

SYNDICAT NATIONAL DES PROFESSEURS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Groupe hospitalier Cochin-Saint-Vincent de Paul
72-84 avenue Denfert-Rochereau 75014 PARIS
téléphone : 06 83 44 72 19
www.snphu.com.

Note d'information loi H.P.S.T. – Juillet – Août 2009

par Monsieur Pierre GAUER
Conseiller d'Administration
S.N.P.H.U.

Le Journal Officiel du 22 Juillet 2009 a publié la loi HPST votée par le Parlement .

Malgré des centaines d'amendements présentés à l'Assemblée Nationale comme au Sénat , le texte de loi est dans l'esprit comme dans la lettre , proche du projet gouvernemental qui a très partiellement tenu compte des réactions de divers groupes sociaux , particulièrement lors de l'étude au Sénat .

Les nombreux décrets d'application qui doivent maintenant paraître, donneront corps aux objectifs législatifs . Cependant, il est déjà possible de souligner les principaux éléments de cette importante réforme .

La loi comporte plusieurs titres et chapitres ; celui sur la modernisation des Etablissements de Santé présente des modifications conséquentes du système actuel.

Depuis la loi du 31 décembre 1970, la gestion de l'Etablissement public hospitalier était organisée avec une répartition de compétences entre le conseil d'administration et le directeur . Si ce dernier avait une compétence générale et le conseil une compétence d'attribution , il délibérait cependant sur les thèmes essentiels de gestion que le directeur mettait ensuite en œuvre .

La nouvelle loi transforme le conseil d'administration en conseil de surveillance qui se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle.

Qu'y a-t-il de concret derrière ces attributions ? Quels seront les moyens d'un conseil de surveillance pour assurer une évaluation du fonctionnement de l'établissement ? Il est difficile de se prononcer d'ores et déjà, mais le conseil perd une prérogative essentielle en ne délibérant plus sur un dossier aussi important que l'état prévisionnel des recettes et des dépenses , terme qui remplace celui de budget depuis la mise en place de la T2A .

Ce conseil à l'effectif bien moindre que son prédécesseur n'est plus le « chancre » de l'hôpital et si le statut juridique de l'établissement reste inchangé conformément aux conclusions de la commission Larcher, la mise en œuvre de son autonomie est véritablement modifiée puisque le transfert de compétences se fait au profit du directeur en réduisant le rôle de l'assemblée délibérative . Un directeur - nommé en conseil des ministres pour les CHU , ou par le Centre national de gestion sur proposition du directeur de l'ARS , pour les autres établissements - qui va présider le directoire et conduire la politique générale .

Or, l'organisation de l'hôpital est le vecteur essentiel pour la mise en œuvre des moyens afin de répondre aux missions de Service Public. La définition de celle-ci , la répartition des compétences ou

les relations avec l'Agence régionale de santé qui ne peut plus être considérée comme une simple tutelle , mais dont les pouvoirs sont tels qu'elle orientera de fait le fonctionnement de l'établissement , vont modeler le futur profil des établissements de soins.

Quelques remarques et précisions sur ce nouveau cadre institutionnel :

L'hôpital public n'a plus le monopole des missions de Service Public . Tout établissement de santé pourra y participer sur décision de l'ARS . Un contrat définira l'étendu et les obligations.

Dans les Chu , le directoire qui sera consulté sur l'ensemble des quinze thèmes de compétence du directeur , outre le directeur , président , a trois vice-présidents : le président de la CME est premier vice-président , il élabore avec le directeur le projet médical et coordonne la politique médicale . Sont en outre vice-présidents , le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical et un vice-président chargé de la recherche , nommé par le directeur général après différents avis universitaires et de la recherche .

Parmi les missions de Service Public qui sont redéfinies au nombre de quatorze , figure outre la permanence des soins , l'enseignement universitaire et post-universitaire , sans autre précision quant aux structures qui le développeront .

Ces mêmes Chu seront organisés par le directeur général après avis du président de la CME et du doyen, en pôles hospitalo-universitaires . Les chefs de pôle nommés par le directeur général à partir d'une liste de candidats présentée par le président de la CME et le doyen, organisent le fonctionnement du pôle et peuvent proposer au directeur d'admettre des médecins libéraux à participer au fonctionnement de l'hôpital .

Dans un cadre plus général, ce sera le directeur dans les établissements publics qui proposera au Centre national de gestion la nomination des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques.

La loi crée par ailleurs, un contrat de droit public à durée déterminée , pour le recrutement de médecins hospitaliers en dehors de la voie statutaire habituelle . Ils porteront le titre de clinicien hospitalier et seront nommés là où les postes sont difficiles à pourvoir , après décision du directeur général de l'ARS .

Une close de non-concurrence est instituée pour les PH démissionnaires d'un établissement Un contrat d'engagement de Service Public sera proposé aux jeunes étudiants en médecine qui bénéficieront en compensation d'une allocation pendant leurs études. Dans le même esprit de volonté de traiter les problèmes de démographie médicale dans certaines zones, il est institué un contrat santé-solidarité , afin que les médecins installés en des lieux surmédicalisés viennent répondre au besoin des zones sous-médicalisées ...

La FMC et l'EPP donnent naissance au DPC... développement professionnel continu.

Quant aux dépassements d'honoraires qui ont fait l'objet de débats, un accord conventionnel est attendu pour le 15 octobre, au-delà un arrêté fixera les modalités d'encadrement. Des mesures de répression sont envisagées en cas de manquement au tact et à la mesure ...

Enfin, un des objectifs premiers de la commission Larcher et du projet de loi, concernait la coopération entre les établissements avec la création des communautés hospitalières de territoire. C'est une disposition qui est maintenant législative. Elle ne concerne que les établissements publics, les autres types d'établissements de santé pourront participer aux groupements de coopération sanitaire, mieux définis qu'ils ne l'étaient jusque-là.

Les CHT permettront une gestion commune de l'activité, avec la possibilité de délégation et de transfert de compétences. Ils seront organisés sur le principe du volontariat, mais devant certaines

situations très dégradées d'établissements, le directeur général de l'ARS pourra l'imposer comme il pourra décider de fusionner des établissements.

Cette nouvelle loi présente tout au long de sa lecture , un personnage majeur de l'organisation sanitaire et sociale , aux compétences et aux pouvoirs très étendus , le directeur général de l'ARS : planificateur , allocataire de moyens , signataire des contrats d'objectifs et de moyens , décideur essentiel dans le choix des responsables hospitaliers et le développement de leur carrière , garant de la permanence des soins , intervenant majeur dans les situations précaires des structures ... lui-même nommé en conseil des ministres .

De nombreux décrets d'application vont maintenant paraître et donner à la loi tout son sens .