de santé au travail, de santé scolaire et universitaire, de protection maternelle et infantile. Les ARS doivent aussi réguler, orienter et organiser l'offre de services de santé, en concertation avec les professionnels de santé, de manière à répondre aux besoins locaux et à garantir l'efficacité du système de santé.
- Auprès de chaque Agence régionale de santé est constituée une conférence régionale de santé qui émet un avis sur le plan stratégique régional de santé et peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS sur la politique de santé et organise un débat public sur les questions de santé de son choix (article L.4132-4 du code de la santé publique).
- L'Agence régionale de santé organise la mission de service public de PDS, en association avec les représentants des professionnels de santé dont l'Ordre des médecins. Elle détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé dans ce cadre (article L.1435-5 du code de la santé publique).

L'AVIS DE L'ORDRE :

Nous approuvons l'idée de confier à une seule instance les compétences nécessaires pour décliner les ressources de notre système de santé en fonction des caractéristiques de la région (démographie médicale, typologie de la population, etc.), en coordonnant mieux les moyens privés et publics. Cette idée ne doit pas être pervertie par les sirènes de l'étatisation. Le conseil régional de l'Ordre sera obligatoirement consulté par les ARS sur tous les domaines relevant de sa compétence : organisation de l'offre de soins, permanence des soins, accès aux soins, démographie médicale, contrats avec les médecins...