

Hpst : encore une réforme pour l'hôpital

Article paru le : Mercredi 30 Décembre 2009

C.H.

Intitulé « Modernisation des établissements de santé », le premier titre de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (Hpst) est consacré à la réforme de l'hôpital. Il s'inspire des propositions formulées par la commission présidée par Gérard Larcher d'octobre 2007 à avril 2008, ainsi que du rapport de la commission Marescaux sur l'avenir des CHU.

La refonte de la gouvernance hospitalière

Dans la nouvelle gouvernance hospitalière, le directeur d'établissement préside un directoire, instance de pilotage stratégique, de discussion et de décision, qui vient remplacer le conseil exécutif. La communauté médicale d'établissement (CME), composée de médecins et chefs de pôle, est en charge d'élaborer avec le directeur le projet médical de l'établissement, qui doit être approuvé par le directoire. Le président de la CME est également le vice-président du directoire. La loi renforce le rôle du directeur d'établissement, doté de pouvoirs élargis en matière de décision et de nomination : signature des contrats de pôle, nomination des chefs de pôles et membres médicaux du directoire, détermination du programme d'investissement, fixation du budget prévisionnel et ordonnancement des dépenses, détermination de l'organisation interne. Le contrôle de la gestion de l'établissement est assuré par un nouvel organe, le conseil de surveillance, où siègent des représentants des collectivités territoriales, des représentants du personnel médical et non-médical, des personnalités qualifiées parmi lesquelles des représentants des usagers.

Les contrats d'objectifs et l'ancrage régional

Le directeur de l'établissement négocie et signe avec le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), d'une durée maximale de cinq ans. Ce contrat détermine les orientations stratégiques de l'établissement sur la base du projet régional de santé, notamment du schéma régional (ou interrégional) de l'organisation des soins (Sros). Le Cpom fixe également les objectifs quantifiés des activités de soins et d'équipement en matériels lourds, précise les engagements de retour à l'équilibre financier des établissements et définit les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins. Il décrit enfin les modalités des actions de coopération de l'établissement, notamment dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire (CHT).

La coopération entre établissements

La loi ouvre la possibilité aux hôpitaux publics de se regrouper en CHT pour s'unir dans un projet médical commun, dans une logique de complémentarité entre les établissements et de gradation des soins. Ainsi les plateaux techniques les plus

sophistiqués (notamment dans les CHU) se spécialiseraient dans les opérations lourdes et de haute technicité, tandis que les hôpitaux de proximité (hôpital local) prendraient en charge les soins courants, les hébergements en moyen séjours, les soins de suite et de réadaptation.

Les établissements publics et privés pourront mettre en commun des matériels et collaborer plus aisément au sein de groupements de coopération sanitaire (GCS), dont la création est simplifiée.

Les missions de service public

La loi Hpst redéfinit les missions des établissements de santé publics et privés. Tout en réaffirmant la mission générale des établissements de santé (assurer « les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes »), elle introduit les notions de coordination des soins entre les hôpitaux, la médecine de ville et le secteur médico-social, de mise en œuvre de la politique de santé publique et de garantie de la sécurité sanitaire, ainsi que la délivrance des soins « avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ».

La loi liste également 13 types de missions de service public qui peuvent être assurées par les établissements de santé en fonction des besoins de la population, appréciés dans le schéma régional d'organisation des soins : permanence des soins (PDS), aide médicale urgente, prise en charge des soins palliatifs, enseignement universitaire et post-universitaire, recherche, développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, actions d'éducation et de prévention pour la santé, actions de santé publique etc.

Enfin, la loi innove en prévoyant la possibilité de confier aux établissements de santé privés une ou plusieurs missions de service public en cas de carence du secteur public, dans le cadre d'un contrat signé entre le directeur de l'ARS et l'établissement privé.

Du côté des CHU

Les directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires (CHU) seront nommés en conseil des ministres sur rapport conjoint des ministres chargés de la Santé, de la Recherche et de l'Enseignement supérieur. Le directoire comptera trois vice-présidents : le président de la CME, le doyen et un vice-président chargé de la recherche. Les pôles hospitaliers existants deviendront des pôles hospitalo-universitaires, en charge des trois missions (soins, recherche et enseignement) et bénéficiant d'une réelle délégation de responsabilités.

Par ailleurs, les CHU pourront créer un nouveau type de fondation, la fondation hospitalière, permettant de travailler sur des projets de recherche communs avec le monde de l'industrie.