

XXXIII ème congrès du SNAM



**Projet de loi
« hôpital, patients,
santé, territoires »**

**Congres du SNAM
Chine**

Les acquis

	1996 Juppé	2003-2005 Mattei- Douste Blazy	2008-2009 Bachelot
Offre soins Pilotage	ARH Sross 2	SROSS 3	
Qualité Sécurité	ANAES Accréditation	HAS, Certif. V2 FMC, EPP	
Organisation ES	Ébauche contrat	N. Gouvernance CPOM	
Financement	PLFS ONDAM	T2A, EPRD	

Les éléments du constat

En reprenant l'ordre des réponses apportées on peut déduire aisément le diagnostic

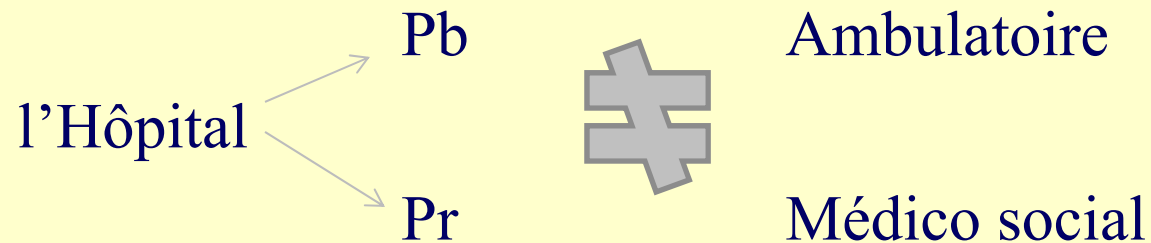
- État de l'**Hôpital**
- Situation des **Patients** / accès aux soins
- Au niveau du **Territoire** (régional...) état de la coordination des différents intervenants dans le système de santé
- Problèmes liés à la **Santé..** Publique non complètement résolus

L'état de l'Hôpital

1. Hommes: démographie PM & PNM →
Pénibilité, non attractivité des meilleurs
2. Disparité territoriale, en nombre et qualité
3. La T2A d'équité et de dynamisation... à revoir
l'Ondam, les tarifs en baisse
Les missions de service public mal rémunérées
4. Le déficit des Hôpitaux.
CHU: tous, CH: 1 sur 2
4. La nouvelle gouvernance bloquée (Subsidiarité # 0)
 - Rôle de surveillance des CA non pratiquée
 - CE, Pôles: vernis de culture,
 - Directions (Felles) ne lâchent rien, Délégation de gestion

Situation dans les **Territoires** de santé

- Certes l'ARH (Juppé, 1996)
Pilote unique des 2 types d'Hôpitaux: Pb et Privés, mais
Cf. Coudreau « ... j'ai réussi à l'Hôpital Privé,
et nous avons échoué à l'Hôpital public... »
- Restructuration, regroupements, >> Pr / Pb
- Pas de coordination entre ,



Situation des **Patients** / accès aux soins

Le service public en question !!!

- Accès aux soins inégal : répartition et qualité en Ambulatoire et en Hospitalier

Les déserts en M. Généralistes & M. Spécialistes
la liberté d'installation... la Banane et les Mégapoles
l'inégale permanence des soins: priv<<<<
l'effet du secteur II

- La iatrogénose
- Les pressions légitimes des usagers : le CICS (Cerreti, Saoult)
Les enquêtes récentes

Les problèmes de **Santé** Publique

- Certes le Tabac (merci Evin) mais,
- L'alcool
- La malbouffe, l'obésité
- ...

Le calendrier

- • Transmis au Conseil d'Etat début octobre
- • Présenté en Conseil des Ministres mi-octobre
- • Présenté à la représentation nationale en février
- • voté en Mars 2009 après > 1000 amendements
- Examiné par le Sénat dès le 11 MAI

Titre I

MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Chapitre 1 : missions des établissements de
santé

Chapitre 2 : statuts et gouvernance

Chapitre 3 : coopérations

L'hôpital et ses missions

- • « Il est proposé que l'ensemble des missions de service public puissent être assurées par tous les établissements de santé quel que soit leur statut, sur la base d'un contrat signé avec l'ARS »
- La permanence des soins ne restera pas l'apanage des établissements publics.
- La régulation des appels d'urgence doit être mutualisée au niveau interdépartemental ou régional et assouplie.
- La création d'un centre de santé par établissement, comme environnement de soins de premier recours, est désormais autorisée

Mieux répondre aux besoins de la population

- Organiser en complémentarité sous l'autorité de l'ARS la permanence des soins de ville et hospitalière
- **Garantir un accès aux soins sans dépassements (???)** dans les établissements assurant des missions de services publics.

Chapitre 2

Une gouvernance modifiée pour les EPS

Un nouveau statut et une gouvernance modifiée (1/3)

- Un **conseil de surveillance**, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration
 - il se prononce sur le projet d'établissement
 - il approuve le compte de résultat
- Le président est élu parmi ses membres des élus

Un nouveau statut et une gouvernance modifiée (2/3)

- Le **directeur, président du directoire**, voit ses *pouvoirs renforcés* pour mettre en œuvre **le projet médical** élaboré (?) par le président de CME
- Il est entouré d 'un directoire composé d 'une **majorité** (?) de personnel médical (médecins, pharmaciens, odontologistes) et du directeur de soins. Dans les CHU le Doyen sera présent.
- L 'EPRD est élaboré au niveau du directoire

Un nouveau statut et une gouvernance modifiée (3/3)

- Le **président de la CME** est **vice-président du directoire**
- Le **vice-président du directoire** est **associé** à toutes les décisions et serait responsable de l'élaboration du projet médical
- Clarification des **lignes hiérarchiques** : renforcement du rôle des **chefs de pôles**

Le président de la CME

- Participe à la gestion des ressources humaines médicales :
- Prépare le projet médical, en lien avec la communauté médicale et l'équipe de direction
- Se prononce sur toutes les questions médicales
- Appuie le directeur dans l'ensemble de la gestion. Le 2^{ème} personnage...Peut être! A voir!

Une CME Très affaiblie

- Certes son président, élu, est vice-président du Directoire
- Ses membres siègent au directoire, mais non représentants car désignés par le DG
- Contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Propose au président du directoire un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi

Les Pôles

- • Le chef de pôle est élu pour une durée de 3 ans
- renouvelable
- • Son existence peut n'être pas obligatoire quand le faible nombre de médecins de l'établissement le justifie et après accord de l'ARS

Le Chef de Pôle

- • Les chefs de pôle, remplaçant les responsables de pôles, ont *autorité sur l'ensemble des personnels des pôles PM et PNM*
- – Des objectifs leur sont fixés au regard des moyens délégués
- – Ces objectifs sont intégrés au Contrat de Pôle fixé par le DG
- – Les chefs de pôles s'appuient sur les responsables des structures internes parmi lesquels des services si l'établissement le souhaite.

Ressources humaines médicales

- • **« Création d'un nouveau statut médical** pour renforcer l'attractivité de l'hôpital public et offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer »
- **Sur la base d'une rémunération avec part fixe et part variable**
 - > Pour les spécialités où existent des difficultés de recrutement
 - Le nombre et la nature des contrats seront précisés dans les CPOM signés avec les ARS
 - Ouverts aux praticiens hospitaliers titulaires pour un détachement limité dans le temps mais renouvelable (?)

Une gestion modernisée

- **Certification des comptes**
- Suppression du contrôle de légalité pour les marchés publics pour donner plus de souplesse et de réactivité aux achats
- Création de **fondations** pour clarifier les procédures de financement de la recherche et développer des partenariats innovants
- Déception: pas de sortie du code des marchés

Les questions en discussion

- **Le Sénat a arbitré des points importants :**
 - – Le positionnement du Président de la CME par rapport au Directeur
 - – La médicalisation majoritaire du Directoire
 - – Le maintien de l'obligation d'application du code des marchés publics
 - – Le recrutement de cliniciens contractuels

Chapitre 3 :

De nouvelles modalités de coopération entre établissements

La Communauté Hospitalière de Territoire

- 2 types intégratifs ou non
 - Chaque établissement peut conserver son autonomie juridique, avec ses propres instances
 - Volontariat (mais pour combien de temps)
 - Un projet stratégique et médical commun sera établi
 - les répartitions d'activités peuvent être modifiées entre établissements au sein du CHT
 - Un CPOM commun s'imposera au CHT

Améliorer la réponse aux besoins

- La CHT répond à la nécessaire **gradation des soins**, avec une complémentarité des établissements
- Principe de délégation de tâches dans une logique de subsidiarité :
 - stratégie, EPRD consolidé
 - investissements lourds
 - gestion des cadres et des PH

**Au niveau
de la CHT**

Autres modes de coopérations

- > Des groupements de coopérations sanitaires délégataires ou non d 'activités de soins
- > Les GCS permettront des coopérations avec le secteur privé, les structures médico-sociales, les centres de santé, les médecins libéraux

Titre II

Accès de tous à des soins de qualité

Structurer l'offre de soins en niveaux de recours

- Principale conclusion des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé.
- Nécessaire revalorisation de la profession de médecin généraliste.
- Définition des missions du médecin généraliste de premier recours dans une logique de besoin des patients plutôt que de compétences médicales

Mieux répartir les étudiants et les internes de médecine

- Répartir les étudiants en médecine et les internes par spécialité et dans chaque région en fonction des besoins de la **population** et de manière à compenser les déséquilibres constatés de la démographie médicale.
- Cette répartition fera l'objet d'une **programmation pluriannuelle sur 5 ans** proposée par les ARS.

Rénover l'organisation de la PDS en région

- Assouplir les modalités d'organisation et de gestion de la PDS.
- Définir des schémas régionaux d'organisation des soins en fonction des besoins
- Financer la PDS en dehors du champ conventionnel.
- Transférer la responsabilité civile professionnelle des régulateurs libéraux aux établissements de santé.

Lutter contre les refus de soins

- Faciliter la charge de la preuve au profit des patients.
- Ouvrir la démarche de « testing » pour démontrer les comportements non éthiques ?
- Développer les sanctions administratives

Grève du codage

- • Un texte prévoyant les sanctions en cas de défaut de production d'information médicale au-delà d'un seuil déterminé
- • Les sanctions pourront faire l'objet d'une diffusion publique par la caisse d'AM

Rénover la formation continue

- Simplifier le dispositif en regroupant les différentes obligations : **formation et évaluation**
- Unifier l'ensemble des formations médicales : conventionnelle et non conventionnelle.
- De la FMC à la DPC

Chapitre III : Réforme de la biologie médicale

- réaffirmer sa spécificité médicale,
- rendre obligatoires des procédures d'accréditation selon les normes européennes,
- optimiser son financement

Titre III

PREVENTION et SANTE PUBLIQUE

Education thérapeutique du patient (ETP) -Art 22

- Inscription de l'ETP dans le code de santé publique comme politique nationale
- définition de priorités nationales
- **Alcool pour les mineurs**
- **Lutte contre le tabagisme**

Alcool mineurs

- interdiction de la vente d'alcool aux mineurs
- interdiction de vente d'alcool au forfait (open bars)
- encadrement de la vente d'alcool réfrigéré dans les débits à emporter (épiceries, grandes et moyennes surfaces)
- interdiction de vente de toute boisson alcoolique dans les station- services

Lutte contre le tabagisme

- Interdiction des cigarettes bonbons (protection des jeunes)

Titre IV

AGENCES REGIONALES DE SANTE

Création des ARS

- « Dans chaque région est créée une Agence Régionale de Santé chargée de définir et mettre en oeuvre la politique régionale de santé afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé »
- • Elle est compétente en matière de
 - – *Politique de santé publique*
 - – *Soins ambulatoires et hospitaliers*
 - – *Prise en charge et accompagnement dans les établissements et services médico-sociaux*

Carte d'identité de l'ARS

- **UNE PERSONNE MORALE DE DROIT PUBLIC**
- **Dirigée par un DIRECTEUR GÉNÉRAL nommé en Conseil des ministres**
- **Comporte un CONSEIL DE SURVEILLANCE**
- **S'appuie sur :**
 - **1° UNE CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ**
 - **2° DEUX COMMISSIONS DE COORDINATION DES POLITIQUES DE SANTÉ.**
- **Placée sous la TUTELLE DES MINISTRES**
- **Met en place des DÉLÉGATIONS DÉPARTEMENTALES**

Moyens de fonctionnement des ARS

- RESSOURCES FINANCIÈRES
 - une subvention de l'Etat
 - des contributions des régimes d'assurance maladie, selon des modalités à définir
 - des contributions de la CNSA pour des actions concernant les établissements et services médico-sociaux
 - le cas échéant, des versements des collectivités territoriales ou d'autres établissements publics
- LE PERSONNEL DE L'AGENCE :
 - des fonctionnaires et agents publics titulaires,
 - des contractuels de droit public,
 - Des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale

La politique régionale de santé

Le texte précise en particulier 3 points :

- Le projet régional de santé
- La gestion du risque
- Les territoires de santé

Le projet régional de santé

OBJECTIF

- Définir les objectifs pluriannuels des politiques de santé menées par l'ARS
- Définir les mesures et actions pour les atteindre

MODALITÉS

- Concertations avec les acteurs impliqués

CONTENU

- Un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs régionaux
- Les schémas régionaux de mise en œuvre (voir ci-contre)
- Le cas échéant, des programmes déclinant les modalités d'application

Les différents schémas régionaux de mise en œuvre

Schéma régional de prévention

Schéma régional d'organisation des soins

Schéma régional de l'organisation médico-sociale



Les territoires de santé et conférences de territoire

- L'ARS DÉFINIT LES TERRITOIRES DE SANTÉ
- LE DG-ARS PEUT CONSTITUER UNE CONFÉRENCE DE TERRITOIRE
- La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ conclus par l'agence,