



**Présentation du projet de loi
« Hôpital, patients, santé et territoires »**

Un projet de santé durable pour nos concitoyens

Mercredi 22 octobre 2008

Dossier de presse

**Présentation du projet de loi
« Hôpital, Patients, Santé et Territoires »**

Un projet de santé durable pour nos concitoyens

Conférence de presse

22 octobre 2008

Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

SOMMAIRE

I/ Discours de Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

II/ Discours de Valérie Létard, secrétaire d'Etat chargée de la solidarité, conférence de presse du 22 octobre

III/ Communiqué de presse Conseil des ministres du 22 octobre 2008

IV/ Modernisation des établissements de santé (titre I)

V/ Accès de tous à des soins de qualité (titre II)

VI/ Prévention et santé publique (titre III)

VII/ Organisation territoriale du système de santé (titre IV)

VIII/ Exposé des motifs

Annexes

- Biographies
 - Gérard Larcher, président du Sénat
 - Christian Saout, président du comité inter-associatif sur la santé
 - Pierre Carli, directeur du SAMU de Paris
- Discours de Roselyne Bachelot-Narquin sur les ARS – 25 septembre 2008
- Discours de Nicolas Sarkozy, Président de la République
 - 18 septembre 2008, discours de Bletterans
 - 17 avril 2008, discours de Neufchâteau
 - 16 octobre 2007, discours de Bordeaux



Communiqué de presse

Présentation du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires »

Un projet de santé durable pour nos concitoyens

- Conseil des ministres du 22 octobre 2008 -

Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative a présenté ce matin au conseil des ministres le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Ce projet, élaboré en concertation avec les professionnels de santé, les représentants des usagers et avec les parlementaires concernés, participe de la volonté du gouvernement de répondre aux attentes et aux besoins de nos concitoyens en matière de santé.

Le projet de loi propose, en quatre grands chapitres et trente-trois articles, une modernisation globale du système de santé. Il apporte ainsi des réponses aux grands enjeux que sont l'accès de tous aux soins : la lutte contre les « déserts médicaux », le décloisonnement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médico-social, l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, la santé des jeunes et, d'une manière générale, la coordination du système de santé.

TITRE I : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Consacré à la réforme de l'hôpital, le premier titre reprend notamment les propositions formulées par la commission présidée par Gérard Larcher d'octobre 2007 à avril 2008. Le fonctionnement de l'hôpital est modernisé et les liens entre médecine de ville et hôpital sont renforcés.

Le pilotage de l'hôpital, sous la conduite du chef d'établissement, véritable « patron », est recentré sur le projet médical, cœur du projet d'établissement. Le président de la communauté médicale d'établissement (CME), élabore le projet médical, avec la CME et sous l'autorité du chef d'établissement.

L'objectif du projet de loi est de mieux adapter l'offre de soins aux nouveaux besoins de la population, aux évolutions techniques et aux attentes des professionnels de santé. L'évolution de la médecine impose notamment de travailler sur les complémentarités entre l'hôpital de proximité et les plateaux techniques les plus sophistiqués. C'est le sens de la création des communautés hospitalières de territoire (CHT), qui permettront aux établissements de coordonner leurs interventions, dans une logique de gradation des soins, pour mieux répondre aux besoins de la population des territoires.

TITRE II. - ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

L'accès aux soins ne peut cependant reposer uniquement sur l'hôpital, au risque de l'engorger. Aucun patient ne saurait être orienté vers l'hôpital ou y rester par défaut. Le deuxième titre du projet de loi entend ainsi améliorer la répartition des médecins sur le territoire et l'accès aux soins de ville. Les soins de premier recours font leur entrée dans le code de la santé publique et la filière de médecine générale est ainsi revalorisée. Pour assurer un meilleur accès au médecin de garde, la permanence des soins sera désormais organisée au niveau de chaque région, prenant ainsi en compte les spécificités locales. Le nombre de médecins formé sera davantage décliné, en fonction des besoins locaux.

Les coopérations entre professionnels de santé seront facilitées et permettront de renforcer le rôle des paramédicaux dans le système de santé.

Enfin, les dispositifs du projet de loi favorisent le développement de nouvelles formes d'organisation des cabinets de groupe, conformément au souhait de nombreux médecins, notamment les plus jeunes d'entre eux.

TITRE III. - PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Le titre III est consacré à la santé publique et a pour objet de renforcer notre politique de prévention. L'inscription dans la loi de l'éducation thérapeutique des patients facilitera et organisera son extension, et permettra ainsi d'améliorer les conditions de vie et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. La volonté de protection de la santé des jeunes se traduit par des mesures d'interdiction de vente d'alcool aux mineurs et l'interdiction totale de la vente des cigarettes « bonbons ».

TITRE IV. - ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Le titre IV du projet de loi est consacré à la création des agences régionales de santé (ARS). Ces nouvelles agences réuniront les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau régional en simplifiant les structures, dans une logique de guichet unique, harmonisant ainsi sept structures complémentaires. Elles auront pour mission de décliner au niveau territorial les objectifs du projet de loi : faciliter l'accès aux soins, l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital et ainsi simplifier le parcours de santé des patients, et développer la qualité et la sécurité du système de santé.

Contact presse : 01 40 56 40 14

PROJET DE LOI
« HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES »

TITRE I : MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Des établissements de santé au service de nos concitoyens

Le projet de loi replace l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins au cœur du projet hospitalier. Il prévoit également de mieux organiser l'offre de soins, afin que chaque patient puisse se voir proposer, sur tout le territoire, des soins à tarif opposable. **C'est la garantie de l'accès aux soins pour tous. Certains territoires sont particulièrement touchés par les problèmes de démographie médicale : ils seront pris en compte prioritairement.**

Tous les établissements de santé, publics et privés, sont concernés. Tous ont pour mission de répondre aux besoins des Français en délivrant des soins de qualité.

Dans cette perspective, le projet de loi s'attache notamment à réaffirmer les obligations de service public des établissements de santé : permanence des soins, service des urgences, formation, recherche et accueil des personnes en situation de précarité. Ces missions seront désormais mieux identifiées et feront l'objet d'un encadrement renforcé. Chaque établissement sera notamment tenu d'accueillir et de soigner, au tarif de la sécurité sociale, un patient se présentant en urgence.

Les établissements de santé devront développer une **véritable culture du résultat** et définir des indicateurs de qualité : il faut développer la transparence et l'information dans ce domaine.

Les besoins des patients ont évolué. L'hôpital et la médecine de ville doivent y répondre conjointement. L'hôpital doit donc développer de véritables filières de soins avec la médecine de ville et le médico-social, pour continuer à répondre aux besoins de nos concitoyens. La nouvelle souplesse des collaborations possibles le lui permettra. Le projet de loi permet ainsi de développer des modalités plus souples de prise en charge médicale, telles que les hospitalisations de jour ou à domicile. Il les reconnaît enfin comme des prises en charge hospitalières à part entière, pour des pathologies chroniques mais aussi aiguës. Ceci correspond à une attente très forte de la population.

Pour la première fois, un projet de loi donne des outils pour organiser les soins de premier recours. Trop souvent, des malades se rendent à l'hôpital par défaut, parce qu'ils savent que la porte sera ouverte. Il faut ouvrir d'autres portes, vers des soins plus proches et plus simples : ce sera par exemple des maisons médicales pluri-professionnelles, mais aussi une meilleure organisation de la permanence des soins de ville.

Les hôpitaux aussi doivent s'adapter pour répondre, ensemble, à tous les types de demande. Chaque établissement ne peut pas tout faire, mais tous sont nécessaires pour répondre aux besoins croissants de la population. Ils pourront collaborer dans le cadre de **communautés hospitalières de territoire** pour regrouper leurs forces.

Des hôpitaux tournés vers l'avenir

Moderniser le fonctionnement interne des établissements pour leur permettre de mieux assurer leurs missions.

Refonder la gouvernance

La mise en responsabilité des établissements s'accompagne d'une modernisation de leur fonctionnement interne. Le directeur, « patron de l'hôpital », doit pouvoir mettre en œuvre et assumer sa politique.

La modernisation des processus de décision permettra aux hôpitaux de répondre plus rapidement aux besoins de la population.

Le directeur s'appuiera sur un directoire, instance de pilotage stratégique de l'établissement, et en particulier sur le président de la communauté médicale de l'établissement, vice-président du directoire. Ce sont des médecins, les chefs de pôle, qui déclineront les objectifs médicaux et de gestion. Ils auront une place reconnue dans la gouvernance et seront valorisés pour cette fonction.

Le pilotage d'un hôpital ne saurait reposer sur un homme seul. Les structures actuelles sont devenues inadaptées et la multiplicité des décideurs conduit à l'immobilisme. Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » renforce les pouvoirs du directeur. Néanmoins, ce pouvoir n'est pas un exercice solitaire. Le directeur s'entoure de médecins, et notamment du président de la CME, et de collaborateurs de l'équipe de direction.

De plus, le contrôle de l'activité de l'établissement sera assuré par un conseil de surveillance refondé, où siègeront des élus, des représentants des usagers et des personnels de l'établissement. Dans un souci de transparence et de collaboration, le conseil de surveillance aura accès à tous les documents concernant la gestion de l'hôpital et à toutes les décisions. Il approuvera les comptes de l'établissement et se fera présenter un rapport annuel sur l'activité de l'établissement et sur sa contribution à l'offre de santé du territoire.

Enfin, la tutelle des établissements par leur Agence régionale de santé (ARS) sera renforcée : le directeur général de l'ARS disposera de nouveaux outils comme la lettre d'objectifs et l'évaluation du directeur, l'approbation du budget prévisionnel, la possibilité d'intervention rapide en cas de dérapage financier.

Le projet médical au cœur du projet d'établissement

Les médecins associés au sein de la commission médicale d'établissement (CME) auront pour tâche d'élaborer ce projet. Le président de CME, vice-président du directoire, sera responsable, sous l'autorité du directeur, de la mise en œuvre de ce projet. Il sera chargé de coordonner la stratégie médicale. Les chefs de pôle, médecins, joueront également un rôle renforcé en bénéficiant d'une large autonomie de gestion.

L'hôpital doit redevenir attractif. La diversité des modes d'exercice doit être mieux reconnue. Au sein d'un hôpital, il sera désormais possible de recruter des médecins sur un contrat qui valorise l'activité et les engagements du praticien. Des médecins libéraux pourront également, plus facilement, venir renforcer l'offre de soins de l'hôpital. Trop souvent, de jeunes médecins s'installent dans une clinique privée sans que l'hôpital puisse les retenir, faute d'outils juridiques. Le contrat y remédiera en offrant un statut alternatif et attractif.

C'est donc bien une organisation et une gestion renouvelées du système de santé que ce projet de loi institue.

Une collaboration accrue entre établissements de santé

L'évolution de la médecine nécessite de renforcer les collaborations à tous les niveaux.

Une approche territorialisée des besoins

Au sein d'un territoire de santé, il sera possible à différents hôpitaux publics de s'associer en créant des **communautés hospitalières de territoire (CHT)**.

Ces collaborations permettront avant tout d'adhérer à un projet médical commun défini par l'ensemble des professionnels, de partager ou de mieux se répartir des missions, et mettre en commun des ressources matérielles ou des compétences de médecins, de soignants, ou de gestion.

On ne prend pas en charge de la même manière une fracture du bras et une transplantation rénale. L'objet de ces collaborations, dans une optique de gradation des soins, est donc de réconcilier le besoin de proximité pour les soins courants, les hébergements en moyen séjour, avec une progression organisée vers des structures de plus en plus complexes pour les soins plus lourds avec pour exigence les meilleures conditions de sécurité.

A la gradation des besoins et des soins (de la simple consultation de routine à la transplantation cardiaque) **doit correspondre la gradation des structures d'accueil** (du service de consultation au plateau technique le plus lourd). La complémentarité des établissements permettra une meilleure utilisation des moyens et assurera une plus grande fluidité entre les différentes structures.

La CHT sera donc, concrètement, la possibilité offerte à la population de disposer d'un ensemble d'hôpitaux qui s'engagent, par un projet médical commun et des équipes soignantes communes, à répondre à tous les besoins de santé de la population. Elle permettra la recomposition progressive et concertée de la répartition des structures.

Des outils de collaboration public-privé

Il sera aussi possible, à des établissements publics et privés, de mettre en commun des matériels et de collaborer davantage au sein de **groupements de coopération sanitaire (GCS)** dont la création est simplifiée.

La participation des cliniques privées aux missions de service public seront assorties d'obligation d'offrir une offre continue de soins au tarif sécurité sociale et de participer à la permanence des soins.

<p style="text-align:center">PROJET DE LOI « HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES »</p> <p style="text-align:center">TITRE II : ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE</p>
--

Garantir l'effectivité de l'accès aux soins pour tous

Des soins accessibles pour tous sur l'ensemble du territoire

Notre système de santé solidaire est une des fiertés de notre pays. Il est riche de nombreux professionnels compétents, riche également de ses étudiants et de tous ceux qui embrassent les études médicales.

Le dévouement et la qualité des professionnels n'empêchent pas que de plus en plus de nos concitoyens éprouvent des difficultés d'accès aux soins.

Comment une densité médicale parmi les plus élevées des pays de l'OCDE peut-elle laisser apparaître des « déserts médicaux » ?

Comment se fait-il qu'à 20 km d'écart des médecins généralistes souffrent de surmenage alors que d'autres ont des difficultés à remplir leurs consultations ?

Les professionnels comme les patients savent la nécessité de moderniser l'organisation de notre système de santé pour répondre à ce défi de l'accessibilité. Pour répondre à cette problématique complexe, le projet de loi propose d'agir sur plusieurs leviers :

- adapter la formation des médecins à nos besoins en liant mieux les études médicales aux besoins des différentes régions ;
- mieux coordonner les interventions des différents partenaires et développer de nouveaux instruments d'incitation ;
- faciliter de nouvelles conditions d'exercice plébiscitées par les jeunes médecins.

Dans le cadre du dialogue conventionnel, les mesures de répartition des médecins sur le territoire seront rendues plus efficaces, dans le respect de la liberté d'installation.

Adapter les formations à nos besoins

Le lieu de formation est un élément décisif de l'implantation des médecins, puisque 70% décident de rester dans la région où ils ont étudiés. Actuellement, les internes choisissent leur ville d'affectation puis, pour une large mesure exercent la spécialité de leur choix en s'adaptant aux besoins des services hospitaliers. C'est ainsi qu'un interne en formation sur cinq est un radiologue et un chirurgien sur cinq est un ophtalmologiste. Il n'est pas certain que cette répartition réponde aux besoins de nos concitoyens au moment même où les pathologies chroniques se développent. C'est pourquoi le projet de loi prévoit que dans chaque spécialité et chaque faculté, les effectifs d'étudiants et d'internes soient désormais répartis en fonction des besoins de santé locaux et de la démographie médicale.

Clarifier et faire évoluer les missions

Le « premier recours » est la porte d'entrée du système de soins et la garantie de la qualité de la prise en charge dans le parcours de soins. Le projet de loi précise les missions de cette médecine de premier recours pour valoriser son exercice. Il s'agit d'assurer pour les patients un accès aux professionnels de santé dont ils ont besoin, à l'hôpital et en ville.

Le projet permet d'organiser les collaborations des professionnels au-delà du socle commun des compétences actuelles en permettant les partenariats souhaités par les professionnels et utiles au niveau local. Elles offrent des perspectives importantes d'évolution des compétences et des carrières en fonction des besoins locaux et des souhaits des professionnels, renforçant l'attractivité des métiers.

Cette évolution devra s'accompagner d'un renforcement de la formation continue des professionnels de santé.

Permettre à chaque composante du système de soins d'exercer au mieux ses missions

Les difficultés rencontrées sur certains territoires sur la permanence des soins et l'absence de filières de soins organisées ont un impact négatif sur la qualité du service rendu aux patients. 25% des passages aux urgences concernent des personnes âgées, le plus souvent en attente de solutions d'hébergement adapté.

Le projet de loi renforcera les collaborations entre les filières et permettra d'avoir **une approche globale de la permanence des soins**, en ville comme à l'hôpital. Il permettra ainsi notamment d'éviter le recours systématique aux **urgences, ce qui permettra de les désengorger**.

Mieux répartir les professionnels de santé dans le respect de la liberté d'installation

L'apparition rapide de déserts médicaux a entraîné un développement de nombreuses initiatives, notamment des collectivités locales. Les innovations sont nombreuses et intéressantes, mais nuisent à la lisibilité des dispositifs.

Le projet prévoit de constituer, en partenariat avec les professionnels, les usagers et les collectivités locales, un schéma définissant les priorités d'implantation de médecins. Ce schéma concerté, expérimenté aujourd'hui avec succès dans certaines régions, permettra de rassembler toutes les forces pour favoriser une implantation optimisée des professionnels de santé.

Cette mesure importante, permettra, en respectant la liberté d'installation, d'organiser une réponse forte à la progression des déserts médicaux.

Par ailleurs, les négociations conventionnelles en cours devront fournir des outils de régulation qui viendront renforcer le schéma régional et améliorer la réponse aux besoins de santé de premier recours de la population sur l'ensemble du territoire.

Favoriser les formes d'exercice plébiscitées par les patients et les jeunes médecins

Les médecins souhaitent de plus en plus un exercice regroupé sur un territoire, en y associant d'autres professions de santé. Les patients y bénéficient d'un accompagnement pluridisciplinaire de qualité.

Le projet fait du développement des **maisons de santé** une priorité. Elles offrent, notamment en zone rurale, la possibilité d'avoir recours sous un même toit à l'ensemble des professions de santé : médecin généraliste, spécialiste, dentiste, infirmière, masseur-kinésithérapeute. Elles seront également soutenues dans le cadre des schémas d'organisation.

Lutter contre les discriminations financières dans l'accès aux soins

La fragilité sociale et économique se double trop souvent d'un état de santé plus dégradé.

Dans notre système de santé solidaire, pouvoir trouver un médecin ou un dentiste est un droit universel. Dans certains cas, fort heureusement rares, des patients se voient refuser des soins au motif qu'ils sont bénéficiaires de la CMU C ou de l'AME.

La discrimination financière ou sociale n'est pas tolérable c'est un principe déontologique, inscrit dans le serment d'Hippocrate.

Pour assurer l'effectivité de la sanction des comportements non-conformes à l'éthique médicale, **le projet de loi prévoit trois mesures :**

- il permettra la pratique du « testing » pour établir la preuve qu'un professionnel mis en cause pratique effectivement le refus de soins ;
- la charge de la preuve en cas de refus de soins sera inversée, en faveur du patient ;
- enfin, les patients qui s'estiment victimes de discrimination financière ou sociale pourront s'adresser directement à l'organisme local d'assurance maladie ou à l'ordre des médecins pour faire valoir leurs droits.

Assurer l'accès de tous à l'information

Les inégalités d'accès à l'information sont souvent encore plus fortes que les inégalités financières ou sociales. Elles sont un obstacle à la bonne orientation dans le parcours de soins et au choix éclairé de son praticien.

Parallèlement au projet de loi, le gouvernement poursuivra ses efforts en termes d'information tarifaire des patients. Par ailleurs, les évaluations qualitatives, notamment des hôpitaux, seront renforcées et publiées, conformément à la volonté du Président de la République.

PROJET DE LOI
« HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES »

TITRE III : PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Alcool : limiter les consommations à risque

L'interdiction de la vente d'alcool aux mineurs : répondre aux nouveaux modes d'alcoolisation des jeunes

La fréquence des alcoolisations massives des jeunes s'accroît. Ainsi, les hospitalisations pour ivresse dans les services de pédiatrie (moins de 15 ans) ont augmenté de près de 50% en quatre ans.

Tous les alcools sont impliqués dans le « binge-drinking » avec une préférence des jeunes pour la consommation d'alcools forts et de bières.

La législation actuelle n'est plus adaptée à ces nouveaux modes de consommation et doit évoluer. Actuellement, un jeune de seize ans peut acheter n'importe quel alcool dans une épicerie ou une grande surface et ne peut consommer que certaines catégories d'alcool dans les bars, brasseries.... En augmentant l'âge légal pour acheter de l'alcool, quels que soient les lieux et modes de vente, cette mesure du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » renforce la protection de notre jeunesse. Elle constitue une clarification nécessaire de la réglementation. Elle aura un effet d'entraînement sur l'accès à l'alcool de tous les jeunes, en particulier ceux qui pouvaient faire appel à un camarade plus âgé, mais mineur, pour s'en procurer.

Encadrement de la vente de boissons alcooliques réfrigérées : une meilleure information et une responsabilisation accrue des exploitants vendant de l'alcool frais destiné à être emporté

Les « débits à emporter » (épiceries, grandes et moyennes surfaces...) peuvent vendre des boissons alcooliques fraîches qui sont consommées immédiatement souvent sur la voie publique. Les exploitants de ces « débits à emporter » ignorent trop souvent la législation sur la vente d'alcool aux mineurs et les moyens de prévenir les consommations d'alcool excessives notamment parmi leur jeune clientèle.

Une mesure du projet de loi vise à imposer à ces exploitants de débits à emporter, le même apprentissage que celui qui est déjà dispensé aux professionnels des « débits à consommer sur place » (bars, brasseries.....).

Cette formation permet de mieux responsabiliser les exploitants des « débits à emporter » et de permettre une application plus effective de l'interdiction de vente aux mineurs.

Interdiction de vente d'alcool dans les stations services

L'alcool au volant est la première cause, directe ou indirecte, de mortalité sur les routes.

Alors que le Gouvernement renforce son action contre la violence routière, des automobilistes peuvent continuer à acheter de l'alcool dans des stations-services en toutes circonstances, même s'ils vont reprendre leur conduite.

La vente d'alcool dans un lieu essentiellement fréquenté par des automobilistes ne sera donc plus autorisée.

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » interdit la vente d'alcool dans les stations services.

*Interdiction des « cigarettes-bonbons »
protéger les plus jeunes de l'initiation précoce au tabagisme*

Les « cigarettes-bonbons » ont été conçues pour inciter, de manière sournoise, à la consommation précoce de tabac. Des paquets aux couleurs attractives, un goût sucré et des arômes parfumés favorisent l'expérimentation du tabagisme chez des pré-adolescents en dissimulant l'âpreté des premières bouffées de cigarettes. Le tabagisme reste la première cause de cancer et la première cause de mortalité évitable.

Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » interdit donc totalement la vente de ces cigarettes bonbons sur le territoire.

Des patients diabétiques : un exemple concret d'éducation thérapeutique

Exemple d'une semaine d'éducation thérapeutique

Sources : D'après un article paru dans *Equilibre* n° 265 (septembre-octobre 2008) et un article à paraître dans *Equilibre* n° 266 (novembre-décembre 2008).

Avec l'âge, les habitudes alimentaires évoluent, deviennent souvent plus répétitives et il peut devenir utile de revoir le traitement avec le patient. Les patients sont demandeurs d'information avec des motivations très différentes. Joséphine est perfectionniste, elle souhaite approfondir ses connaissances. Elle parvient mal à ajuster insuline lente et insuline rapide. Deux des hommes, Andreï et Francis, ont un diabète tout récent et ont tout à apprendre. Le troisième, Bertrand, après 20 ans de diabète, estime qu'il doit acquérir le moyen de sortir de la « débrouille » approximative qu'il pratique habituellement. La prise en charge doit être adaptée à chacun. C'est ce que permettent les programmes d'éducation thérapeutique du patient.

La première journée est consacrée aux entretiens individuels avec chaque membre de l'équipe soignante - médecin, diététicienne, psychologue... - qui va identifier les problèmes à résoudre. Durant cette journée, les participants sont également soumis à un jeûne glucidique pour tester la base, et on leur implante sous la peau du ventre une puce qui permettra de mesurer la glycémie en continu durant toute la semaine. Le médecin établit une prescription pour chacun.

Puis les ateliers s'enchaînent au fil des jours. Première information, évidente, importante, et qu'on a pourtant tendance à oublier : « on est tous différent », rappelle le médecin. Ainsi, l'efficacité d'une dose d'insuline peut varier d'un individu à l'autre.

Le travail qui suit pose les bases du contrôle. Deux contrôles sont essentiels : celui du réveil et celui d'avant dîner. Si le résultat du réveil n'est pas satisfaisant, logique, il faut explorer ce qu'il se passe au moment du coucher. De même, pour le résultat avant dîner, s'il n'est pas bon, il faut vérifier la glycémie 4 heures après le déjeuner, moment où elle est censée être correcte... Le médecin n'hésite pas à ajuster les objectifs en fonction de ce que révèle le lecteur de glycémie en continu.

Autre atelier : « quelle dose d'insuline pour manger ? » La complexité apparente s'éclaircit en commençant par se fixer l'objectif à atteindre. « Il faut qu'il soit accessible, prévient le médecin, sinon on risque le découragement ! » La méthode est simple : soigner la glycémie si elle est trop élevée trois ou quatre heures après le repas. C'est donc avec cette idée présente à l'esprit que, au moment de passer à table, on tient compte de sa glycémie de l'instant, de la quantité de glucides que l'on s'apprête à ingérer, de l'activité physique éventuellement prévue... et que l'on choisit sa dose d'insuline.

Reste à savoir évaluer ce que l'on a dans son assiette. Cela ne s'annonce pas facile ! Trois grands plats arrivent : un de carottes cuites, un rempli de coquillettes et le troisième de purée de pomme de terre. L'assemblée est dubitative mais, comme toujours autour de la nourriture, les langues se délient. Chacun est invité à se servir une cuillerée des trois plats. Les différences de quantités sont flagrantes : du simple au double. Le constat est rapidement fait que la traditionnelle cuillerée n'est pas une unité opérationnelle pour évaluer le poids de ce que l'on mange : ça ne marche pas ! Consternation : comment faire ? Puis les participants doivent se servir à leur convenance et aller voir dans l'assiette de l'autre pour donner une évaluation du poids du contenu. Tout le monde participe, l'infirmière et l'aide-soignant et le médecin présents. C'est une question d'habitude à acquérir. Avec l'expérience, on apprend à mémoriser les volumes, à connaître le calibre d'une pomme d'un simple coup d'œil... Et comme on aura pris soin d'apprendre la quantité de glucides contenue dans 100 g d'aliment...

Le patient repart avec sa propre méthode. S'il a besoin d'un guide malgré tout, l'équipe voit avec lui, pour chacune de ses portions alimentaires, combien d'unités d'insuline il faut, et établit une prescription par portions. Pour celui qui est noyé dans les chiffres, qui n'y arrive pas, l'équipe donne des apports fixes en glucides par repas et calcule les besoins en insuline pour ce repas, plus la dose pour la glycémie si c'est nécessaire.

Joséphine repart rassurée : « Je pensais des choses totalement fausses, par exemple sur le coma diabétique. Je repars contente et rassurée. Sans cela, j'aurais continué à mal gérer mon diabète. Ce serait bien que le discours soit identique partout et qu'on n'applique plus les anciennes méthodes. »

Avant son arrivée, Olga se sentait déprimée : « J'avais eu une formation de deux jours et demi et au total je suis sortie complètement perdue. Là, je pense repartir avec de bonnes bases et pouvoir m'en sortir. Ça va mieux, j'arrive mieux à comprendre la maladie. Je croyais qu'on ne pouvait pas manger tout ce qu'on voulait. J'ai appris à l'atelier diététique qu'on pouvait manger de tout en ajustant les bonnes doses d'insuline. Je n'avais pas eu tous les conseils. »

Le travail en groupe est unanimement apprécié. « L'échange avec des personnes qui ont des diabètes récents ou plus anciens est vraiment très important », constate Andréï. « On n'a pas le même regard, pas le même vécu », renchérit Amélie. « L'aspect le plus efficace de cette formation, c'est d'être à six. On n'a pas du tout les mêmes diabètes. On apprend beaucoup des uns et des autres pour ne pas faire d'erreurs », complète Francis.

De fait, la complicité qui s'est instaurée est palpable. Les téléphones s'échangent, pour prendre des nouvelles, se soutenir mutuellement.

Quant au personnel soignant, il est plébiscité : « L'équipe est géniale, avec des mots simples elle explique très bien les choses, sans hésiter à répéter. Ces professionnels sont vraiment à notre écoute. »

PROJET DE LOI
« HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES »

TITRE IV : ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Les Agences régionales de santé, une ambition nouvelle pour la santé

Un outil de simplification du système de santé

Les Agences régionales de santé (ARS) vont regrouper en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements :

- en renforçant le niveau régional de notre système de santé, elles ouvrent la voie à des **politiques de santé mieux adaptées aux besoins de chaque territoire** ;
- en unifiant des forces actuellement dispersées, les ARS vont permettre de mener des **politiques de santé plus efficaces** et de **simplifier notre système de santé**.

Notre système de santé est l'un des plus complets au monde ; il est aussi l'un des plus complexes, et l'un des plus centralisés. La création des ARS relève ce double défi. **Elles simplifient notre système de santé**, en créant une entité régionale unique du service public de la santé se substituant aux multiples organismes actuels (DDASS, DRASS, ARH, GRSP, CRAM, URCAM, MRS¹). **Elles ancrent les politiques de santé dans les territoires**, en se voyant confier des responsabilités nouvelles, et **des outils innovants**, pour la conduite des politiques de santé au niveau régional. Elles marquent l'aboutissement de trois décennies de renforcement de la région comme niveau pertinent pour la déclinaison des politiques nationales de santé, tout en redonnant un sens et une unité à l'organisation ce niveau régional.

Les ARS rassemblent les forces de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau régional. Elles auront pour mission **d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé**. Elles seront responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantiront une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettront une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

Un outil de territorialisation de nos politiques de santé

L'ambition des ARS sera d'améliorer la réponse aux besoins de santé des Français et d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Elles conforteront ainsi le modèle de santé qui est le nôtre depuis 1945, fondé sur le libre accès aux soins pour tous et sur un financement solidaire.

¹ Direction départementale et direction régionale de l'action sanitaire et sociale, agence régionale de l'hospitalisation, groupement régional de santé publique, caisse régionale d'assurance maladie, union régionale des caisses d'assurance maladie, mission régionale de santé

En renforçant le niveau régional de notre système de santé, elles faciliteront l'adaptation des politiques de santé, qui restent définies au niveau national, aux besoins et aux spécificités de chaque bassin de population ; la pertinence de ces politiques sera par ailleurs assurée par une meilleure association des différents acteurs locaux concernés par leur mise en œuvre.

Concrètement, les ARS seront en charge de :

- **la conduite des politiques de prévention ;**
- **l'organisation de la permanence des soins**, tant pour la médecine de ville qu'à l'hôpital ;
- **la répartition territoriale des professionnels de santé**, la définition des besoins de formation en région par spécialité ;
- **le maillage de l'offre de soins sur le territoire**, notamment pour les établissements de santé (hôpitaux publics et cliniques privées) ou les maisons de retraite ;
- **la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé** pour faciliter la prise en charge des patients, notamment pour les maladies chroniques, les personnes âgées ou les personnes handicapées ;
- **le contrôle de la qualité** et le contrôle de gestion externe des établissements de santé ;
- **la gestion du risque ;**
- **le pilotage des actions d'amélioration des pratiques professionnelles et des modes de recours aux soins**, en ville comme à l'hôpital ;
- **la collecte et l'interprétation des données de santé.**

Toutes les politiques ne peuvent être conduites correctement depuis Paris. Menées territorialement, elles pourront réussir. Les ARS auront ainsi **quatre objectifs stratégiques** :

1. **contribuer à réduire les inégalités territoriales en santé**, en menant des politiques de santé fondées sur une vision non plus sectorielle mais transversale des besoins de santé d'une région donnée et en adaptant les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population ;
2. **assurer un meilleur accès aux soins**, grâce à une action couvrant, pour la première fois, l'ensemble de l'offre de soins et visant à mieux répartir cette offre de soins en fonction des besoins de santé ;
3. **organiser les parcours de soins en fonction des patients** en facilitant la coordination entre les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux, par exemple entre l'hôpital et les maisons de retraite ;
4. **assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé**, notamment grâce à des politiques de prévention mieux ciblées, une offre de soins mieux répartie, des parcours de soins plus pertinents ; les ARS devront aussi veiller à la pertinence des pratiques professionnelles et à la qualité de la gestion des établissements de santé et médico-sociaux.

Une approche innovante de nos politiques de santé

Les ARS permettront de mieux répondre aux besoins de santé des Français, grâce à **une organisation simplifiée, un meilleur ancrage territorial** des politiques de santé, et grâce au développement d'**outils d'action innovants**.

Les ARS vont notamment **renforcer l'efficacité des politiques de prévention**, elles vont **garantir un meilleur accès aux soins** et **assurer des parcours de soins mieux adaptés aux besoins des patients**.

L'action des ARS conduira ainsi à une meilleure prise en charge des patients, des personnes handicapées et des personnes âgées.

En étant dotées de nouveaux outils, elles disposent de leviers d'action plus performants, par exemple en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire ou de suivi de la qualité des prestations des professionnels et des établissements de santé.

Pour prendre un exemple **dans le domaine de la prévention**, la France est aujourd'hui le pays au monde le mieux équipé en appareils pour détecter les cancers du sein (mammographie). Pourtant, la France n'est qu'au 6^{ème} rang pour le taux de dépistage car l'ensemble des populations n'est pas touché et ce, principalement parce que les actions de dépistage ne sont pas suffisamment coordonnées.

Demain, il sera plus facile de conjuguer les actions pour obtenir de meilleurs résultats. D'une part, l'Agence régionale de santé établira des priorités en fonction des pathologies les plus critiques dans la région concernée. D'autre part, un même objectif de prévention pourra être traité simultanément par :

- une campagne média lancée au niveau national ;
- la sensibilisation des médecins généralistes ;
- des actions à l'hôpital, notamment des propositions de dépistages ;
- l'organisation de campagnes d'information sur le terrain.

L'accès aux soins au cœur de l'action des ARS. Il s'agit de garantir un égal accès aux soins sur le territoire, quel que soit le niveau de revenu, et de veiller à l'homogénéité de la qualité de soins offerts aux patients.

Aujourd'hui, la **permanence des soins** n'est plus totalement assurée dans 17 départements et le vieillissement du personnel médical en milieu rural va accentuer ce phénomène.

Le manque de coordination des acteurs en charge de l'organisation de la permanence des soins est une des principales raisons des difficultés actuelles. En permettant une gestion plus globale de l'action des médecins de garde, des urgences hospitalières, des pharmacies et des entités mobiles d'urgence, les ARS pourront garantir une vraie permanence des soins sur l'ensemble du territoire.

Les ARS permettront également **d'améliorer les parcours de soins** des personnes âgées. Environ 15% des lits hospitaliers sont occupés aujourd'hui par des personnes âgées faute de places en structures adaptées, alors même que les dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) répondent mieux à leurs souhaits, sont moins coûteux et plus propices à leur rétablissement.

Cela est encore plus vrai pour les personnes handicapées qui, au-delà des soins curatifs dispensés par les services hospitaliers, ont aussi besoin d'accompagnement, d'apport éducatif et d'aide à la réinsertion.

Ces cas montrent bien la nécessité d'un acteur unique, capable travailler à la fois sur les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médico-sociaux. Cette approche correspond à la globalité des besoins des patients.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative

NOR : SJSX0822640L/Bleue-1

PROJET DE LOI

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

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le système de santé français, fondé sur le principe de solidarité, offre une qualité et une sécurité remarquables. Néanmoins, en raison d'une coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et d'une inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, l'accès aux soins devient une question croissante pour nos concitoyens. Ce système présente aujourd'hui des limites et des fragilités, alors que se profile le double défi du vieillissement de la population et de la spécialisation croissante des soins.

Le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires » a pour ambition d'engager l'indispensable modernisation de notre système de santé, en plaçant l'accessibilité des soins au premier rang de ses priorités, notamment par une meilleure coordination des parcours de soins. Il appelle des modifications d'organisation à la fois dans le secteur sanitaire, hospitalier et ambulatoire, et dans le secteur médico-social. Une gestion transversale par un acteur unique au plan régional est une condition nécessaire. C'est la raison d'être de la réforme organisationnelle que constituent les agences régionales de santé. Enfin, ce projet de loi propose des actions de prévention qui contribueront à l'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Certaines dispositions essentielles à la réforme seront mises en œuvre par voie réglementaire. Elles sont précisées dans l'exposé des motifs afin de mettre en lumière l'ensemble de la cohérence de ce projet.

Enfin, la mise en œuvre d'un tel projet exigera une volonté sans faille, une mise en œuvre déterminée, et une grande pédagogie. Dans ce but, une démarche d'accompagnement de la réforme sera mise en place dès la promulgation de la loi pour une durée de deux ans.

TITRE I^{ER}. - MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Le présent titre a pour objet de rénover le fonctionnement des établissements de santé.

La définition des missions de service public est clarifiée. Quels que soient leurs statuts, tous les établissements peuvent y prétendre. La possibilité de confier des missions de service public aux établissements de santé privés ne sera mise en œuvre qu'en cas de carence, dans les zones de sous-densité d'offre de soins. Ces missions seront alors identifiées dans le contrat d'objectifs et de moyens conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé. Des obligations garantissant l'égalité d'accès aux soins s'appliqueront à tous les établissements de santé, publics ou privés, assurant des missions de service public.

Le statut des établissements publics de santé est aussi profondément modernisé. La rénovation des instances et du mode de pilotage des hôpitaux vise à responsabiliser davantage le chef d'établissement en lui donnant les outils nécessaires à une gestion dynamique. Un conseil de surveillance, recentré sur les orientations stratégiques de l'établissement, remplace le conseil d'administration. Un directoire resserré se substitue au conseil exécutif. Le chef d'établissement, président du directoire, voit ses prérogatives renforcées.

La chaîne de décision est clarifiée. Le projet médical d'établissement est élaboré, sous l'autorité du président du directoire, par la commission médicale d'établissement et son président, qui est vice-président du directoire. De plus, le chef d'établissement délègue une partie de ses pouvoirs aux chefs de pôle. Les chefs de pôles exercent une responsabilité pleine et entière sur l'organisation interne de leur pôle et, disposent de plus d'une délégation de gestion.

Sur la base d'objectifs, le chef d'établissement sera évalué par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il devra en outre faire approuver le projet d'établissement et les comptes annuels par le conseil de surveillance.

Les mesures proposées visent également à simplifier les procédures, clarifier les responsabilités, tout en fixant des objectifs de qualité et de sécurité. L'ensemble des personnels sera associé dans une démarche de qualité des soins. Dans le même esprit, un contrat rénové de droit public pourra être proposé aux praticiens hospitaliers incluant une rémunération variable en fonction de l'activité. Les parcours de ces praticiens optant pour la voie contractuelle sont sécurisés par le centre national de gestion.

Enfin, de nouvelles modalités de coopérations entre les établissements s'avèrent indispensables. Dans cet objectif, la *communauté hospitalière de territoire* est créée. Elle permettra aux établissements publics de santé de s'unir dans une stratégie commune d'organisation des soins. Les coopérations avec le secteur privé seront, elles aussi, facilitées : la procédure de création des groupements de coopération sanitaire est simplifiée, et leur champ de compétences étendu.

CHAPITRE 1^{ER}. - MISSIONS DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Ce chapitre présente l'évolution du cadre juridique des missions des établissements de santé (article 1^{er}) et les conditions de mise en œuvre de la qualité et de la sécurité (article 2). L'article 3 définit le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comme l'instrument juridique qui précise les missions, les engagements et les contreparties des établissements de santé.

Article 1^{er} - Missions des établissements de santé et missions de service public

Les missions des établissements de santé sont étendues pour prendre en compte la complexité des parcours de soins et en assurer une bonne coordination. La diversité des modalités de prise en charge des patients est reconnue, et l'hospitalisation à domicile (HAD), comme les hospitalisations de jour, font désormais partie intégrante des modalités de prise en charge hospitalière. Les établissements de santé devront aussi participer à la coordination des soins, sous la responsabilité des agences régionales de santé. Ces missions sont assorties d'obligations d'accès aux soins, et notamment, pour les établissements privés, de l'application des tarifs conventionnés sans dépassements pour l'ensemble de la prise en charge des patients accueillis en urgence ou au titre d'une de ces missions.

Les missions de service public seront attribuées sur la base de l'organisation territoriale définie dans le cadre du schéma régional de l'organisation des soins, puis inscrites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), ainsi que des obligations garantissant l'égalité d'accès aux soins. En cas de carence, l'agence régionale de santé pourra, après consultation de l'ensemble des établissements du territoire, désigner un établissement pour exercer cette mission.

Lorsque les établissements de santé privés participent à l'une ou l'autre des missions de service public mentionnées dans leur CPOM, cette mention trouve sa déclinaison dans les contrats d'exercice libéral des médecins exerçant dans lesdits établissements. Les établissements privés qui participaient au service public hospitalier (PSPH) voient leur régime juridique et financier préservé ; leurs missions de service public seront également inscrites dans leur contrat.

Article 2 - Qualité et sécurité des soins dans les établissements de santé

L'objectif est de simplifier et d'assouplir l'organisation interne des établissements en confiant à la commission médicale d'établissement (CME) la responsabilité de la définition de programme d'actions et d'indicateurs de suivi, en passant d'une logique de moyens à une logique de résultat et de gestion de projet. Les établissements s'organisent librement pour répondre aux objectifs de qualité et de sécurité. Les différentes commissions relèvent de l'organisation interne de l'établissement ; elles sont rattachées à la commission médicale d'établissement

Quatre commissions restent obligatoires : la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité technique d'établissement (CTE), et la commission de relation avec les usagers et de prise en charge de la qualité (CRU PCQ).

Article 3 - Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est le vecteur privilégié de la mise en œuvre, par les établissements de santé et les titulaires d'autorisation, du schéma régional de l'organisation des soins. Il est également le support de l'attribution des missions de service public. Il est pour les agences régionales de santé un outil de définition et de suivi des engagements des établissements en matière de qualité et de sécurité des soins.

CHAPITRE II. - STATUT ET GOUVERNANCE DES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE

Ce chapitre présente les dispositions créant un nouveau statut d'établissement public de santé (article 4), ainsi que les instances de gouvernance (articles 5 et 6) et les modalités de gestion interne et de recrutement des personnels médicaux et non médicaux (articles 7, 8 et 10). L'article 9 institue un principe de certification des comptes des établissements publics de santé, et l'article 11 aligne le droit patrimonial de ces établissements sur le droit commun.

Article 4 - Statut des établissements publics de santé

Il est créé pour l'ensemble des établissements publics de santé un statut unique qui vise à simplifier leur gestion et de développer leur capacité d'adaptation. Ce nouveau statut confère une importance accrue au chef d'établissement.

Les conditions de nomination des directeurs reflètent leurs responsabilités nouvelles : les directeurs de CHU seront nommés en Conseil des ministres, les directeurs d'établissements continueront à être nommés par le centre national de gestion. Ils seront proposés à la nomination par le directeur de l'agence régionale de santé, après avis du conseil de surveillance.

Les hôpitaux locaux, bien intégrés sur leur territoire, constituent des supports essentiels pour l'accès aux soins de proximité et un facteur d'attractivité pour professionnels de santé libéraux. Dotés de ce nouveau statut, ils pourront continuer à fonctionner selon les mêmes modalités et leur régime de financement n'est pas remis en cause. Sur autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé, certains centres hospitaliers pourront également faire appel à des médecins libéraux pour faire face à des situations spécifiques.

Article 5 - Conseil de surveillance des établissements publics de santé

Un conseil de surveillance remplace le conseil d'administration. Ses compétences sont recentrées sur la définition de principes, d'orientations stratégiques et sur des fonctions de contrôle. Sa composition est diversifiée, via trois collèges égaux en nombre (élus, personnels, personnalités qualifiées), pour mieux prendre compte la société civile, aux côtés des intérêts des territoires, des usagers et du personnel. Les instances intercommunales pourront aussi être représentées.

Le conseil de surveillance exerce un contrôle sur l'ensemble de l'activité de l'établissement et délibère sur le compte financier. A cette fin, son président a accès aux informations concernant le fonctionnement de l'établissement. Il est proposé de faire élire son président parmi les membres des collèges des élus et des personnalités qualifiées.

Article 6 - Directeur et directoire des établissements publics de santé et contrôle des décisions des établissements publics de santé

Le pilotage des hôpitaux publics doit être facilité par le renforcement des pouvoirs et de l'autonomie du chef d'établissement : président du directoire, le directeur se voit confier la pleine responsabilité de l'établissement de santé. Le président de la commission médicale d'établissement devient de droit vice-président du directoire.

Ses nouvelles attributions comprennent la fixation de l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Il pourra également s'appuyer sur des chaînes de responsabilité clarifiées et des circuits décisionnels déconcentrés au niveau des pôles.

Le conseil exécutif devient un directoire, doté de compétences larges en matière de gestion et présidé par le chef d'établissement.

Cette organisation consacre le rôle essentiel du président de CME, qui devient le vice-président du directoire. Le président de la CME élabore le projet médical, sous l'autorité du président du directoire, avec l'ensemble de la commission médicale, en relation avec l'équipe de direction pour tenir compte des éléments contenus dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Ce sont les chefs de pôles qui, en tant que médecins, auront la responsabilité de son application.

Le comité technique d'établissement, la commission médicale d'établissement, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ainsi que la commission des soins infirmiers, de réadaptation et médico-techniques seront consultés sur leurs domaines de compétence respectifs, qui seront précisés par voie réglementaire.

Article 7 - Nomination et gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

L'ouverture du recrutement des directeurs d'établissement permet de faire appel à de nouvelles compétences, qu'il s'agisse de personnels issus d'autres fonctions publiques, de professionnels ayant une expérience dans le secteur privé ou de médecins ayant développé des capacités de gestion ou de management.

Par symétrie avec cette ouverture, les directeurs d'établissements peuvent également être détachés sur un contrat de droit public, sur proposition du directeur général de l'agence régionale de santé intéressée, pour une mission d'une durée limitée visant à rétablir le bon fonctionnement d'un établissement.

Article 8 - Organisation interne des établissements publics de santé

Les présentes dispositions visent à faire évoluer les règles de l'organisation hospitalière afin de donner aux établissements une plus grande réactivité.

Les chaînes de responsabilités au sein des établissements sont clarifiées, d'une part en renforçant les pouvoirs de l'organe exécutif, en particulier ceux du président du directoire mais aussi ceux du président de la commission médicale d'établissement, et d'autre part en affirmant le rôle du chef de pôle qui se voit fixer des objectifs de résultats. Le chef de pôle bénéficie ainsi d'une délégation de gestion large, précisée au sein du contrat de pôle qu'il signe avec le président du directoire. Il a autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux du pôle. Il s'appuie sur les responsables de structures internes qui

organisent le temps médical. Dans le cadre de sa délégation de gestion, le chef de pôle peut instituer des modalités d'intéressement financier des personnels.

Il appartiendra à chaque établissement de déterminer l'opportunité de mettre en place, après avis des praticiens, des structures internes à l'intérieur des pôles et se substituant aux services.

Article 9 - Certification des comptes des établissements de santé

Dans un contexte de responsabilisation accrue des acteurs hospitaliers et de modernisation de la gestion, il convient de s'assurer de la fiabilité de la comptabilité et donc des résultats présentés par les établissements.

Une certification des comptes sera progressivement instituée, selon un calendrier de mise en œuvre à échelonner dans un délai de cinq ans, selon les catégories d'établissements, à l'instar des choix retenus pour les organismes de sécurité sociale. Cette certification sera coordonnée par la Cour des comptes.

Article 10 - Ressources médicales hospitalières

Cet article crée un nouveau statut contractuel destiné à renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et à offrir de nouvelles perspectives d'exercice et de rémunération aux praticiens désireux de s'impliquer activement dans la vie de l'hôpital. Ce contrat intégrera une modulation des rémunérations sur la base d'objectifs et d'engagements individuels du praticien, notamment d'activité.

Les établissements pourront recourir à ces nouveaux contrats pour recruter les praticiens notamment dans les spécialités confrontées à des difficultés de recrutement. Ces nouveaux contrats seront également ouverts aux praticiens hospitaliers titulaires, dans le cadre d'un détachement limité dans le temps. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens préciseront le nombre maximum et la nature des emplois susceptibles d'être pourvus dans le cadre de ces contrats de cliniciens.

Ces praticiens bénéficieront d'un suivi de leur carrière par le centre national de gestion, ce qui sécurisera leurs parcours et garantira l'application homogène des dispositions réglementaires régissant ce nouveau statut contractuel.

Enfin, la procédure d'autorisation d'exercice des praticiens à diplôme hors union européenne est modifiée.

Article 11 - Simplification du régime relatif aux cessions immobilières, baux, et contrats de partenariat

Les procédures applicables aux baux emphytéotiques et aux contrats de partenariat conclus par les établissements publics de santé sont simplifiées. Ces délibérations deviennent exécutoires dès réception par le directeur de l'ARS qui peut déférer celles d'entre elles qu'il estime illégales devant le juge administratif et assortir son recours d'une demande de suspension.

CHAPITRE III. - FAVORISER LES COOPERATIONS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE

Les dispositions de ce chapitre visent à améliorer les coopérations territoriales entre établissements et professionnels de santé, selon deux modalités : les communautés hospitalières de territoire (article 12) et les groupements de coopération sanitaire (article 13).

Article 12 - Communautés hospitalières de territoire

Le présent article vise à créer des communautés hospitalières de territoire (CHT), dont la taille et les moyens permettent de mieux répondre aux besoins des populations d'un territoire en favorisant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion.

Il existe deux modalités d'organisation des CHT afin de s'adapter aux différents contextes territoriaux :

- la communauté hospitalière de territoire « fédérative » : l'un des établissements préexistants se voit déléguer des compétences par les autres établissements et assure ainsi le rôle d'établissement siège. La CHT définit une stratégie commune et mutualise des compétences (ressources humaines, programme d'investissements lourds, systèmes d'information...);

- la communauté hospitalière de territoire « intégrée » : les établissements préexistants confient à la CHT l'ensemble de leurs compétences et deviennent les différents sites de la communauté hospitalière de territoire intégrée ; ils conservent néanmoins des instances consultatives, à la différence de la fusion.

La communauté hospitalière de territoire « fédérative » s'appuie sur un établissement siège qui définit un projet stratégique et médical commun, en lien avec les CME des établissements qui y adhèrent, et détermine la politique d'investissement. Les établissements adhérents restent autonomes juridiquement et financièrement tout en s'inscrivant dans le projet stratégique commun. Dans le cadre de ce projet stratégique, les établissements adhérents peuvent prévoir de modifier la répartition de leurs activités.

Article 13 - Simplification du droit des groupements de coopération sanitaire.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) constitue le mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés et permet également les coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les centres de santé, d'autres organismes ou le secteur médico-social. Il permet de mutualiser des moyens ou d'exercer en commun une activité autorisée sur un ou plusieurs territoires de santé, et à l'échelle d'une ou plusieurs régions.

La rédaction proposée permet de distinguer deux types de GCS : le GCS de mise en commun de moyens, qui permet d'organiser, de réaliser ou de gérer des moyens au nom et pour le compte de ses membres ; le GCS autorisé à exercer en son nom une ou plusieurs activités de soins, qualifié dans ce cas d'établissement de santé.

Les conditions dans lesquelles l'agence régionale de santé veille à l'évolution du système hospitalier et à l'organisation des coopérations sur son territoire sont précisées.

TITRE II. - ACCES DE TOUS A DES SOINS DE QUALITE

Le présent titre a pour objet d'améliorer l'accès de tous nos concitoyens à une offre de soins de qualité et organisée sur l'ensemble du territoire, tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux.

Ce titre propose de définir un mode d'organisation de l'offre de soins ambulatoire en fonction de niveaux de recours et des besoins de santé de la population (article 14). Il définit également pour la première fois la médecine générale de premier recours.

Plusieurs dispositions concourent à l'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire national. Dès la formation universitaire, une réorientation des étudiants en médecine et des internes sera opérée vers les régions qui en sont le moins pourvues (article 15).

Au niveau régional, la répartition des professionnels de santé sera programmée au sein du volet ambulatoire, non opposable, du schéma régional de l'organisation des soins (SROS) institué dans le titre IV de la présente loi.

La permanence des soins pourra être organisée et financée avec plus de souplesse au niveau régional en fonction des spécificités locales (article 16). Les coopérations entre professionnels seront facilitées au niveau local et sur la base du volontariat (article 17).

Enfin l'accès aux soins des plus défavorisés de nos concitoyens sera assuré par le renforcement de la lutte contre les refus de soins (article 18).

Ce titre prévoit également la simplification du dispositif de formation médicale continue, essentielle à la qualité des soins (article 19), la réforme de la biologie médicale (article 20), et l'application des directives européennes sur la reconnaissance des qualifications et des formations en santé (article 21).

Article 14 - Principes d'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours et définition de la médecine générale de premier recours.

Le présent article a pour objet de définir un principe d'organisation du système de santé au niveau régional fondé sur les différents besoins de nos concitoyens.

Les besoins de proximité correspondent au premier recours et nécessitent une présence resserrée sur le territoire. La prise en charge des besoins plus spécialisés qui font appel à des ressources plus rares doit s'organiser sur un maillage et selon des modalités différentes. Elle correspond au second recours.

Ces définitions ont vocation à structurer l'organisation des SROS et à considérer, localement, l'accès à des soins de premier recours comme un sujet à part entière faisant l'objet d'une réflexion spécifique.

L'offre de soins de premier recours comporte l'ensemble des professionnels susceptibles de répondre aux besoins de proximité de nos concitoyens. Elle n'est pas restreinte aux seuls médecins généralistes et doit inclure des spécialistes et les paramédicaux.

Par son rôle spécifique dans la prise en charge et l'orientation des patients dans le système de soins, le médecin généraliste de premier recours devient l'acteur pivot de l'organisation de l'offre de soins ambulatoire.

Article 15 - Régulation territoriale de la démographie médicale par le *numerus clausus* de première année, la répartition des postes d'internes par spécialité.

Les dispositions du présent article visent à lutter contre le développement d'une inégalité d'accès aux soins, résultant d'une mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire et d'une absence de répartition du flux des étudiants dans les régions, selon les spécialités et en fonction des besoins. Il est en conséquence nécessaire de développer une vision pluriannuelle et organisée aux niveaux national et régional des dispositifs de détermination du *numerus clausus*, d'ouverture des postes aux examens d'internat et d'offre de post internat afin de rééquilibrer la démographie médicale *in situ*. Ces mesures seront accompagnées d'un renforcement du rôle de proposition de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS), par voie réglementaire.

Le *numerus clausus* sera déterminé par arrêté en s'appuyant à cette fin sur les comités régionaux de l'ONDPS. Pour ce qui concerne les postes aux épreuves classantes nationales (ECN), les effectifs pluriannuels d'internes à former par spécialité seront déterminés dans le cadre d'une prévision sur cinq ans et des quotas annuels par spécialité seront fixés sur cette base. Il conviendra également de veiller à offrir une possibilité de post-internat adapté à l'augmentation du nombre d'internes prévisible.

Article 16 - Organisation et gestion de la permanence des soins ambulatoire

Conformément aux conclusions des états généraux de l'organisation de la santé, et à la suite des travaux conduits par la mission d'appui pour la mise en œuvre de l'avenant 27 à la convention médicale et par les missions parlementaires sur l'accès aux soins et la permanence des soins, le présent article réaffirme la mission de service public de la permanence des soins ambulatoire et en confie l'organisation à l'agence régionale de santé, par le titre IV de la présente loi.

Cette mission est assurée par les médecins libéraux en collaboration avec les établissements de santé. Elle s'organise autour d'une régulation téléphonique accessible par un numéro national d'appel ou, en complément, à partir de plateformes interconnectées. L'assurance des médecins régulateurs dans les centres 15 est prise en charge par l'établissement.

Article 17 - Principe général de coopération entre professionnels de santé

La collaboration entre professionnels de santé est nécessaire pour mieux répondre aux besoins de santé de la population. Sa mise en œuvre doit être facilitée pour mieux s'adapter aux pratiques des professionnels tout en garantissant un haut niveau de sécurité et de qualité.

Le présent article vise à étendre le principe des coopérations entre professionnels de santé en les sortant du cadre expérimental qui a prévalu jusqu'alors. Il s'agit de favoriser de nouvelles organisations des soins et de prise en charge ou des modes d'exercice partagé qui

répondent à des besoins de santé. L'exigence de sécurité des soins aux patients fera l'objet de quatre garanties :

- les coopérations ne devront concerner que les professionnels de santé (médicaux/paramédicaux) ;

- le professionnel ne pourra intervenir que dans les limites de ses connaissances et son expérience ;

- les coopérations seront encadrées par des protocoles validés par la Haute Autorité de santé (HAS) (définissant et précisant l'identité des professionnels concernés, les formes de coopération, les disciplines, les pathologies, actes...) et feront l'objet d'un arrêté pris par le directeur de l'Agence régionale de santé. Il s'agit d'encourager et de développer une dynamique venant du terrain, dans le cadre de besoins de santé exprimés au niveau régional ;

- la traçabilité de ces coopérations sera assurée par un enregistrement, valant autorisation de mise en œuvre, entouré de garanties et effectué au niveau de l'agence régionale de santé, dans des conditions qui seront précisées par arrêté ministériel.

Article 18 - Limitation des refus de soins par les médecins et dentistes

Des travaux récents² ont mis en évidence l'existence de refus de soins, dont sont victimes, principalement, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) consultant des professionnels de santé de secteur II.

Plusieurs dispositions notamment déontologiques encadrent et répriment d'ores et déjà le refus de soins mais il est nécessaire d'interdire très clairement cette discrimination financière ou sociale à l'égard des bénéficiaires de la CMU et de l'aide médicale d'Etat (AME). C'est l'objet de la première partie de l'article.

Afin de faciliter la preuve du refus de soins, il est proposé d'instaurer une présomption de preuve en faveur des assurés. Cette mesure permettra, notamment, aux caisses d'assurance maladie de recourir à la procédure du test aléatoire, de façon encadrée et certifiée par la Haute autorité de lutte contre les discriminations (HALDE), afin d'en faire un moyen supplémentaire de preuve.

Les directeurs de caisse pourront ainsi sanctionner directement les professionnels par des pénalités financières après avis de la commission des pénalités.

D'autres actions seront engagées pour lutter contre la pratique des refus de soins et notamment le recensement par les caisses des 5 % de professionnels recevant la plus faible part de bénéficiaires de la CMU-c parmi leurs patients ainsi que l'attribution aux comités régionaux de l'observatoire nationale de la démographie des professions de santé placé auprès de chaque agence régionale de santé (ARS), d'une mission de suivi de l'accès aux soins.

Article 19 - Formation continue des professions médicales, pharmaciens, auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie

² V. notamment, J-F Chadelat, « Rapport pour Monsieur le ministre de la santé et des solidarités. Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU », novembre 2006.

Les dispositifs actuels de formation continue des professions médicales et pharmaceutiques et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont le résultat de plusieurs textes législatifs successifs. Le dispositif d'ensemble a besoin d'être modifié.

Le dispositif de formation professionnelle continue (FPC) s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de formation médicale continue (FMC) et d'EPP et nécessite aussi une mise en cohérence avec ces dispositifs.

Le présent article vise d'une part, dans le souci de mieux garantir la qualité des prises en charge, à recentrer l'obligation de FMC sur l'évaluation des pratiques et d'autre part, à simplifier et rationaliser les circuits de gestion administrative et le financement de la FMC, afin de garantir notamment la bonne mise en œuvre de son volet évaluatif.

En conséquence, les dispositions proposées visent à conforter l'obligation de formation continue, dorénavant recentrée sur la formation à visée évaluative. Il est précisé que celle-ci vise à engager les praticiens dans une démarche continue d'analyse de leurs pratiques au regard des référentiels validés de bonnes pratiques. Un conseil national unique par profession sera chargé de conseiller le ministre, notamment, sur les modalités d'organisation du dispositif, sur les priorités de formation continue, sur les critères d'enregistrement des organismes de formation. Ces conseils associeront outre des représentants des professionnels concernés, notamment la Haute Autorité de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La validation de l'obligation sera confiée aux autorités ordinales.

Par ailleurs, les financements de l'Etat et de l'assurance maladie seront regroupés dans un fonds unique afin de garantir une allocation des ressources publiques conforme aux priorités établies par les conseils nationaux.

En ce qui concerne les auxiliaires de santé et préparateurs en pharmacie, les dispositions visent à reprendre, en les rendant conformes aux dispositifs propres à chaque secteur d'activité, les modalités de la formation continue de ces professions.

Article 20 - Réforme des laboratoires d'analyse de biologie médicale

Cet article autorise le Gouvernement à prendre par ordonnance les mesures nécessaires à une réforme d'ensemble de la biologie médicale française. L'ordonnance définira l'organisation de cette discipline, sa place au sein du parcours de soins, l'ensemble des règles qui la régissent, les garanties qui doivent être apportées aux patients et les conditions nécessaires à l'efficacité du financement. La qualité de l'offre de soins doit être garantie de la même façon en ville et à l'hôpital et les règles de fonctionnement doivent permettre de renforcer la coopération entre les deux secteurs. L'ordonnance répondra aux exigences européennes en veillant à apporter les garanties nécessaires à l'objectif prioritaire de protection de la santé publique.

Article 21 - Rapprochement des législations européennes des États membres relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et aux dispositifs médicaux implantables

Cet article a pour but d'autoriser le Gouvernement à prendre, par ordonnance, les dispositions nécessaires à l'intégration des directives européennes sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, des qualifications des cycles d'études médicales et celles relatives aux dispositifs médicaux implantables.

TITRE III. - PREVENTION ET SANTE PUBLIQUE

Les actions de prévention ont trop souvent été considérées comme secondaires par rapport aux soins. C'est donc une des missions des agences régionales de santé de rééquilibrer prévention et soins. C'est aussi pourquoi le présent titre érige-t-il, pour la première fois, l'éducation thérapeutique en une politique et une priorité nationales (article 22).

Parmi les grandes actions de prévention, et afin de préserver le capital santé des jeunes, ce projet de loi accentue les limitations d'accès à l'alcool (articles 23 et 24) et au tabac (article 25).

Article 22 - Education thérapeutique du patient

L'éducation thérapeutique concerne en priorité le patient mais également sa famille et son entourage. Elle offre des bénéfices en termes de qualité de vie, de réduction du nombre de complications, de diminution du nombre d'hospitalisations, de meilleure observance des prises médicamenteuses et des recommandations hygiéno-diététiques.

Pour atteindre l'objectif prioritaire d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques, elle constitue une nécessité, en complément des soins, pour la pleine efficacité du système de santé de demain.

A côté des programmes d'éducation thérapeutique, des actions d'accompagnement des patients, qui s'en distinguent mais peuvent aussi orienter vers l'éducation thérapeutique, se sont également développées, dans une triple dimension d'accompagnement thérapeutique, d'accompagnement psycho-social et de soutien.

C'est pourquoi il est devenu indispensable d'offrir à ces pratiques le cadre institutionnel leur permettant de se développer dans le respect des contraintes méthodologiques ou réglementaires nécessaires.

Le présent article crée ce cadre permettant de favoriser des initiatives, de pérenniser les actions déjà entreprises et d'inscrire dans la durée les actions dans ce domaine, et définit la compétence en éducation thérapeutique du patient.

Article 23 - Interdiction de vente d'alcool aux mineurs

La législation régissant la vente d'alcool aux mineurs est obsolète et ne correspond plus aux tendances actuelles de la consommation d'alcool. Les modes de consommation des jeunes se sont modifiés avec une augmentation des alcoolisations massives, le plus souvent avec des bières ou des alcools de troisième, quatrième ou cinquième catégories.

L'article propose donc de la simplifier pour la rendre plus protectrice, en interdisant toute vente de boissons alcoolisées aux mineurs.

Par ailleurs, les dispositions pénales applicables sont modifiées pour tenir compte de ces simplifications et adaptations.

Article 24 - Interdiction de la vente d'alcool au forfait, dans les stations-service, réglementation de la vente d'alcool réfrigéré et de la vente à domicile, contrôle

Dans le même objectif que l'article 23, cet article vise à renforcer l'encadrement et les contrôles de modalités d'offres d'alcool qui se sont récemment développées :

- la vente dite au forfait communément appelée « open bar » (entrée payante et boissons gratuites à volonté). Il s'agit d'interdire cette pratique qui s'adresse, en particulier, aux jeunes et qui a des conséquences sur les conduites d'alcoolisation massives ;

- la vente dans les points de vente de carburant : cette interdiction permet de lutter contre la surmortalité liée à l'alcool sur les routes. Il s'agit de limiter l'accès aux boissons alcooliques en interdisant totalement la vente dans ces commerces, aujourd'hui permise de 6h à 22h. Toutefois, pour des nécessités d'aménagement du territoire, des dérogations restreintes pourront être accordées par le préfet pour autoriser la vente en journée sur une plage horaire cependant plus restreinte qu'actuellement, de 8h à 18h. En revanche, la vente d'alcool réfrigérée, destinée à la consommation immédiate et dangereuse pour la conduite, y sera interdite ;

- la vente d'alcool réfrigéré à emporter : il s'agit d'encadrer cette offre, qui concerne le plus souvent des boissons brassicoles, destinée à une consommation immédiate. A cette fin, il est proposé de rapprocher ce type de pratique à de la vente à consommer sur place et d'imposer la détention du permis d'exploitation. Un délai d'un an est accordé aux commerçants pour se conformer à cette obligation ;

- la vente d'alcool à domicile : cette forme de vente, souvent pratiquée par de petites entreprises indépendantes, est actuellement en forte expansion. Elle échappe à toute réglementation. Un encadrement de ces pratiques de livraison de boissons alcooliques à domicile est proposé, en les assimilant à de la vente à emporter.

En cas d'infraction à ces interdictions ou obligations, le projet de loi prévoit les sanctions pénales adaptées.

Il s'agit de plus de renforcer les contrôles de certaines dispositions relatives à l'alcool et au tabac. Ainsi, afin de s'assurer de la bonne information des femmes enceintes pour prévenir le syndrome d'alcoolisation fœtale, cette disposition propose l'extension des compétences de la direction générale de la consommation de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) sur cette question. S'agissant de l'interdiction de fumer, ce sont certains corps de contrôle exerçant dans le secteur de l'hygiène alimentaire, qui voient leurs compétences étendues.

Enfin, l'article prévoit de déclasser l'article L. 3512-1-1 relatif à la répression de la vente de tabac aux mineurs au niveau réglementaire, niveau de texte requis pour les contraventions.

Article 25 - Interdiction des « cigarettes bonbons »

L'objectif de l'article est d'interdire la vente et la distribution de cigarettes dont le goût a été modifié afin d'attirer particulièrement un public jeune. Ces cigarettes contiennent autant, sinon davantage de nicotine et de goudron que les cigarettes classiques. Les arômes sucrés (vanille ou chocolat) permettent d'effacer l'âpreté des premières cigarettes et favorisent donc la dépendance à la nicotine.

Une enquête récente, réalisée à Paris, a mis en lumière le fait que 30 % des fumeurs âgés de treize ans consomment régulièrement ce type de cigarette.

TITRE IV. - ORGANISATION TERRITORIALE DU SYSTEME DE SANTE

Le titre IV décrit le statut et le fonctionnement des agences régionales de santé (article 26). Une nouvelle représentation des professionnels de santé libéraux est instituée (article 27). L'article 28 précise les dispositions relatives aux établissements et services médico-sociaux. Enfin, les dispositions transitoires et de coordination nécessaires à la mise en œuvre de la présente loi sont traitées dans les articles 29 à 33.

CHAPITRE I^{ER}. - CREATION DES AGENCES REGIONALES DE SANTE

Article 26

Cet article crée les « agences régionales de santé » (ARS) pour renforcer résolument le pilotage territorial de notre système de santé et le rendre plus efficace ; il définit les outils d'action des agences et précise les conditions de leur coordination nationale. Les ARS seront la « clé de voûte » qui permettra la mise en œuvre des dispositions figurant dans les trois premiers titres de la loi.

Le présent titre repose sur trois orientations fondamentales :

- renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé : l'agence régionale de santé permettra, dans le cadre des orientations fixées au niveau national, de mieux adapter les politiques de santé aux besoins et aux spécificités de chaque territoire ;

- simplifier notre système de santé et réunir, au niveau régional, les forces de l'Etat et de l'assurance maladie : les ARS regroupent en une seule entité sept organismes actuellement chargés des politiques de santé dans les régions et les départements, auxquels elles vont se substituer :

- agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
- services déconcentrés actuels de l'État (les pôles «santé» et «médico-social» des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales, DRASS et DDASS) ;
- unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ;
- groupements régionaux de santé publique (GRSP) ;
- missions régionales de santé (MRS) ;
- partie « sanitaire » des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) par ailleurs recentrées sur leurs missions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles et à la vieillesse ;

- mettre en place de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité de notre système de santé : les ARS vont renforcer la capacité d'action collective de notre système de santé:

- en couvrant l'ensemble du champ de la santé, les ARS surmontent les cloisonnements sectoriels et garantissent une conduite plus cohérente et plus efficace des politiques de santé sur un territoire ;
- elles disposeront de leviers d'action plus performants, par exemple en matière de répartition de l'offre de soins sur le territoire ou d'approfondissement de la démarche contractuelle avec les différents offreurs de soins ;
- elles seront compétentes en matière de gestion du risque au niveau régional.

Le chapitre I^{er} du nouveau titre III est consacré aux missions et aux compétences des agences.

Les ARS auront pour mission (article L. 1431-1 du code de la santé publique) de définir et mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le respect des objectifs nationaux, afin de répondre aux besoins de santé de la population et de veiller à la gestion efficiente du système de santé. Pour remplir ces missions, le périmètre d'action des ARS couvrira l'ensemble du champ de la santé.

Le chapitre II est consacré à l'organisation et au fonctionnement des agences régionales de santé.

L'agence doit disposer d'un cadre d'action stable et robuste : elle aura un statut d'établissement public (article L. 1432-1), dirigé par un directeur général nommé en Conseil des ministres et doté d'un conseil de surveillance.

Pour renforcer les principes démocratiques sur lesquels est fondé notre système de santé, et associer plus étroitement les acteurs concernés par les politiques de santé à leur conception et à leur mise en œuvre, l'agence s'appuiera sur une conférence régionale de santé, qui participera à la définition de la politique régionale de santé. La CRS sera composée d'une commission plénière et de commissions spécialisées.

Pour garantir la proximité territoriale nécessaire à la conduite des politiques de santé et pour assurer les liens indispensables avec les acteurs locaux, dont les conseils généraux, l'agence aura une délégation territoriale dans chaque département.

Pour remplir ses missions et être pleinement efficace, l'agence régionale de santé doit disposer d'un exécutif fort. Le directeur général de l'agence aura ainsi des compétences larges (article L. 1432-2). Il prendra toutes les décisions relevant des missions de l'agence, et arrêtera en particulier le projet régional de santé. Il aura autorité sur les services de l'agence et décidera de son organisation et de son fonctionnement. Pour assurer son autorité, le directeur général sera nommé en Conseil des ministres et aura un mandat, assorti d'une lettre de mission précisant ses objectifs.

La gouvernance des ARS assurera un juste équilibre entre l'autorité forte de l'exécutif et une bonne représentation des différentes parties prenantes, indispensable à une large concertation. L'instance délibérante de l'ARS sera le conseil de surveillance (article L. 1432-3). Il sera chargé d'émettre un avis annuel sur les résultats de l'action de l'agence et d'en approuver le compte financier. Il sera composé de représentants de l'Etat, de représentants des organismes d'assurance maladie, d'élus des collectivités locales, de personnalités qualifiées et de représentants des usagers. Il sera présidé par le représentant de l'Etat dans la région.

La conférence régionale de santé (article L. 1432-4) est une instance de démocratie sanitaire, lieu privilégié de la concertation. Son champ de compétence est élargi pour couvrir l'ensemble des enjeux de santé. A l'image du conseil économique et social régional, les différents collèges de la commission plénière rassembleront l'ensemble des acteurs concernés par les politiques de santé dans la région. La commission plénière de la conférence peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS au moment de l'élaboration du projet régional de santé afin de mieux prendre en compte les besoins de santé. Elle a un rôle d'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des malades et des usagers du système de santé. Elle organise le débat public sur les questions de santé. Elle est saisie pour avis par l'ARS et peut également s'autosaisir.

Des commissions spécialisées de la CRS sont instituées, qui traiteront notamment du secteur médico-social, de la prévention et de la sécurité sanitaire, des soins de ville, et des soins hospitaliers. Ce sont des instances consultatives, qui donnent un avis et font des propositions sur les schémas qui composent le projet régional de santé et les autorisations qui en découlent. Faisant œuvre de simplification, elles se substituent aux commissions existantes (CROSS, CROSMS section médico-sociale...).

Les ressources des ARS sont composées d'une subvention de l'Etat, de contributions des régimes d'assurance maladie et de la CNSA (pour des actions concernant le secteur médico-social), qui seront définies après consultation de ces caisses, et de ressources propres. Les ARS peuvent en outre bénéficier d'apports volontaires de la part de collectivités territoriales ou d'autres établissements publics.

L'agence emploiera des fonctionnaires d'Etat, en particulier ceux des pôles sanitaires des DRASS et DDASS. Réunion des forces de l'Etat et de l'assurance maladie, l'agence emploiera aussi des agents de l'assurance maladie. Enfin, le directeur de l'agence pourra recruter des contractuels de droit public. Tous les agents des ARS seront employés dans les conditions de droit commun de leur statut actuel.

L'ARS conduit à un mariage des cultures : il s'agit d'enrichir les cultures existantes, non de les dissoudre. Elle disposera donc d'instances représentatives du personnel (article L. 1432-12), compétentes pour l'ensemble du personnel et offrant des garanties de même nature que les instances actuelles propres à chaque catégorie d'agents.

Le chapitre III est consacré à la coordination des agences régionales de santé.

La mise en place d'un pilotage unifié au niveau régional rend indispensable une étroite coordination des acteurs nationaux concourant à leur pilotage. Il est ainsi créé (article L. 1433-1) un comité de coordination des ARS, qui réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la CNSA, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'UNCAM. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Ce comité est chargé de coordonner l'action des ARS, et notamment de garantir la cohérence des instructions qui leurs sont données.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé entre chaque agence et les ministres chargés de la tutelle (article L. 1433-2).

Le chapitre IV est consacré à la définition de la politique régionale de santé.

Le projet régional de santé poursuit deux objectifs essentiels :

- simplifier et clarifier la situation actuelle, qui voit coexister de nombreux plans, schémas et programmes sectoriels qui ne sont pas assez articulés entre eux et ne permettent donc pas une action efficace d'organisation et de régulation du système de santé ;

- assurer la transversalité de la politique conduite par l'ARS, en donnant une lisibilité à son action, et donner un cadre pour fédérer les initiatives des acteurs.

Il est constitué de trois éléments :

- un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et les objectifs ;

- des schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale ;

- le cas échéant, de programmes déclinant les modalités d'application, notamment financières, de ces schémas.

Le projet est arrêté par le directeur de l'ARS, après concertation préalable avec les différents acteurs concernés par sa mise en œuvre et après avis du représentant de l'Etat dans la région.

Les différents schémas régionaux permettent d'élaborer la politique de santé au niveau régional. Ainsi, le schéma régional de prévention (article L. 1434-5) inclut, notamment, des dispositions relatives à la prévention, à la promotion de la santé et à la sécurité sanitaire, et organise l'observation des risques émergents et la gestion des événements qu'ils peuvent provoquer. Le schéma régional d'organisation des soins (articles L. 1434-6 à 9) englobe désormais l'ensemble de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire et détermine les zones géographiques de l'accès aux soins de premier et de second recours. Le schéma ambulatoire n'est pas opposable. Le schéma régional de l'organisation médico-sociale (article L. 1434-10) permet de définir la politique conduite par l'agence pour répondre aux besoins de prise en charge et d'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie. Il porte également sur l'articulation des réponses sanitaires et médico-sociales, pour assurer le caractère transversal de l'action de l'ARS.

Les modalités de participation des organismes d'assurance maladie à la mise en œuvre du projet régional de santé font l'objet d'un contrat avec l'agence, fondé notamment sur un programme pluriannuel de gestion du risque assurantiel en santé.

La territorialisation des politiques de santé et la réduction des inégalités territoriales en santé sont au cœur de l'ambition des ARS. Les articles L. 1434-14 et 15 donnent ainsi la possibilité au directeur général de l'agence régionale de santé de créer des territoires de santé. Dans chacun de ces territoires, il peut mettre en place une conférence de territoire. Rassemblant des représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, cette conférence organise la concertation et l'action conjuguée de ces acteurs pour établir un diagnostic partagé sur les enjeux sanitaires du territoire et faire des propositions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet régional de santé.

Enfin, la mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé (article L.1434-15) conclus notamment avec les collectivités territoriales. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soin et l'accompagnement médico-social.

Le cinquième chapitre du nouveau titre III est consacré aux moyens et outils de mise en œuvre de la politique régionale de santé.

La veille, la sécurité sanitaire et les polices sanitaires.

Les articles L. 1435-1 et 2 traitent de la veille, de la sécurité et de la police sanitaire. La logique de métier et la cohérence de la politique de santé publique rendent indispensable la compétence de l'ARS sur ces sujets. En complément, une « logique opérationnelle de proximité » impose d'assurer une articulation efficace entre l'ARS et les représentants de l'Etat dans le département, compétents en matière d'ordre public et de gestion de crise.

La contractualisation avec les offreurs de services en santé

Pour associer les offreurs de soins à ses objectifs et missions, l'agence recourra de façon privilégiée à la démarche de contractualisation. Deux types de contrats sont prévus :

- des contrats d'objectifs et de moyens (article L.1435-3) que l'agence pourra établir avec les établissements de santé, les réseaux de santé, les centres de santé et les maisons de santé, ainsi qu'avec les services et établissements médico-sociaux ;

- des contrats d'amélioration des pratiques en santé (article L.1435-4) pour les professionnels de santé exerçant en ambulatoire ou en hospitalier ou en secteur médico-social, mais aussi les établissements eux-mêmes. Ces contrats pourront porter sur la participation à des actions de dépistage et de prévention, à la continuité et la coordination des soins, les conditions d'installation, la permanence des soins, l'amélioration des pratiques.

L'agence organise la mission de permanence des soins (article L.1435-5), selon des modalités définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent.

Pour mener à bien ses missions, l'agence a accès aux données issues des systèmes d'information des organismes d'assurance maladie (article L. 1435-6).

Les inspections et le contrôle

L'article L. 1435-7 donne la possibilité au directeur général de l'agence régionale de la santé de conférer la qualité d'inspecteur et de contrôleur à des agents placés sous son autorité qui satisfont à des conditions d'aptitude technique et juridique, précisées par décret, en plus de ceux à qui des missions d'inspection et de contrôle sont déjà confiées par le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles (médecins et pharmaciens inspecteurs de santé publique, ingénieurs...).

CHAPITRE II. - REPRESENTATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERALES

Article 27

Dans chaque région, une union régionale des professionnels de santé (URPS) rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Cet article modifie le mode de désignation des organisations représentatives des différentes professions conventionnées en s'inspirant, dans un souci de cohérence, du schéma récemment retenu pour les salariés. Des élections seront ainsi organisées au sein de chaque région, qui détermineront les représentants de chaque profession au niveau régional. Ce scrutin permettra de désigner les organisations représentatives au niveau national. Les élections devront être organisées en cohérence avec l'échéance des conventions.

Les URPS, qui remplacent les URML, participent à l'organisation et à l'évolution de l'offre de santé au niveau régional, notamment à la préparation du projet régional de santé et à sa mise en œuvre. Elles peuvent conclure des contrats avec l'ARS et assurer des missions particulières impliquant les professionnels de santé libéraux dans les domaines de compétence de l'agence.

Au niveau national, les critères de reconnaissance de la représentativité des syndicats sont élargis pour inclure l'audience, fondée sur les résultats aux élections aux URPS.

CHAPITRE III. - DISPOSITIONS RELATIVES AUX ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

Article 28

Dans le cadre de la gouvernance nouvelle instaurée par les agences régionales de santé, cet article redéfinit les principes de planification et d'autorisation des établissements et services médico-sociaux.

En matière de planification, l'article L. 312-5 met en place une démarche coordonnée entre les agences régionales de santé et les conseils généraux, dans le respect des compétences de chacun et dans le cadre de la commission de coordination instituée par l'article 26. Au sein de cette commission, les conseils généraux et l'agence pourront établir un constat partagé de l'évaluation des besoins à satisfaire et se coordonner sur les réponses médico-sociales à y apporter.

En matière d'autorisation, l'article L. 313-1-1 met en place une procédure d'appel à projets sur laquelle doit s'appuyer la procédure d'autorisation, afin d'apporter la meilleure réponse aux besoins identifiés tout en permettant l'émergence de solutions innovantes. L'article L. 313-3 précise les attributions respectives de l'agence, de l'Etat et des conseils généraux, en matière d'autorisation des établissements et services.

CHAPITRE IV. - DISPOSITIONS DE COORDINATION ET DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Article 29

Cet article définit les mesures de coordination rendues nécessaires par la création des agences régionales de santé, notamment pour acter la substitution des ARS aux actuels GRSP, ARH, MRS et URCAM.

De plus, pour tirer les conséquences du transfert aux ARS des missions relatives à l'organisation des soins actuellement exercées par les CRAM, l'article L. 215-1 du code de la sécurité sociale est modifié pour adapter les missions de ces organismes, dont l'intitulé devient « caisses régionales d'assurance retraite et de protection de la santé au travail ».

Article 30

Cet article prévoit les mesures de transferts à l'ARS des biens, droits et obligations des organismes dont elle est issue. Il organise également le transfert ou l'affectation au 1^{er} janvier 2010 des agents titulaires et contractuels de l'Etat, des ARH et de l'assurance maladie à l'ARS, pour les activités transférées. Ces transferts et affectations se font avec maintien des droits statutaires et des stipulations des contrats.

Article 31

Pour préparer la mise en place opérationnelle des ARS au 1^{er} janvier 2010, une action de préfiguration est indispensable dès 2009. Cet article prévoit donc la nomination de préfigureurs, chargés de préparer la mise en place des agences. Ils sont en particulier responsables de la coordination de la dissolution des organismes auxquels l'agence est substituée (ARH, GRSP, URCAM).

Article 32

Cet article prévoit la date d'entrée en vigueur des dispositions du titre IV relatif à la création des ARS. L'essentiel des dispositions ont vocation à entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 33

Cet article habilite le Gouvernement à procéder par ordonnance pour trois champs très précis et encadrés :

- les mesures de mise en cohérence des textes rendues nécessaires par la présente loi
- la révision du régime des centres de lutte contre le cancer ;
- les mesures d'adaptation des dispositions de la loi à certaines collectivités d'outre-mer (Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte).

Annexes

Biographie de Gérard Larcher



Né le 14 septembre 1949

- Sénateur des Yvelines (Ile-de-France)
- Président du Sénat
- Membre de la commission des affaires économiques
- Membre du Groupe Union pour un Mouvement Populaire
- Maire de Rambouillet
- Docteur-vétérinaire

Membre du groupe d'études sur l'économie agricole alimentaire (section trufficulture), du groupe d'études « Innovation et entreprise »

Membre de la Commission spéciale sur le projet de loi de modernisation de l'économie

Election :

- Elu le 28 septembre 1986
- Réélu du 24 septembre 1995 au 30 avril 2004 ;
- Devenu Sénateur le 1er octobre 2007 (remplace Mme Adeline Gousseau, démissionnaire)

Fonctions antérieures :

- Secrétaire du Sénat
- Vice-président du Sénat
- Ministre
- Président de la commission des affaires économiques
- Membre de la Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire
- Membre de la Section française de l'Assemblée parlementaire de la francophonie (A.P.F.)
- Membre de la Commission supérieure du service public des postes et des communications électroniques
- Membre du Conseil national de l'aménagement et du développement du territoire (CNADT)
- Chargé d'une mission temporaire auprès de la Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports
- Chargé d'une mission temporaire auprès du Ministre de la culture et de la francophonie

Biographie de Christian Saout



53 ans, Magistrat administratif.

Engagement associatif :

Volontaire d'AIDES depuis 1993, Président de AIDES de 1998 à 2007, Administrateur et Président d'Honneur de AIDES depuis 2007.

Vice-président du Collectif Interassociatif sur la Santé (2004) puis Président de ce collectif depuis 2007.

Président de Coopération Santé depuis 2008.

Fonctions au sein d'organismes publics :

- Membre du Conseil national du Sida de 2003 à 2007.
- Membre du conseil d'administration de l'Inpes de 2002 à 2007.
- Membre du conseil d'administration de la CNAMTS depuis 2004.
- Membre du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) depuis 2004.
- Président de la Conférence Nationale de Santé depuis 2006.
- Membre du Groupe de travail « Risques et protection » de France 2025.

Biographie de Pierre Carli



Né le 03 octobre 1953

Professeur Pierre Carli

Médecin urgentiste

Directeur du SAMU de Paris

Chef de Service d'Anesthésie-réanimation (Hôpital Necker-Enfants malades)

Président du CCM (Comité Consultatif Médical) à l'hôpital Necker – Enfants malades

Président du conseil scientifique de la Fondation de l'Avenir

Parcours :

CARRIERE UNIVERSITAIRE :

1984 : doctorat en médecine

1984 : chef de clinique, UFR Bicêtre, UFR Necker-Enfants malades

1985 : spécialiste d'anesthésie-réanimation

1990 : professeur des universités - anesthésie-réanimation chirurgicale à l'UFR Necker- Enfants malades

1990 : directeur médical adjoint responsable du SAMU de Paris, hôpital Necker-Enfants malades

1994 : chef de l'unité fonctionnelle de médecine d'urgence, hôpital Necker-Enfants malades.

CARRIERE HOSPITALIERE :

- Interne des Hôpitaux de Paris 1978-1984, Anesthésie Réanimation

- Assistant des hôpitaux 1984-1986, Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Bicêtre

- Assistant des hôpitaux 1986-1987, Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Henri Mondor

- Assistant des hôpitaux 1987-1988, Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Necker-Enfants Malades

- Praticien hospitalier en Anesthésie-Réanimation 1988, Hôpital Necker-Enfants Malades

- Professeur non chef de service 1990, Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Necker-Enfants Malades

- Directeur médical adjoint responsable du SAMU de Paris 1990, Hôpital Necker-Enfants Malades

- Chef de l'Unité Fonctionnelle de Médecine d'Urgence 1994, Hôpital Necker-Enfants Malades

- Professeur, Chef de Service d'Anesthésie-Réanimation et Directeur Médical du SAMU de Paris, 1/1/1998

Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative

INTERVENTION
devant LES PRÉSIDENTS et VICE-PRÉSIDENTS
de CAISSE d'ASSURANCE MALADIE du RÉGIME GÉNÉRAL

ARS

-Jeudi 25 Septembre 2008-
(CNAMTS)

Monsieur le président,
Monsieur le directeur général,
Mesdames et messieurs les présidents et vice-présidents,
Messieurs et messieurs les directeurs délégués,
Mesdames, messieurs,

Le régime général occupe une place particulière, unique, dans le paysage de la protection sociale française. **Il incarne, à lui seul, « la sécu » aux yeux de nos concitoyens**, ce modèle de protection solidaire issu du programme du Conseil national de la Résistance, modèle auquel ils sont particulièrement attachés. Par l'importance de la population dont il assure la couverture maladie, par le nombre de ses organismes, qui quadrillent le territoire, par le volume considérable des fonds qu'il a la responsabilité de gérer, **votre réseau constitue la toute première force de notre assurance maladie obligatoire.**

Permettez-moi à ce propos de **saluer les efforts, et les succès**, que vous avez, vous et les salariés de ce « grand ensemble », entrepris pour améliorer et renforcer l'action quotidienne de vos organismes.

A titre d'exemple, le dispositif « tiers payant contre générique » a permis de faire progresser de manière spectaculaire leur taux de pénétration, qui est passé en deux ans de 50 à 80%.

De même, en obtenant, pour la première fois, que les infirmières s'engagent à accepter une régulation de leur installation sur le territoire, l'Assurance maladie a favorisé une avancée historique.

Cette régulation des installations est un facteur déterminant tant en matière d'amélioration de l'accès aux soins – *en gardant ou favorisant la présence de professionnels là où cela est nécessaire* – qu'en matière de régulation des dépenses – *en évitant de nouvelles installations là où les besoins sont déjà couverts*.

Mais d'autres chantiers sont encore devant nous si l'on veut faire en sorte – comme le Président de la République nous en a fixé l'objectif – que notre système de santé soigne mieux les Français et retrouve un équilibre financier d'ici 2011.

Nos concitoyens attendent beaucoup de nous. Chaque fois que je les rencontre, à l'hôpital, en ville, que je me rends auprès des plus faibles d'entre nous, ils me rappellent que nous sommes à leur service pour assurer l'avenir de notre système de santé.

Vous êtes le service public.

*

Ne nous y trompons pas : notre système, un des meilleurs au monde, donne des signes de fragilité.

Or, nos structures sont si complexes que nous passons parfois plus de temps à tenter de coordonner nos efforts qu'à traiter les problèmes réels.

On demande trop à la bonne volonté des hommes. Ce sont les structures qu'il faut réformer.

*

Aussi, au moment où nous nous apprêtons à engager un effort de modernisation sans précédent, **je compte sur vous pour porter cette politique ambitieuse, conçue pour servir nos concitoyens.**

L'institution des ARS, au cœur de mon projet de loi, devrait ainsi donner aux caisses **de nouveaux outils pour mieux garantir des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.**

L'apparente technicité de cette profonde rénovation du pilotage ne doit pas masquer l'essentiel : **la finalité ultime des ARS est de permettre aux professionnels de santé de mieux exercer leurs missions de santé.**

L'ambition poursuivie, l'ampleur de la tâche à accomplir, méritent mieux que l'ouverture de ces faux débats, fondés sur de vaines spéculations.

Ceux qui brandissent le spectre de l'étatisation s'inquiètent inutilement des effets d'une réforme qui, si l'on y regarde d'un peu près, est **plutôt, dans son esprit, girondine que jacobine.**

Ces faux procès, et ce n'est pas la moindre de leurs contradictions, sont d'ailleurs le plus souvent dressés par ceux-là mêmes qui demandent à l'Etat d'intervenir à tout bout de champ.

Quand il faut engager des plans de redressements, quand il s'agit de porter la nécessaire politique de maîtrise des dépenses pour assurer l'accès aux soins, je suis en première ligne.

Cette **politique** que nous menons ensemble, je me dois de l'expliquer.

*

Nous ne pouvons aujourd'hui nous payer le luxe de ces **débats d'un autre âge.**

L'essentiel est ailleurs.

L'essentiel, c'est de pouvoir **associer de nouveaux acteurs, à la mise en œuvre de politiques de santé plus cohérentes et plus souples**, mieux adaptées aux besoins locaux : élus locaux, professionnels de santé, associations de malades, poursuivant un seul et même but, doivent s'entendre sur les moyens d'assurer des soins de qualité à proximité.

Il n'est plus question de tout décider depuis le haut de la pyramide.

L'essentiel, c'est de **pouvoir se donner de nouveaux outils, permettant notamment la mise en œuvre d'un SROS ambulatoire**, conçu de manière contractuelle pour favoriser l'adaptation de l'offre disponible aux besoins réels de santé.

C'est aussi de faire progresser notre système de soins grâce au partage des compétences, grâce à l'évolution des qualifications professionnelles.

Quel jeune pourrait aujourd'hui souhaiter être cantonné toute sa vie à une seule tâche ?

Qui peut souhaiter aujourd'hui travailler seul plutôt qu'en équipe ?

L'essentiel, c'est de **donner à nos politiques de santé publique et de prévention les moyens de leur efficacité.**

L'essentiel, c'est de cesser de concevoir notre système en silos isolés, sans jamais en saisir la globalité : lorsqu'un médecin généraliste désarmé envoie une personne âgée aux urgences. Lorsque cette personne - et cela concerne 30% des passages - ne peut être acceptée par des services qui ne savent comment la

soigner. Lorsque, faute de place en lits d'aval, elle « campe » dans les couloirs... n'est-ce pas toute notre **politique** qu'il faut repenser pour elle ?

*

Notre système de santé, sans doute, est le plus complet au monde. Mais c'est aussi le plus complexe.

La réforme globale que je porterai veut d'abord faciliter la vie des patients dont les parcours de soins, parfois redondants, parfois chaotiques, manquent cruellement de cohérence, mais aussi celle des professionnels de santé souvent démunis.

La balkanisation des structures dispersent nos moyens et dissipent nos énergies.

Le *statu quo* n'est plus tenable, il serait même périlleux.

Ainsi, la création des agences régionales de santé doit nous permettre d'unir **nos forces au lieu de les disperser.**

Cette réforme procède ainsi d'une nécessité : **renforcer résolument le pilotage territorial, en se donnant les moyens d'une réelle efficacité.**

Les ARS obéissent à deux grands principes constitutifs : elles réuniront les services de l'Etat et de l'Assurance maladie – pilotage unifié – et devront être **le levier d'une responsabilisation de tous les acteurs** – pilotage responsabilisé.

Il s'agit donc d'une réforme structurelle mais aussi culturelle.

Les mots clefs de cette réforme ne sont donc pas les termes invoqués dans ces faux débats dont j'ai voulu révéler, pour commencer, l'inanité : à savoir **étatisation**, ou, à l'inverse, **privatisation**, suivant l'idéologie impliquée dans ces querelles dépassées.

Les mots-clefs pour comprendre le sens et la vocation des ARS sont plutôt : **territorialisation et responsabilisation.**

Comment rendre compte exactement des missions qui seront dévolues aux ARS ?

1. 5 ans d'écart d'espérance de vie entre le Nord-Pas-de-Calais et l'Ile-de-France, ce n'est pas acceptable.

Il faut donc **renforcer l'ancrage territorial des politiques de santé** et améliorer, par la mise en commun des compétences et des moyens, l'efficacité des politiques de santé publique. Les ARS devraient ainsi favoriser l'adaptation de ces politiques aux spécificités territoriales, et accorder aux initiatives locales plus d'importance.

2. Les cloisonnements dont pâtit notre système de santé complexifient inutilement le parcours de soins des patients et ne permettent pas d'assurer convenablement la permanence de soins sur tout le territoire.

C'est en associant l'organisateur et le financeur, en travaillant ensemble sur le terrain que l'on pourra garantir, sur l'ensemble du territoire, une vraie permanence des soins à nos concitoyens. Sinon, on organise sans se préoccuper du coût, ou on rationne sans s'interroger sur les besoins.

De même, pour répondre au défi du vieillissement, il est indispensable de reconvertir des lits de court séjour en lits et places « post aigu », notamment médico-sociaux. Menée depuis Paris, cette reconversion est vouée à l'échec ; menée territorialement, elle pourra réussir.

3. Enfin, les ARS doivent **renforcer l'efficacité de notre système de santé**.

- Renforcer l'efficacité, c'est d'abord, dépenser mieux. Ce sont des politiques de prévention mieux ciblées, une offre de soins mieux répartie, des parcours de soins plus pertinents.
- L'ARS facilitera aussi les recompositions utiles, notamment dans le domaine hospitalier. Les ARS doivent responsabiliser les différents acteurs. C'est dans cette perspective que **je souhaite élargir le champ de la gestion du risque, à l'hôpital et dans le secteur médico-social**.

Concrètement, comment les choses vont-elles se passer ?

Au niveau régional, une partie des services régionaux de l'Assurance maladie –ceux des URCAM, la partie « sanitaire » des CRAM et une partie des praticiens conseils et personnels administratifs des DRSM– seront regroupés avec les services sanitaires déconcentrés de l'Etat (DRASS, DASS) et les ARH pour constituer, ensemble, les agences régionales de santé.

Pour employer une formule imagée, on pourrait dire que l'ARS « engerbe » les services de l'Etat et de l'Assurance maladie au niveau le plus pertinent, le niveau régional. Cette gerbe se délie au niveau national et au niveau local, puisque la création des ARS n'impactera pas l'organisation des niveaux local et national de l'Assurance maladie.

Une partie des agents des caisses, voire la totalité s'agissant des URCAM dont l'intégralité des missions seront reprises par les ARS, a vocation à rejoindre les ARS. Pour ces salariés la création des ARS va se traduire par un changement d'employeur.

Le statut de l'ARS sera « neutre » pour les agents, qu'ils soient fonctionnaires ou issus de l'Assurance maladie : chacun sera en poste au sein de l'agence dans les conditions de droit commun de son statut, c'est-à-dire, pour vos agents, en demeurant régis par leurs conventions collectives actuelles.

Il n'y aura pas de « grand soir » des ARS le 1^{er} janvier 2010. La continuité non seulement des statuts, mais également des missions, des fonctions, et des carrières, sera la règle.

Par ailleurs, et comme je l'ai dit devant les agents de vos organismes à Poitiers où j'étais vendredi dernier, les situations personnelles des agents travaillant aujourd'hui dans les services dont les activités sont transférées dans les ARS devront être examinées avec attention. Aucune mobilité géographique ne sera imposée au personnel.

Au-delà de cette continuité, **je m'y engage** : les ARS doivent constituer une chance pour l'évolution professionnelle de vos personnels. Chaque agent doit pouvoir valoriser son expérience au sein de l'ARS dans son déroulement de carrière.

L'ARS aura un statut d'établissement public à statut particulier, qui découle notamment du fait qu'elles seront constituées de personnels de l'Assurance maladie et de l'Etat.

Le directeur général de l'ARS sera investi d'une autorité et de responsabilités fortes pour pouvoir remplir ses missions. Il sera pour un tiers issu des rangs des cadres supérieurs de l'Assurance maladie.

L'Assurance maladie sera représentée, au sein de ce conseil de surveillance de l'ARS.

La conférence régionale de santé, véritable instance de démocratie sanitaire, verra son champ de compétences élargi pour coïncider avec celles de l'ARS, et sa composition renouvelée.

Au niveau national, **un « comité de coordination »**, présidé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie, en présence des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, sera le garant de la cohérence des instructions données aux ARS. Il rassemblera, aux côtés du secrétaire général des ministères sociaux, les directeurs d'administration centrale du ministère de la santé, le directeur de la CNSA et les directeurs généraux des caisses nationales d'assurance maladie.

Au niveau régional, une contractualisation avec l'ARS sera établie de manière à préciser la contribution des organismes du réseau de l'assurance maladie au projet régional de santé établi par l'agence, dans le champ de la gestion du risque.

L'ARS établira ainsi avec les organismes et services d'assurance maladie de sa région un programme pluriannuel régional de gestion du risque. Il sera actualisé chaque année. Il reprendra les actions définies par les organismes nationaux dans le cadre de leurs programmes nationaux d'action.

L'ensemble de ces objectifs devrait figurer dans les contrats d'objectifs que chaque caisse primaire signe avec la Cnam.

Que les choses soient claires. Comme il a été rappelé par le Conseil de Modernisation des Politiques Publiques – présidé par le Président de la République – et dans le discours de Bletterans, la semaine dernière, **les ARS exerceront leurs compétences sur l'organisation des soins et de la gestion des risques, dans le respect des missions et de l'organisation de l'assurance maladie.**

Ce pilotage de la CNAM demeure.

Le rapprochement des forces que doivent incarner les ARS ne saurait conduire à la confusion des genres.

Je sais le travail engagé depuis quelques temps par votre réseau pour structurer son action dans le domaine de la gestion du risque autour de pôles régionaux. Loin de freiner une dynamique qui vous a permis de gagner en efficacité, mon intention est au contraire de l'accélérer.

Au final, comme je l'ai dit, **les ARS vont profondément renouveler le paysage de notre système de santé.**

En premier lieu, elles vont **donner voix au chapitre à de nouveaux acteurs**, élus locaux, associations de malades, professionnels de santé, et, bien sûr, les partenaires sociaux, qui auront un droit de regard et d'intervention sur l'ensemble des champs de la santé, là où aujourd'hui il n'est au mieux que partiel, voire inexistant.

Les ARS vont également **mettre en avant des champs nouveaux**, notamment dans le domaine de la prévention et de la santé publique, puisque le rééquilibrage entre le curatif et le préventif, comme l'a rappelé le Président de la République, est au cœur de la réforme.

De nouveaux acteurs, de nouveaux champs, les ARS vont également apporter **de nouvelles méthodes, fondées sur la transversalité**, sur les approches globales de la santé au niveau d'un territoire, et de nouveaux outils, je pense en particulier au SROS ambulatoire, ou à la pleine prise en compte des exigences médico-économiques dans les CPOM des hôpitaux.

Elles vont, enfin permettre un nouveau brassage des responsables, j'y reviendrai dans un instant.

ARH, services déconcentrés de l'Etat, Assurance maladie : nous avons, en France, un service public de la santé dont nous pouvons être fiers.

Loin de privatiser les services sanitaires de l'Etat ou d'étatiser l'Assurance maladie, **cette réforme, et c'est son seul enjeu, renforce ce secteur public de la santé, pour en assurer la pérennité.**

L'ARS n'a évidemment pas vocation à se substituer aux dispositifs conventionnels nationaux.

La compétence donnée aux ARS de pouvoir passer des contrats avec les professionnels de santé dans les domaines par exemple de la prévention, de la permanence des soins vise à favoriser la prise d'initiative par les acteurs régionaux.

C'est un nouvel outil à votre disposition.

Notre système a aussi besoin de cette respiration-là : **respiration nécessaire pour renforcer l'ancrage territorial de nos politiques de santé.** La mise en œuvre de cette capacité contractuelle s'effectuera à partir d'un cadre défini nationalement.

Mesdames et messieurs les présidents, je vous ai écrit il y a quelques temps pour vous exprimer ma volonté de développer la plus large concertation possible avec l'ensemble d'entre vous. Ma présence parmi vous, aujourd'hui, s'inscrit clairement dans cette voie.

*

La mise en place d'une telle réforme suscite nécessairement des interrogations. C'est la raison pour laquelle j'ai souhaité que la CNAMTS soit pleinement intégrée à la démarche de conception et de mise en œuvre du projet, dont j'ai confié la responsabilité au nouveau secrétaire général des ministères sociaux, Jean-Marie Bertrand.

Je me félicite en particulier que la direction de la CNAMTS, les dirigeants de son réseau participent et contribuent aux groupes de travail organisés par l'équipe du secrétaire général.

Cette démarche, collective, nous permettra de franchir toutes les étapes qui conduiront à des ARS opérationnelles au 1^{er} janvier 2010.

Le projet de loi « *Hôpital, patients, santé et territoires* » dont le titre 4 porte sur les ARS, sera présenté en octobre en Conseil des ministres, puis débattu au Parlement avant la fin de l'année.

Dès les prochains jours, des correspondants régionaux seront nommés, dans chaque réseau, pour préparer la mise en place concrète des ARS.

2009 doit être une année utile : non seulement aucun relâchement des efforts de maîtrise des dépenses ne sera permis, mais nous devons d'ores et déjà commencer à exploiter les possibilités nouvelles offertes par les ARS, à travers des expérimentations ciblées sur l'hôpital, la démographie médicale, l'animation territoriale.

En 2009 seront également nommés des directeurs d'agences préfigureurs. J'attache la plus grande importance au fait qu'ils soient **recrutés au sein de viviers diversifiés et incluant, bien entendu, les cadres supérieurs de l'Assurance maladie.**

Plus largement, **je veux qu'à tous les étages de la maison, la culture de l'Assurance maladie infuse celle des ARS.** C'est, pour moi, une des conditions du succès.

Nous avons, mesdames, messieurs, devant nous une grande œuvre à réaliser, dont l'enjeu est de doter notre pays d'une politique de santé répondant à l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux de nos concitoyens et pour laquelle la mobilisation de tous est requise.

La CNAMTS, dans ce projet, possède des atouts et des savoir-faire propres à lui assurer un avenir conforme à vos aspirations, et à sa vocation.

Je vous remercie, et je me propose maintenant de répondre à vos questions.