



**LA LOI**  
**« HOPITAL, PATIENTS, SANTE ET TERRITOIRES »**  
**DISPOSITIONS RELATIVES A L'ACCES AUX SOINS**  
**ET A L'OFFRE DE SOINS DE VILLE**

**COMMENTAIRE DE L'UNIOPSS**  
**AOUT 2009**

Le titre II de la loi HPST est consacré aux soins de « ville » avec un intitulé ambitieux : "Des soins de qualité pour tous sur tout le territoire". La Ministre de la Santé souhaite en effet rendre les soins plus accessibles pour tous et sur l'ensemble du territoire. A cet effet, la loi définit les contours d'une nouvelle régulation de ce secteur. Le titre II comporte également des dispositions d'ordre divers.

- **Régulation de l'offre de soins de ville**

La loi définit tout d'abord, les [soins de « premier recours »](#) et leurs conditions d'accès (Article 36 de la loi). Cette offre de premier recours est une offre de proximité aisément accessible en termes de distance, de temps de parcours, dont le maillage doit donc être resserré sur le territoire. Elle correspond aux activités :

- de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients ;
- de dispensation et d'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que de conseil pharmaceutique ;
- d'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- d'éducation pour la santé.

Cette offre est en fait assurée par les médecins mais également les paramédicaux, les pharmacies d'officine... A cet effet, le texte précise que les professionnels de santé, dont les médecins traitants ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

[L'offre de soins de second recours](#), notion également consacrée par la loi, n'est définie que par différence avec l'offre de premier recours. Il est entendu que le maillage en sera plus lâche.

La loi précise ensuite la mission et les obligations d'un certain nombre d'acteurs qui concourent à ces soins :

- le [médecin généraliste de premier recours](#) dont les missions sont précisément définies : contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé, orienter les patients,

s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients, contribuer aux actions de prévention et de dépistage... Il est ainsi en quelque sorte conforté dans son rôle de « porte d'entrée » dans le système de santé. Si le lien avec la notion de médecin traitant n'est pas faite, on sait par ailleurs que 99% des médecins désignés comme médecins traitants sont des médecins généralistes (chiffres de l'assurance maladie).

- les pharmacies d'officine dont le rôle dans le système de santé est précisé.

- les maisons de santé qui regroupent des professionnels de santé libéraux pour un exercice coordonné des soins et qui doivent élaborer un projet de santé comme les centres de santé (cf. supra).

- les pôles de santé qui sont consacrés par la loi aux côtés des réseaux de santé, des maisons et centres de santé. Ces pôles sont aussi destinés à la coordination des professionnels mais peuvent également regrouper des réseaux, centres et maisons de santé ainsi que des établissements de santé et des structures médico-sociales. A la différence des centres et maisons de santé, ce ne serait pas des lieux physiques. La notion mériterait cependant d'être précisée de manière à la distinguer notamment des actuels réseaux de santé, forts malmenés ces dernières années depuis le rapport peu flatteur de l'IGAS à leur sujet<sup>1</sup>. (Articles 36 à 39 de la loi)

En mettant en avant ces modes d'exercice, tant centres de santé que maison ou pôle de santé, la loi entend favoriser l'exercice pluridisciplinaire et coordonné des soins. A ce titre, ils pourront bénéficier, avec les réseaux de santé, des crédits du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins) qui sera géré par l'ARS. Ce, à condition d'avoir conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec cette dernière. (Article 41 de la loi)

La loi prévoit ensuite qu'en fonction des besoins observés sur le territoire un schéma de l'organisation des soins sera défini par la future ARS pour ces soins de « ville » de 1<sup>er</sup> et de 2<sup>nd</sup> recours. C'est là une nouveauté importante : elle témoigne d'une tentative de planifier cette offre, de déterminer les besoins en implantation, mais n'est pas opposable aux professionnels de santé. **Le niveau de densité en offre de soins sera également défini par zone géographique et des zones prioritaires pourront ainsi être identifiées. (Article 118 de la loi insérant un article L.1434-7 dans le code de la santé publique)**

L'opposabilité de ce zonage et les mesures à prendre pour **réguler l'installation des professionnels de santé**, fortement déséquilibrée jusqu'à présent sur le territoire national, a fait l'objet d'importants débats au parlement lors de l'examen de la loi et d'un mouvement de contestation. Finalement, le texte demeure sur de simples mesures incitatives pour l'installation sur les territoires les moins bien pourvus : bourses aux étudiants, aides à l'installation... Les futures ARS étant le guichet unique de ces aides. Ce n'est seulement que lorsque trois années se seront écoulées qu'un bilan de ces aides sera réalisé et qu'un contrat santé solidarité pourra être proposé aux médecins des zones sur-denses d'exercer des vacations dans les zones sous-denses sous peine de devoir s'acquitter d'une contribution financière. (articles 43 et 46 de la loi)

Hors du champ de la loi et par la voie conventionnelle (la convention signée par leurs représentants avec l'assurance maladie qui vise à régir leur relation notamment par rapport au financement de leur

---

<sup>1</sup> Rapport de l'IGAS sur les réseaux de santé, mai 2006. Fiche n°37943.

activité), les professionnels infirmiers libéraux connaissent, eux, depuis avril 2009 une interdiction de s'installer sur les territoires sur dotés (cf. chapitre 8). A noter également que le numerus clausus pourra être adapté par subdivision territoriale en fonction de la démographie médicale et de l'évolution à venir des besoins.

En matière de [dépassement d'honoraires](#), la loi est également en retrait par rapport à ce que l'Uniopss pouvait en attendre. La voie conventionnelle a été privilégiée. En effet, toutes les demandes d'amendements visant à limiter ces dépassements ont été écartées : un amendement que l'Uniopss proposait visant à sortir de la subjectivité que constitue la notion de « tact et mesure » par la fixation d'un plafond au dessus duquel les dépassements d'honoraires sont jugés excessifs tout comme l'amendement visant à obliger les professionnels de santé à un pourcentage d'acte aux tarifs opposables. Le schéma d'organisation des soins ne tiendrait pas compte des critères d'accessibilité financière. Seul le principe d'une date limite (15 octobre 2009) pour que les négociations conventionnelles aboutissent sur ce point a été inscrit dans la loi. Passée cette date, le gouvernement pourra intervenir pour limiter les dépassements par un simple arrêté pour 4 mois le temps pour la LFSS pour 2010 d'intervenir. (Article 53 de la loi)

Les négociations avec les médecins portent en fait actuellement sur la création d'un secteur optionnel qui serait ouvert pour les trois spécialités exerçant sur des plateaux techniques lourds (chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes). Ce point suscite toutefois l'indignation des associations d'usagers de la santé. En effet, même avec une part d'exercice en tarif opposable et avec un périmètre restreint quant aux disciplines concernées, comment ne pas voir ce secteur comme un prétexte de "la généralisation des dépassements" qui menace l'égalité d'accès aux soins.

La [lutte contre les refus de soins](#) devait être la mesure emblématique en matière d'accès aux soins. Le dispositif adopté est au final très en retrait par rapport à ce qui avait été proposé par le gouvernement dans son projet de loi. Il n'y a ainsi plus d'aménagement de la charge de la preuve qui bénéficiait à la personne qui s'estimait victime d'un refus de soins à partir du moment où celle-ci était en mesure d'avancer les faits de nature à présumer le caractère discriminatoire du refus de soins. Cet aménagement « allégeait » la nature des éléments à produire pour la personne puisqu'une fois ces éléments établis, c'était au professionnel de santé de prouver de l'absence de discrimination dans son refus. La Ministre a même renoncé au testing comme moyen de preuve du caractère discriminatoire du refus dans le cadre d'une procédure engagée. Désormais il n'y a qu'une simple procédure de conciliation et l'Ordre demeure compétent pour sanctionner le comportement illégal du professionnel. Le directeur de la caisse ne pourra sanctionner qu'en cas de carence de ce dernier. (Article 54 de la loi)

Satisfaisant une demande d'amendement portée par l'Uniopss, les **consultations de médecine humanitaire ou un centre de planification ou d'éducation familiale** sont écartées des sanctions du [hors parcours de soins](#), ces structures n'ayant pas vocation à s'inscrire dans cette logique selon laquelle le passage par le médecin traitant est obligatoire. (Article 80 de la loi)

La loi relève en outre le montant de l'[aide à la complémentaire santé](#) (Article 58 de la loi) :

- de 200 à 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans ;
- de 400 à 500 € pour les personnes de + de 60 ans réduisant ainsi le taux d'effort de l'ordre de 2 points.

Le [développement de la télémédecine](#) (Article 78 de la loi) et la [réforme de la permanence des soins](#) (Article 49 de la loi) font également partie du texte. Si les précisions concernant cette dernière seront apportées par décret, l'exercice de la permanence des soins, désormais identifiée comme une mission de service public demeure avant tout sur une base volontaire et sera le fruit d'une négociation avec l'ARS (cf. supra). La notion de continuité des soins qui doit assurer le médecin est désormais précisée à un niveau législatif (Article 49 de la loi).

La loi pose également les principes de la [coopération interprofessionnelle](#) qui devrait permettre la réorganisation des modes d'intervention des professionnels de santé et des transferts d'activité ou d'actes et dans ce cadre traiter le problème démographique de certaines professions de santé qui ne sont plus présentes sur certains territoires. La démarche proposée est un fait pragmatique. Il s'agit de partir de la réalité de terrain, la loi offrant la possibilité aux professionnels de santé de soumettre à l'ARS des protocoles de coopérations. Ces protocoles seront validés par la Haute autorité de santé des protocoles qui peut l'étendre à tout le territoire national. (Article 51 de la loi)

- **Autres dispositions**

La loi réforme la [formation des professionnels de santé](#) qui était à peine mise en place dans ses nouvelles dispositions issues de la réforme de l'assurance maladie de 2004. Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles fusionnent à la faveur d'une nouvelle notion de « développement professionnel continu » (DPC), selon une préconisation d'un rapport de l'IGAS (article 59 de la loi).

A partir du 1er janvier 2010, le directeur de l'Uncam pourra en outre fixer le montant de la contribution forfaitaire aux frais de gestion que devront verser les professionnels de santé qui n'assurent pas une [transmission des feuilles de soins par voie électronique](#). Jusqu'à présent cette contribution n'était pas mise en œuvre et le dispositif de télétransmission SESAM Vitale faisait au contraire l'objet d'une aide financière pour inciter les professionnels de santé et les centres de santé à s'engager dans le dispositif (forfait d'aide à la télétransmission). De l'incitatif, le dispositif pourrait donc se durcir avec l'instauration d'une pénalité financière pour les retardataires. (Article 53 de la loi modifiant l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale).

En termes d'[exercice des professions de santé](#), la loi modifie les règles relatives aux ordres professionnels (articles 62 et 63 de la loi), à la représentativité syndicale, et à la vie conventionnelle (article 123 de la loi). Elle réforme la formation des sages femmes qui pourra se faire à l'université (article 60 de la loi) et précise les règles d'enregistrement des professionnels de santé (article 66 de la loi). La loi habilite le gouvernement à prendre par voie d'ordonnance les mesures pour transposer la directive européenne du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications (article 70 de la loi). Un chantier important en perspective. La loi étend par ailleurs les compétences de certaines professions : sages femmes (Article 86 de la loi), infirmiers (Article 88 de la loi).

La distribution des [médicaments non utilisés](#) a été interdite en 2008. La loi instaure une sanction lourde pour qui y contreviendrait (article 71 de la loi).

L'encadrement des activités de soins à visée esthétique (article 61 de la loi) et permet à une ordonnance d'intervenir pour réformer la biologie médicale (article 69 de la loi).