



FRANCK LESIEUR
MAITRE DE CONFERENCES
UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE

LE PATIENT A L'HOPITAL PUBLIC

Ces dernières années, les signes d'une crise du système hospitalier ont été manifestes : situation financière dégradée, personnels insuffisants, répartition géographique inadaptée, urgences engorgées, etc. Vieillesse de la population et hausse du nombre des malades chroniques renforcent encore le besoin de réformes. Présentée comme la poursuite indispensable des réformes précédentes, la nouvelle réforme s'est traduite par la **"loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires"**. Cette loi a été promulguée le 21 juillet 2009 et son titre 1er, intitulé "Modernisation des établissements de santé", est consacré à la réforme de l'hôpital.

La ministre de la Santé a salué "un texte innovant et pragmatique (qu'elle) a voulu ambitieux et responsable" après son adoption par les députés dans sa version issue de la commission mixte paritaire (CMP).

La loi HPST

Les enjeux de la réforme de l'hôpital sont majeurs :

- mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population,
- répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire,
- développer une politique de prévention et de santé publique
- et définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS).

La loi s'inscrit dans un mouvement de réforme initié par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a notamment introduit la tarification à l'activité (T2A). Lors de son déplacement au centre hospitalier de Dunkerque, en mai 2007, le président de la

République avait annoncé une concertation sur les missions de l'hôpital et demandait à l'ensemble des professionnels de santé de réfléchir aux changements nécessaires pour que le système de santé réponde, avec qualité et égalité, aux besoins de la population.).

La commission Larcher, après avoir dressé le constat des évolutions législatives de ces dernières années en matière de gouvernance des établissements publics de santé, concluait à la nécessité d'une clarification des rôles des différents acteurs et **proposait une évolution fondée sur trois piliers complémentaires** :

- 1 - **un directeur conforté et responsabilisé** ;
- 2 - **un organe délibérant recentré sur la définition d'orientations stratégiques** ;
- 3 - **un conseil exécutif resserré impliquant fortement les médecins**.

Dans ce but, le projet de loi ambitionnait de redéfinir les missions de service public des établissements de santé, de les confier aux établissements de santé privés en cas d'insuffisance de l'offre de soins publics et de moderniser le statut des établissements publics de santé.

LE STATUT D'USAGER DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La situation du malade en médecine libérale présente des différences avec celle du malade en hospitalisation publique ou privée. Le malade se trouve désormais intégré dans une institution et doit respecter son règlement intérieur (par ex : les heures de visites, les règles sanitaires....).

L'hôpital public est juridiquement un service public administratif c'est-à-dire mettant en œuvre une activité d'intérêt général dont le malade est considéré comme un usager.

Ainsi, à l'hôpital, les relations entre le praticien et le patient se superposent avec celles existant entre le service public et l'usager. (L'égalité de traitement, la laïcité, la continuité du service, l'adaptation aux techniques nouvelles).

Au sein de l'hôpital, il y a néanmoins un secteur à part, c'est celui du secteur de l'activité libérale des médecins hospitaliers (secteur privé). Dans ce cas, la situation du patient sera la même que celle du patient en médecine libérale. De même, il faut distinguer l'hôpital de la clinique privée. Dans certains cas, la clinique se verra reconnaître une mission d'intérêt général et participera au secteur public hospitalier. Pour autant, le malade sera considéré comme un client avec les avantages et les inconvénients du secteur libéral privé.

En tant qu'usager du service public, le patient, pour ce qui est du contentieux durant son séjour et entre autres, pour le contentieux de ses frais de séjour, relève du juge administratif (TC, 3 juillet 1987, Mme Launay). La situation du médecin exerçant à l'hôpital a longtemps été confuse. En effet, il résultait d'une part, de l'ancien article L.714-27 du CSP que les praticiens des hôpitaux publics ne relevaient pas du statut général de la fonction publique ; d'autre part, la relation patient/praticien étant une relation particulière qui même à l'hôpital s'exerce indépendamment de la structure hospitalière ; le praticien restant libre des techniques médicales qu'ils utilisent ce qui conduit le juge judiciaire à se déclarer compétent. Parallèlement, le juge administratif estimait que le médecin participait à une mission de service public et se déclarait aussi compétent. Le Tribunal des Conflits a tranché par deux décisions de principe du 25 mars 1957 Chilloux et Isaac Slimane en faveur de la compétence administrative. Position suivie par la cour de cassation par un arrêt du 7 juillet 1960.

LE LIBRE ACCES AU SOINS HOSPITALIERS

L'accès au service public est garanti à tous (charte du patient hospitalisé). Aucune discrimination ne peut exister entre les malades en ce qui concerne les soins.

Le droit du praticien au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire. Les conditions d'admission à l'hôpital ont été ces dernières années, si nettement améliorées que l'on peut affirmer que le régime commun d'hospitalisation concerne plus de 90% des patients. C'est sur le critère de l'hôtellerie que repose la distinction entre régime commun et régime particulier. Le nombre de lit, en régime particulier est fixé par le préfet de département. Il s'agit de chambre à un lit. Le nombre de chambres en régime particulier ne peut dépasser 25% du potentiel de chambres à un lit de l'établissement. D'autre part, les chambres en régime particulier ne peuvent empiéter sur celles du régime commun, mais l'inverse est possible. Il est institué, pour le régime particulier une majoration ne pouvant dépasser 50% du tarif de prestations en régime commun.