

S. KANOUN, *Élève avocat*

D. SEBAN, *Avocat associé, SCP Seban et associés*

LA LOI DANS LE « TEXTE »

Les principaux points de la Loi HPST

La loi HPST du 21 juillet 2009 comprend quatre volets : modernisation des établissements de santé (1), accès de tous à des soins de qualité (2), prévention et santé publique (3), organisation territoriale du système de santé (4).

1. MODERNISATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

a. Missions des établissements de santé

Les besoins en santé ont évolué ces dernières années et l'hôpital et la médecine de ville doivent y répondre ensemble.

La loi prévoit donc que tous les établissements de santé, publics et privés, délivrent des soins de qualité, et réaffirme leurs obligations de service public (L.6112-1 à L.6112-3 CSP) : permanence des soins, formation, lutte contre l'exclusion sociale... Elle précise aussi que ces établissements garantissent un égal accès à des soins de qualité et une prise en charge au tarif de la sécurité sociale des patients admis au titre de l'urgence.

b. Statut et gouvernance des établissements publics de santé

Selon la loi, les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière assorties d'un

conseil de surveillance et dirigés par un directeur, assisté d'un directoire. Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et le projet d'établissement, exerce le contrôle permanent de sa gestion, et approuve le compte de résultat.

■ Une gouvernance renforcée

« Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement, le représente dans tous les actes de la vie civile et agit en justice en son nom » (L.6143-7 CSP). À ce titre, il participe aux séances du conseil de surveillance, exécute ses délibérations, a un pouvoir de nomination, exerce son autorité sur le personnel, est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement, et contribue à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. En concertation avec le directoire, il peut notamment conclure le contrat pluriannuel, arrêter le bilan social et le règlement intérieur de l'établissement... La loi renforce ses pouvoirs en vue d'élaborer le projet médical proposé par le président de la communauté médicale de l'établissement (CME). Ce dernier, vice-président du directoire, appuie le directeur dans l'ensemble de la gestion, et se prononce sur toutes les questions médicales.

Les professionnels de santé dénoncent la « démedicalisation » du processus de décision à l'hôpital, tandis que les élus locaux rappellent qu'ils doivent peser

dans les choix stratégiques de l'hôpital de leur ville, et regrettent que les directeurs hospitaliers soient dotés de l'essentiel des pouvoirs.

■ **Création de pôles d'activité**

« Le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'UFR médicale », « signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant ses objectifs et ses moyens », et organise son fonctionnement et l'affectation des ressources humaines (L.6146-1 CSP). Désormais, les chefs de pôle sont nommés par le directeur sur présentation d'une liste et la création de structures internes de prises en charge du malade devient une simple faculté.

Une opposition s'est manifestée contre la suppression des services et des chefs de service, trouvant regrettable que la logique « managériale » se substitue à la logique médicale. Si les pôles sont justifiés lorsque leur chef gère des unités fonctionnelles dont les disciplines sont vraiment complémentaires, à l'inverse, d'autres pôles sont si vastes et regroupent des disciplines si différentes que la cohérence et la coordination de l'ensemble paraissent bien difficiles.

c. Coopération entre établissement de santé

La loi inaugure un mode de coopération entre établissements sanitaires et médico-sociaux en créant la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) et élargit les compétences du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) existant depuis 2000.

Cette coopération est une priorité de la politique nationale d'organisation des soins. Ainsi, jusqu'au 31 décembre 2012, il appartient à l'Agence Régionale de Santé (ARS) de vérifier que les projets de

CHT bénéficient bien d'un financement majoré de 15%. Il s'agit là d'une mesure d'incitation financière puisque cette augmentation du budget pénalisera les établissements non constitués en CHT.

■ **Communautés hospitalières de territoire (CHT) (L6132-1 & s. CSP)**

La loi prévoit que « des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de CHT [maximum] pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et à la télémédecine ».

La possibilité d'adhérer à une seule CHT n'accorde aucune souplesse à un dispositif qui en aurait pourtant besoin puisqu'il s'agit d'optimiser les complémentarités afin de renforcer les équipes médicales et atteindre la taille maximale pour répondre aux besoins de la population. Enfin, si de nombreux élus locaux sont favorables au regroupement des hôpitaux en CHT, ils affichent néanmoins une certaine prudence quant aux dispositions de la loi réservant aux grands hôpitaux les interventions les plus pointues. Pour les maires, au sein de ces CHT, aucune mission des hôpitaux locaux n'est plus importante que les autres.

■ **Groupements de coopération sanitaire (GCS) (L.6133-1 & s. CSP)**

« Le GCS de moyens a pour objet de faciliter, développer ou améliorer l'activité de ses membres » en organisant ou gérant, en son nom ou pour le compte de ses membres, des activités administratives, logistiques, techniques, ou d'enseignement, en exerçant des activités de soins, en exploitant des équipements matériels lourds, ou en constituant un réseau de santé. Son but est non lucratif et permet les coopérations avec le secteur privé, les structures médico-sociales, les centres de santé et les médecins libéraux.

Selon le décret 2009-801 du 23 juin 2009, le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), remplacé, au plus tard le 1^{er} juillet 2010, par le directeur de l'ARS, fixe les compétences transférées à un GCS notamment les activités de soins, d'enseignement et de recherche, pharmacies à usage intérieur, opérations immobilières et programmes d'investissement...

2. ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ

« L'accès au soin de premier recours et la prise en charge des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité » (L.1411-11 CSP).

Ces soins comprennent notamment la prévention, le dépistage, le traitement, le conseil pharmaceutique, et l'éducation pour la santé.

Outre la restructuration de la formation médicale continue (FMC), la loi prévoit la mise en œuvre d'un schéma régional d'organisation des soins, assortie d'une lutte contre les refus de soins.

a. Schéma régional d'organisation des soins

Selon la loi, « le schéma régional d'organisation des soins détermine les zones où le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé ». Trois ans après sa mise en œuvre, une évaluation de la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours sera réalisée. Si elle révèle des insatisfactions, le Directeur général de l'ARS proposera aux médecins exerçant dans les zones visées d'adhérer à un contrat santé solidarité par lequel ils contribuent à répondre aux besoins de santé insatisfaits. Le médecin qui refuse cet engagement paiera une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Afin de compenser les déséquilibres de la démographie médicale, la loi prévoit aussi une meilleure répartition des étudiants en médecine et des internes dans chaque région en leur proposant un contrat d'engagement de service public contre une allocation mensuelle jusqu'à la fin de leurs études médicales. Lors de la dernière année d'études, ils choisissent leur futur lieu d'exercice où l'offre médicale semble insuffisante, et où la continuité de l'accès aux soins est menacée.

b. Lutte contre les refus de soins

Un professionnel de santé ne peut refuser de soigner un patient à raison de son origine, de son sexe, de son handicap, de ses mœurs, de sa religion... ou s'il est bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ou de l'Aide Médicale d'État (AME). Désormais, « toute personne s'estimant victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le Directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le Président du conseil [...] de l'ordre professionnel concerné des faits permettant d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte ». Les professionnels de santé s'exposeraient alors à une pénalité financière forfaitaire, proportionnelle aux dépassements facturés ou, en cas de récidive, au retrait temporaire du droit à dépassement ou à la suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales.

Une enquête du CISS, Collectif inter-associatif sur la Santé, de mai 2009, dévoile que 50% des médecins spécialistes parisiens et 22% en France opposeraient un refus de soins aux bénéficiaires de la CMU. En pratique, la loi pourrait être insuffisamment efficace pour remédier à cette situation ; d'ailleurs, aucun des sénateurs de la majorité présente dans l'hémicycle n'a soutenu les dispositions autorisant le « testing » et la quasi-totalité des syndicats médicaux

LA LOI
DANS LE
« TEXTE »

a rejeté cette pratique. Il faut également noter que la proposition d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés n'a pas été retenue.

3. PRÉVENTION ET SANTÉ PUBLIQUE

Outre le renforcement des moyens de prévenir les expositions à certaines substances telles que le radon ou l'amiante, la possibilité, sous certaines conditions, pour une infirmière de renouveler les prescriptions de contraceptifs oraux, ou l'esquisse d'une lutte contre le surpoids et l'obésité qui devient une priorité de la politique de santé publique, la loi vise à intensifier la lutte contre l'alcool et le tabac.

a. Lutte contre l'alcool

■ Renforcement de l'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs (L.3342-1 CSP)

Désormais, la loi interdit de vendre ou d'offrir gratuitement, aux moins de 18 ans, dans les débits de boissons et tous commerces ou lieux publics, de l'alcool à consommer sur place ou à emporter. En augmentant l'âge légal pour acheter de l'alcool, la loi vise à renforcer la protection des mineurs.

En France, une enquête¹ indique que 59,8% des mineurs de 17 ans déclarent avoir connu l'ivresse, alors que l'ivresse répétée concerne 26% des jeunes en 2005, contre 19% en 2003, tandis que les hospitalisations pour ivresse aiguë ont augmenté de 50% entre 2004 et 2007 chez les 15-24 ans.

Malgré une législation toujours plus restrictive, ces chiffres sont en hausse ; les nouvelles dispositions suffiront-elles à inverser la tendance ?

¹ 6^{ème} enquête sur la « santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense » (Escapad), réalisée sur 39 542 jeunes âgés de 17 ans.

■ Interdiction de la vente au forfait (L.3322-9 al. 3 CSP)

Il est désormais interdit, selon la loi, d'offrir gratuitement de l'alcool à volonté dans un but commercial ou d'en vendre contre une somme forfaitaire, sauf dans le cadre de fêtes et foires traditionnelles ou lorsqu'il s'agit de dégustation en vue de la vente.

■ Encadrement de la vente d'alcool réfrigéré (L.3331-4 al. 2 et 3 CSP)

Il s'agit d'informer et de responsabiliser les exploitants vendant de l'alcool réfrigéré généralement destiné à être consommé rapidement, sur la voie publique. Les exploitants, ignorant souvent la législation sur la vente d'alcool aux mineurs, devront désormais, pour vendre ces boissons entre 22 h et 8 h, suivre une formation sur la prévention et la lutte contre l'alcoolisme, la protection des mineurs et la répression de l'ivresse publique, les cas de fermeture administrative, la responsabilité civile et pénale des personnes physiques et morales, et la lutte contre la discrimination (L.3332-1-1 CSP). Un permis d'exploitation valable dix ans, renouvelable après une mise à jour des connaissances, leur est alors délivré. Cette mesure est destinée à permettre une application plus effective de l'interdiction de vente aux mineurs.

■ Interdiction de la vente d'alcool dans les stations services (L.3322-9 al. 4 & 5 CSP)

La loi interdit la vente d'alcool à emporter entre 18 h et 8 h, dans les points de vente de carburant. Il est aussi totalement interdit aux stations services de vendre de l'alcool réfrigéré. Ces dispositions s'inscrivent directement dans la politique de prévention routière. Il est, en effet, estimé que l'alcool est en cause dans un accident mortel sur quatre.

En vigueur depuis le 21 juillet dernier, ces dispositions ne sont toujours pas



appliquées en pratique² : sur 50 stations services visitées, 44 vendent de l'alcool, tempéré ou frais, alors qu'elles n'en ont plus le droit. Cette mesure est de toutes façons inefficace en ville, puisque les stations services côtoient des commerces de proximité vendant de l'alcool. En outre, il est difficile de comprendre pourquoi l'interdiction initiale de vendre de l'alcool sur les aires de repos et aires de service en bordure des autoroutes et des routes à deux voies a été supprimée dans la version définitive de la loi !

■ **Extension des « happy hours » aux boissons non alcooliques (L.3323-1 CSP)**

Si le débitant propose de l'alcool à prix réduits pendant une période restreinte, il doit désormais, selon la loi, proposer à prix réduits les boissons non-alcoolisées, tels que les jus de fruits, sodas, sirops, eaux minérales...

b. Lutte contre le tabac

■ **Interdiction des cigarettes aromatisées (L.3511-2 CSP)**

Désormais, la vente, la distribution ou l'offre gratuite de cigarettes aromatisées est interdite par la loi.

Elles ont un parfum de vanille, de chocolat ou de cerise ; les Black Devil, noires pour les garçons, ou les Pink Elephant, roses pour les filles, emballées dans un paquet attractif et vendues moins cher, sont très appréciées des adolescents. Une enquête de l'association *Paris sans Tabac* chez 2% des élèves de l'académie de Paris révèle qu'en 2008 le tabagisme des très jeunes est passé de 5 à 12% à 14 ans, de 14 à 18% à 16 ans, et de 20 à 24% à 17 ans. Pour l'Académie nationale de médecine, ceci est notamment le résultat de la vente des cigarettes-bonbons.

■ **Renforcement de l'interdiction de la vente de tabac aux mineurs (L.3511-2-1 CSP)**

La loi interdit désormais de vendre ou d'offrir gratuitement à des mineurs de moins de 18 ans du tabac. Pourtant, l'interdiction aux moins de 16 ans n'était déjà pas respectée. Une enquête³ révèle que parmi les fumeurs quotidiens de 15 ans, 86% a acheté du tabac au cours des 30 derniers jours. Il est donc fort probable que l'interdiction aux moins de 18 ans soit encore moins respectée.

Depuis 2008, au Japon, les plus de 20 ans ont une puce électronique pour acheter des cigarettes dans les distributeurs automatiques. En France, une vente de cigarettes par distributeurs automatiques, gérés par les buralistes, aux majeurs munis d'une puce électronique, rendrait la protection des mineurs plus effective.

4. ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTÈME DE SANTÉ : LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

a. Organisation et fonctionnement

Établissement public de l'État à caractère administratif, l'ARS est dirigée par un Directeur Général nommé en Conseil des ministres et est dotée d'un Conseil de surveillance. La loi prévoit que son personnel est composé de fonctionnaires, d'agents contractuels de droit public ou privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale. Après de chaque ARS sont constituées une conférence régionale de santé définissant

² Enquête du magazine Auto Plus, n° 1091 du 4 août 2009.

³ Enquête de l'INVS réalisée au deuxième trimestre 2007, Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) n° 21-22, 27 mai 2008, « Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans ».

ses objectifs et ses actions, et deux commissions de coordination des politiques de santé. Elles assurent la cohérence et la complémentarité des actions dans le secteur de la prévention et des prises en charges et accompagnements médico-sociaux. Ses ressources sont constituées par une subvention de l'État, des contributions des régimes d'assurance maladie ou de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), voire des ressources propres, dons et legs, ou des versements de collectivités territoriales (L.1432-6 CSP).

À cet égard, l'imprécision de l'affectation des contributions des organismes d'assurance maladie est problématique et suscite des réactions ; rien n'est dit dans la loi : financement des politiques de santé des ARS ou juste de leur fonctionnement ?

b. Compétences et missions

Selon la loi, l'ARS met en œuvre la politique de santé publique en organisant notamment la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, en prévenant les maladies et les handicaps, ou en assurant l'accès aux soins de santé des personnes en situation de précarité. Alors que la politique de santé doit rester nationale, l'ARS est préposée par la loi à définir les politiques régionales de santé.

Cette régionalisation des politiques de santé suscite des doutes, tant dans la majorité que dans l'opposition.

Par ailleurs, l'ARS autorise la création d'établissements et de services de santé, contrôle leur fonctionnement, alloue les ressources relevant de sa compétence, et veille à la répartition territoriale de l'offre de soins pour satisfaire les besoins de santé de la population et garantir la qualité et la sécurité des actes médicaux. Elle définit et met en œuvre des actions prévenant et gérant le risque assurantiel en santé, et détermine les

territoires de santé pertinents notamment pour les activités de santé publique, de soins, d'équipement des établissements de santé...

Bien au delà du mécontentement des seuls professionnels de santé, les ARS font l'objet de nombreuses critiques ; par exemple, la mise en place des ARS pourrait entraîner une régionalisation plus qu'une réelle décentralisation. En effet, les dispositions sur la coopération permettent aux professionnels de santé de soumettre les protocoles de coopération à l'ARS, qui les transmettra ensuite à la Haute Autorité de Santé (HAS) pour avis et pour une éventuelle application nationale (L.4011-2 CSP). Cette procédure pourrait altérer la responsabilité de chacun en cas de mauvais fonctionnement.

Enfin, il a été largement souhaité que les ARS soient composées d'élus représentant les trois niveaux de collectivités territoriales, sans que la loi y réponde explicitement. En effet, ces collectivités disposent de nombreux appuis, politiques et équipements contribuant à la santé publique et à l'aménagement du territoire, qu'il conviendrait de valoriser.

Objet de nombreuses manifestations à l'initiative des praticiens et personnels de l'Assistance public-Hôpitaux de Paris, la loi HPST provoque également de vives réactions des médecins libéraux tandis que de nombreux politiques, y compris de la majorité, restent méfiants.

Néanmoins, la loi s'attache à conserver la densité hospitalière française, l'une des plus fortes du monde ; pour cela, elle redéfinit opportunément les missions de service public des hôpitaux de proximité.