



## Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires

*Document de synthèse  
Mai 2009*

### 1. Introduction

- Ce document est destiné à synthétiser les principaux éléments du projet de loi dite « HPST ». Ce projet de loi a été adopté par l'Assemblée Nationale le 18 mars 2009, a été amendé par la Commission des Affaires Sociales du Sénat (vote du 06 mai 2009) et sera discuté au Sénat à partir du 11 mai 2009.
- Cette synthèse s'attache aux éléments du projet qui concernent directement les adhérents de ReAGJIR. Il s'agit d'une synthèse objective qui pourra servir de base à une discussion au sein des structures adhérentes à ReAGJIR, ainsi qu'au sein du Conseil d'Administration de ReAGJIR.
- Pour plus de clarté, nous avons choisi le code couleur suivant :
  - en **noir**, les dispositions votées par l'Assemblée Nationale (version complète disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/13/ta/ta0245.asp>) ;
  - en **bleu**, les modifications de la Commission des Affaires Sociales du Sénat (version complète disponible sur <http://www.senat.fr/leg/pjl08-381.html>) ;
  - en **rouge**, les « notes de la rédaction », explicitant certaines dispositions.

### 2. Titre 1<sup>er</sup> : modernisation des établissements de santé

- Ce titre aborde des problématiques spécifiques (missions, gouvernance, coopérations aux établissements de santé et ne comporte donc pas d'élément concernant directement les adhérents ReAGJIR.
- On y trouve seulement quelques allusions générales aux relations ville-hôpital.
- **De nombreuses modifications y ont été apportées par la Commission des Affaires Sociales, que nous avons choisi de ne pas développer plus.**

### 3. Titre II : accès de tous à des soins de qualité

#### 3.1. Article 14

- Création d'une notion de **soins de premier recours** (prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients, dispensation et administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, conseil pharmaceutique, orientation dans le système de soins et le secteur médicosocial, éducation pour la santé) et de **soins de second recours** (ce qui n'est pas couvert par le premier recours).
- Notion de **distance et de temps de parcours** pour l'accès aux soins de premier recours (sans les préciser)
- Définition des **missions du médecin généraliste de premier recours** (prévention,

dépistage, diagnostic, traitement et suivi des maladies, éducation pour la santé, orientation des patients, coordination des soins, application individualisée des protocoles et recommandations, synthèse des informations, participation à la permanence des soins, accueil et formation des stagiaires de DCEM et TCEM).

- **Suppression des pénalités financières** pour les assurés sociaux qui consultent un gynécologue médical, un gynécologue obstétricien, un ophtalmologue, un psychiatre ou un neuropsychiatre sans être adressé ou sans avoir de médecin traitant.
- Ces spécialités passeraient donc d'un **accès spécifique** (absence de pénalité financière seulement pour certains motifs de consultation et obligation, dans tous les cas, de retour d'informations vers le médecin traitant) à un **accès direct** (hors parcours de soins, sans retour d'informations). A noter que, pendant les débats, l'argument avancé est que certaines patientes ne seraient pas complètement remboursées quand elles accèdent directement à un gynécologue (**quid de la non application du moratoire à l'installation, qui répond aux mêmes principes ... ?**)
- Dans le même temps, la Commission a modifié la sémantique des missions du médecin généraliste de premier recours, en remplaçant « **s'assure** que la coordination est effective » à « **assure** la coordination ».

### 3.2. Article 14 bis

- **Nouvel article imposant aux médecins hospitaliers de transmettre les informations relatives à un patient hospitalisé aux professionnels de santé choisis par ce patient.**
- Définition des **missions du pharmacien d'officine**, avec notamment la possibilité d'assurer la fonction de **pharmacien de coordination** pouvant notamment, à la demande ou avec l'accord du médecin, renouveler des traitements chroniques, ajuster leur posologie, et effectuer des bilans de médicaments. Les modalités de cette mission doivent être définies dans un décret d'application. **Modification des missions du pharmacien de coordination qui ne pourrait plus que dispenser le traitement d'une maladie chronique, après expiration d'une ordonnance renouvelable, et sans modification de posologie, le prescripteur pouvant s'y opposer.**
- Il pourrait délivrer, pour 3 mois maximum, une **contraception œstro-progestative** pour une femme de moins de 35 ans, sous réserve d'une formation spécifique.
- **A noter que, pendant les débats, il a été souligné que cette disposition avait été demandée par les gynécologues, afin de permettre aux patientes désireuses de contraception d'attendre les 3 mois moyens de délai d'une consultation chez un gynécologue (!!!).**

### 3.3. Article 14 ter

- Définition de la notion de maison de santé, où un projet de santé doit être défini, conforme au projet régional de santé. Elles peuvent aussi signer un contrat d'amélioration des pratiques, avec l'ARS et percevoir alors un financement du FIQSV.

### 3.4. Article 14 quater

- Définition de la notion de **pôle de santé**, regroupant des professionnels et des établissements de santé ou médico-sociaux).

### 3.5. Article 15

- Création d'une **première année des études de santé** (médecine + odontologie + pharmacie + sages-femmes)
  - **Réorientation, à l'issue du 1<sup>er</sup> semestre**, selon des modalités à définir
  - Accès possible **directement en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> année** de ces filières, selon des modalités à définir
- Définition **quinquennale** du nombre d'internes à former dans chaque spécialité.
- **Information des étudiants présentant le concours d'entrée en PCEM2** de « l'objectif de rééquilibrage de la démographie médicale, et des mesures permettant d'y concourir ».
- Possibilité pour les médecins en exercice de faire **valider l'expérience acquise** afin d'accéder à des formations médicales spécialisées (probablement type DESC). **Quelles évolutions et interactions par rapport aux actuelles commissions de qualification du CNOM ?**
- Mise en place d'un **contrat santé solidarité** par lequel les médecins exerçant dans les zones définies comme sur-dotées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) s'engagent, si la situation démographique ne s'améliore pas dans les zones dites sous-dotées, 3 ans après la définition de ces zones, à contribuer à l'offre de soins dans les zones sous-dotées. Le refus de signer un tel contrat entraînerait une pénalité financière. Les modalités de ce dispositif sont définies en Conseil d'État et appliquées ou non par les ARS. **Ce contrat santé solidarité devient optionnel et les pénalités financières s'appliqueraient uniquement pour les médecins qui signeraient un tel contrat et ne respecteraient pas leurs obligations.**

### 3.6. Article 15 bis

- Mise en place d'un **contrat d'engagement de service public** par lequel les étudiants en médecine peuvent s'engager, en contrepartie d'une bourse versée au cours de leurs études, à exercer comme interne puis comme médecin dans des zones dites sous-dotées pendant une durée égale à celle du versement de la bourse. Ils peuvent se désengager en remboursant le double des sommes perçues. Là encore, un décret en Conseil d'État est nécessaire. Transformation de la bourse en une **allocation mensuelle. Remboursement du montant des sommes perçues** (et non du double) s'ils se désengagent. Le montant de l'allocation, le nombre possible de bénéficiaires et les conditions d'application de cette disposition seront définis par décret en Conseil d'État.

### 3.7. Article 15 quater

- Mise en place d'un **nombre minimal d'enseignants de médecine générale** créés chaque année (20 PU-MG, 30 MCU-MG, 50 CCU-MG), pendant 4 ans, à compter de la promulgation de la loi. **Précision apportée : cette disposition entre en vigueur à compter de la rentrée 2009-2010.**

### 3.8. Article 16

La PDS est reconnue comme une **mission de service public**, exercée par les médecins libéraux, en collaboration avec les établissements de santé. Elle peut également être exercée par d'autres médecins selon des modalités définies par les ARS. **Précision apportée : il faut que ces médecins aient conservé une pratique clinique.**

- Possibilité de réquisitions de médecins par le préfet sur **demande du directeur de l'ARS**, pour assurer la PDS (**ces réquisitions ne sont pas une nouveauté**).
- Reconnaissance des **numéros de téléphone des associations de PDS** comme numéro d'appel, lorsque ces numéros sont régulés médicalement.

- **Schéma d'organisation de la PDS**, défini par l'ARS, si, dans 3 ans, la PDS n'est pas effective.
- Les médecins libéraux régulateurs sont couverts, pendant leur activité de régulation, par la **responsabilité administrative de l'hôpital**. Les **médecins effecteurs** bénéficient, eux-aussi, de cette couverture assurantielle.
- Les médecins doivent **prévenir leurs patients, en cas d'absence, de la manière dont est assurée la continuité des soins**. Ils doivent avertir le Conseil de l'Ordre de leurs absences et ce dernier doit s'assurer, avec le directeur de l'ARS, que la continuité des soins est assurée. **Suppression du contrôle de l'ARS sur la continuité des soins**. **Contrairement à ce qu'on a pu lire dans les médias, il n'a jamais été question d'une autorisation d'absence par l'Ordre ou l'ARS.**

### 3.9. Article 16 bis

- Mise en place d'un **Dossier Médical Personnel expérimental sur un dispositif portable** (clé USB) pour un échantillon de patients, avant le 31 décembre 2010.

### 3.10. Article 17

- Possibilité de **coopération et de délégation de tâches entre professionnels de santé** selon des protocoles validés par la HAS puis le directeur de l'ARS, et pouvant être soumis par les professionnels eux-mêmes. **Notion d'information du patient sur sa prise en charge par un professionnel participant à une coopération**. Ces protocoles peuvent être étendus à tout le territoire national. **Intégration des protocoles de coopération étendus dans la formation initiale ou continue.**

### 3.11. Article 17 ter

- Définition, par le directeur de l'UNCAM, du montant de la **contribution forfaitaire due par les professionnels de santé n'assurant pas la télétransmission**, à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009. Les partenaires conventionnels doivent, avant cette date, définir les conditions de dérogation à la télétransmission. **La contribution forfaitaire existait déjà mais, comme les partenaires conventionnels qui devaient définir son montant, ne l'ont pas fait, c'est le directeur de l'UNCAM qui va s'en charger. Quid des collaborateurs libéraux qui utilisent le bureau de leurs associés mais qui n'ont pas forcément la possibilité de télétransmettre ... ? Quid des jeunes installés qui n'ont pas encore de CPS ... ?**

### 3.12. Article 18

- Sanction possible des professionnels de santé **refusant des soins à des patients** à cause de leur origine ethnique, de leur religion, de leurs mœurs ou parce qu'ils sont bénéficiaires de la CMU ou de l'AME. Cette discrimination peut être prouvée par « testing ». **Suppression du « testing ».**
- Sanction possible des professionnels de santé ne respectant pas les règles en matière de **dépassements d'honoraires**.

### 3.13. Article 18 bis

- Possibilité d'une **consultation de prévention** chez un médecin généraliste, pour les 16-25 ans, sans avance de frais, et dont le contenu doit être défini par décret.

### 3.14. Article 18 ter

- Obligation pour les **directeurs et médecins des caisses d'assurance maladie de signaler à l'ordre** compétent un manquement déontologique d'un professionnel de santé. Réponse obligatoire de l'ordre sous 3 mois.

### 3.15. Article 19

- FMC et EPP remplacées par **DPC (Développement Professionnel Continu)** obligatoire. Modalités à définir par décret en Conseil d'État. Le DPC s'applique aux médecins, dentistes, pharmaciens, sage-femmes et préparateurs en pharmacie. Il s'applique aux libéraux et aux salariés.
- **Nouvel article reconnaissant le diplôme d'état de sage-femme au niveau mastère.**

### 3.16. Article 19 ter

- La cotisation à l'Ordre doit être versée au cours du **premier trimestre de l'année civile en cours.**
- **Modalités d'élection des conseillers ordinaires** nationaux et départementaux définies en Conseil d'État.
- En plus des sanctions ordinaires classiques, possibilité d'obligation de **suivi d'une formation** complémentaire.
- **Bénévolat** de la fonction ordinaire (mais **indemnités** possibles)

### 3.17. Article 19 quinquies

- Modalités d'agrément et de contrôle des établissements de formation **d'ostéopathie.**

### 3.18. Article 19 sexies

- Possibilité de **contrôle des cabinets d'exercice libéral** par l'Inspection générale des affaires sociales. **Sur quelles normes seront basés ces contrôles ?**

### 3.19. Article 21

- Autorisation, pour le Gouvernement, à prendre une ordonnance visant à compléter le dispositif de **reconnaissance des diplômes obtenus dans un État tiers ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace économique européen** (harmonisation aux directives européennes).

### 3.20. Article 21 sexies

- Définition de la **télé médecine.** Modalités d'application par décret.

### 3.21. Article 21 octies

- Absence de pénalité financière quand les assurés sociaux consultent directement dans une structure **médico-sociale, de médecine humanitaire ou un centre de planification** ou d'éducation familiale. **Suppression de la non-application de pénalités lors d'une consultation en établissement médico-social.**

## 4. Titre III : prévention et santé publique

### 4.1. Article 22 A

- Introduction, dans le code santé publique, de la **définition de la santé** de l'OMS. **Supprimé par la commission.**

#### 4.2. Article 22 B

- Définition de **l'éducation à la santé** et création d'une fondation pour mobiliser les moyens nécessaires. **Supprimé par la commission.**

#### 4.3. Article 22

- Définition de **l'éducation thérapeutique** dont les compétences des acteurs doivent être définies par décret, les cahiers de charges des programmes définis par arrêté, les financements prévus par les ARS.
- Interdiction, pour l'industrie pharmaceutique, d'avoir des contacts directs avec les patients pour l'éducation thérapeutique. Mais elle peut participer au financement des actions.
- **Autorisation nécessaire de l'AFSSAPS pour mettre en place des programmes d'apprentissage** de gestes techniques nécessaires à l'utilisation de médicaments. Amende en cas de non respect de cette autorisation.

#### 4.4. Article 22 bis

- Possibilité, pour les **sages-femmes, de réaliser des frottis cervico-utérins, de prescrire une contraception locale ou hormonale. Pas de notion de retour d'informations vers le médecin traitant. Pas de décret d'application nécessaire.**
- **Expérimentation de la possibilité pour les sages-femmes de prescrire l'IVG médicamenteuse. Pas de notion de coordination avec le médecin traitant.**

#### 4.5. Article 22 ter

- Délivrance possible de la **contraception par les services de médecine des universités. Pas de notion de retour d'informations vers le médecin traitant. Pas de décret d'application nécessaire.**

#### 4.6. Article 25 octies

- La **publicité pour des vaccins**, auprès des professionnels de santé, doit être assortie, de façon claire, des recommandations du Haut Conseil de la santé publique.

## 5. Titre IV : Organisation territoriale du système de santé

#### 5.1. Article 26

- **Nouvel article : contrat pluriannuel d'objectifs**, conclu entre l'État et l'UNCAM
- Création des **agences régionales de santé**. Modification de la dénomination des ARS en Agences Régionales de la Santé et de l'Autonomie.
- Elles définissent la **politique régionale de santé publique** (veille sanitaire, coordination entre professionnels de santé, éducation à la santé et prévention). **Les missions des ARSA sont de veiller à ce que la politique régionale de santé publique soit conforme aux objectifs nationaux, plus que de la définir intégralement.**
- Elles **organisent l'offre de santé** (service unique d'aide à l'installation, autorisation d'ouverture d'établissements de santé, surveillance de la qualité des soins, formation des généralistes à l'IVG, amélioration des modes de recours aux soins, surveillance de la répartition territoriale de l'offre de soins notamment par la définition des zones sur et sous-dotées). **La mission d'organisation reste inscrite, mais beaucoup moins détaillée. On garde la notion de service unique d'aide à l'installation, notamment.**

- Organisation des ARS :
  - **Directeur Général** (il a tous les pouvoirs)
  - **Conseil de surveillance** (présidé par le préfet de région) qui approuve le budget et donne un avis sur le plan stratégique régional de santé
    - Représentants de l'État
    - Représentants de l'Assurance Maladie
    - Représentants des collectivités territoriales
    - Représentants des patients
  - **Conférence régionale de la santé et de l'autonomie**, à visée consultative, composée de plusieurs collèges. **Six collèges définis** :
    - représentants des collectivités territoriales
    - représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire
    - représentants des professionnels de santé libéraux
    - représentants des gestionnaires des établissements de santé et médico-sociaux
    - représentants des usagers et personnalités qualifiées
    - collège représentant l'éducation et la prévention à la santé
  - Deux **commissions de coordination des politiques**
    - prévention, santé scolaire, PMI, santé au travail
    - prises en charge et accompagnements médico-sociaux
  - **Délégations départementales territoriales**
- Coordination nationale par un **conseil national de pilotage des agences** (ministres + UNCAM) qui répartit les moyens entre les différentes ARS et signe un contrat (tous les 4 ans) avec les directeurs d'ARS
- Définition annuelle d'un **projet régional de santé** :
  - Plan stratégique régional de santé
  - Schémas régionaux (prévention, organisation des soins, organisation médico-sociale, **transport sanitaire**)
  - Autres programmes spécifiques
- Définition annuelle d'un programme de gestion du risque assurantiel en santé
- Définition de **territoires de santé** administrés par une **conférence de territoire** chargée de faire appliquer, dans le territoire, le programme régional de santé
- Possibilité de **contrats entre l'ARS et une maison de santé** avec objectifs et moyens. **Nécessité d'un cadre national pour ces contrats.**

## 5.2. Article 27

- Création des **unions régionales des professionnels de santé** (URPS), regroupées en une **fédération régionale des professionnels de santé libéraux**.
  - Électeurs (et éligibles) = **professionnels de santé libéraux conventionnés**. **A noter que la question de la représentation des remplaçants dans les instances (URPS, CNOM), reste toujours non résolue !**
  - Candidats présentés par **organisations syndicales**
    - Ayant une ancienneté minimale de **2 ans**
    - Présentes dans au moins **1/4 des départements et 1/4 des régions**
  - Trois **collèges pour l'URPS** des médecins :
    - Médecins généralistes

Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants

BP 42061 – 14089 CAEN CEDEX

Tel : 06 85 60 36 42 – Courriel : [contact.reagjir@gmail.com](mailto:contact.reagjir@gmail.com)

- Chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens
  - Autres spécialistes
  - Modification de la définition des collègues qui seront définis ultérieurement, par décret, en fonction de critères relatifs à la **PDS**, la part d'actes **médico-techniques** et la participation aux **soins de premier recours**.
- Participation à la préparation du **projet régional de santé**
  - Financement par une **cotisation** recouvrée par les URSSAF
  - **Suppression des URML** et transfert des biens vers les URPS des médecins
  - Modification des conditions de **négociations conventionnelles** :
    - Par les **organisations syndicales reconnues représentatives** (ancienneté minimale de 2 ans + indépendance + effectifs + audience)
    - **Validité des conventions** si signature par une organisation représentative ayant obtenu **au moins 30 % des suffrages** aux élections des URPS
    - **Veto possible** contre une convention par une organisation syndicale représentative ayant obtenu **la majorité des suffrages**

### 5.3. Article 28

- Possibilité, pour les personnes bénéficiant, notamment, de services d'aide à domicile, que **l'administration des médicaments** soit réalisée par l'auxiliaire de vie.

### 5.4. Article 30

- **Suppression des ARH, GRSP, URCAM, MRS et une partie des CRAM**

### 5.5. Article 31

- Création d'un **préfigurateur de chaque ARS** qui prépare sa mise en place dans chaque région