

LE SYSTEME HOSPITALIER FRANÇAIS

Dr Laurent MOLINIER

S'il ne fait actuellement aucun doute pour chacun que l'hôpital est avant tout destiné aux personnes malades, qui s'y rendent pour être soignés, il n'en a pas toujours été ainsi. L'hôpital tel que nous le connaissons aujourd'hui a en effet évolué au fil des siècles depuis sa création, en fonction à la fois de l'évolution des besoins de la population et de leur prise en compte en termes de priorités politiques.

Le secteur hospitalier français présente un paysage varié. Il fait cohabiter différents types d'établissements de statut juridique combinant des modes très différents d'organisation et de gestion, de financement et de régulation, de participation aux missions de service public. Les statuts des personnels travaillant dans ces établissements sont également très variés.

I. Données historiques

Jusqu'en 1941, l'hôpital fut le lieu d'accueil exclusif des pauvres malades. Jusqu'à cette date, il fallait, à quelques exceptions près, être « indigent » ou accidenté du travail pour être admis. L'hôpital était d'abord une institution sociale avant d'être une institution sanitaire. Elle venait en aide plus qu'elle ne soignait, même si elle s'efforçait d'appliquer à tous les meilleures connaissances qui restaient limitées.

La loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public. La mission de l'hôpital passe ainsi d'une logique de secours aux pauvres à celle d'assistance aux malades. Ces textes créent la fonction de directeur, consacrent l'organisation de l'hôpital en services.

Grâce à la création, par **l'ordonnance du 4 octobre 1945 de la sécurité sociale**, les hôpitaux développent désormais leur activité et font face à une demande de soins, grandissante et solvabilisée, des travailleurs et de leurs ayants-droits, ainsi que des personnes en situation de précarité sociale.

La réforme Debré instaure une médecine hospitalo-universitaire exclusivement hospitalière, en créant le temps plein médical. Elle amplifie le rôle des hôpitaux qui, outre de pourvoir au traitement (avec ou sans hospitalisation) des malades, doivent assurer la prévention, par les examens de médecine préventive et de diagnostic, et la réadaptation fonctionnelle. Elles classent les établissements en cinq catégories : Centres hospitaliers régionaux (CHR), Centres hospitaliers (CH), Hôpitaux (H), Hôpitaux ruraux (HR), maisons de retraite (anciens hospices). En outre, elles créent le principe des « cliniques ouvertes » et du secteur privé pour la clientèle personnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes de l'établissement.

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière définit le cadre général de l'hospitalisation ainsi que les bases de la planification sanitaire. Elle définit la notion de Service Public Hospitalier (SPH). Egalité d'accès, égalité de traitement, continuité du service, tels sont les principes qui doivent régir le fonctionnement du SPH. Les soins dans le service public sont :

- égaux pour tous (sans discrimination des malades),
- adaptés en fonction de l'évolution médicale,
- assurés en permanence de jour et de nuit (principe de continuité), éventuellement en urgence.

La loi du 31 juillet 1991 instaure les schémas régionaux d'organisation sanitaire et offre des alternatives à l'hospitalisation. Elle introduit de nombreuses innovations en matière de planification sanitaire, management hospitalier, organisation hospitalière et coopération entre établissements, dans un double objectif de santé publique (qualité et accès aux soins) et de maîtrise des dépenses hospitalières.

Elle énonce trois principes fondamentaux : droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé, droit du malade à l'information (par l'intermédiaire du praticien qu'il désigne) et, enfin, évaluation par l'établissement de son activité afin d'améliorer la qualité des soins.

L'ordonnance hospitalière de 1996 veut rationaliser l'hôpital et lance l'accréditation. Elle attribue aux établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, des missions communes et prévoit pour chacun des dispositions spécifiques. Elle reconnaît l'unicité du système hospitalier au delà du statut des établissements. Tous les établissements sont désormais, dans l'intérêt des malades, tenus d'assumer certaines missions, d'adopter des conditions techniques de fonctionnement comparables pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés et de concourir à l'évaluation de ces soins.

Elle est organisée autour de quatre axes :

- la création d'un système d'accréditation destiné à améliorer la qualité de l'offre hospitalière,
- la régulation régionale du système hospitalier avec la création des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH),
- la contractualisation comme outil de gestion interne et externe des établissements,
- le renforcement de la coopération entre les différentes structures hospitalières, et entre médecine hospitalière et ambulatoire.

L'ordonnance de simplification du 4 septembre 2004 renforce le rôle des ARH par le transfert de compétences encore détenues par les préfets vers les ARH (sécurité sanitaires des établissements de santé, suspension du droit d'exercer des médecins ...). Elle apporte une simplification de la planification sanitaire et de la coopération sanitaire.

Le plan hôpital 2007 vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à réformer les modes de financement des établissements publics et privés et à leur offrir de nouvelles possibilités de développement. Les axes retenus de cette réforme sont :

- moderniser les structures hospitalières en accordant davantage de confiance à la capacité de décision de leurs responsables,
- desserrer le carcan des règles d'achats publics pour accélérer les investissements et simplifier la gestion,
- redonner aux établissements leurs capacités d'innovation et d'adaptation, mais aussi leur fournir les moyens de leur développement,
- disposer de davantage d'autonomie et de capacité d'initiative dans l'exercice de leurs responsabilités quotidiennes,

La Mission tarification à l'activité (T2A), la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (Meah) concourent et accompagnent sa mise en œuvre.

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (cf chapitre correspondant)

II. Missions

Les établissements de santé sont caractérisés par leur diversité. Ils sont différenciés sur les critères suivants :

- le statut juridique : public, privé à but commercial ou à but non lucratif,
- les missions : participation ou non au service public hospitalier,
- leur spécialisation : psychiatrique ou autre,
- leur durée de séjour : court, moyen et long séjour,
- leur mode de financement : mise en œuvre de la tarification à l'activité selon des modalités différentes initialement.

A. Mission de soins

Les établissements de santé, publics et privés, doivent assurer non seulement les examens de diagnostic et le traitement des malades, des blessés, des femmes enceintes mais également leur surveillance, en tenant compte des aspects psychologiques du patient.

Ils ont pour objet de dispenser :

=> avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie,
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion (cure médicale, convalescence, réadaptation, post cure ...),

=> avec hébergement, des soins de longue durée à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (ce qui les différencie des établissements du secteur social et médico-social).

A noter : l'hébergement ne devient plus l'élément déterminant mais s'efface devant la nature des soins dispensés. On observe en effet une évolution historique vers l'allègement de la fonction d'hébergement au profit des prestations de soins techniques (plateau technique), ce qui se traduit, dans le secteur public, par une baisse du nombre des journées d'hospitalisation malgré une augmentation du nombre d'entrées.

B. Mission d'information du patient

Tous les établissements de soins ont l'obligation de communiquer les informations médicales contenues dans le dossier médical à des personnes recevant ou ayant reçu des soins. La loi du 4 mars 2002 permet au patient d'accéder directement à son dossier médical (sous certaines conditions) et non plus obligatoirement par l'intermédiaire d'un médecin. Un livret d'accueil comportant la charte du patient hospitalisé doit être distribué à tout patient lors de son admission.

C. Mission d'évaluation et d'analyse de l'activité

Afin de dispenser des soins de qualité, les établissements de santé sont tenus de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale des malades. Ils font l'objet d'une procédure de certification tous les 4 ans.

Ils doivent également procéder à l'analyse de leur activité dans le respect du secret médical et des droits des malades. A cet effet, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte des pathologies et des modes de prise en charge, en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins. Enfin ils sont tenus de mener des études régulières de satisfaction des patients, afin d'évaluer la qualité perçue par les patients.

D. Mission de santé publique

Les établissements participent à des actions de santé publique, et notamment à des actions médico-sociales coordonnées, à des actions d'éducation pour la santé, et de prévention.

III. Equipement et activité

L'activité hospitalière se concrétise sous diverses formes : consultations et soins externes, passages aux « urgences », soins ambulatoires, traitements médicaux et interventions chirurgicales ne durant qu'une journée (hospitalisation partielle et anesthésie ou chirurgie ambulatoires), ou hospitalisation de plusieurs jours (hospitalisation complète) qui correspond à la forme la plus usuelle.

Différents indicateurs permettent de décrire les équipements et activités des établissements de santé.

Pour information

L'offre de soins (source : SAE 2007) :

- 2 877 hôpitaux publics et privés,
- 449 643 lits d'hospitalisation complète ou de semaine,
- 44 986 places en hospitalisation partielle (jour ou nuit),
- 10 461 places en anesthésie ou chirurgie ambulatoire,
- 9 325 places en hospitalisation à domicile.

A. Les indicateurs classiques

1. Indicateurs de moyen

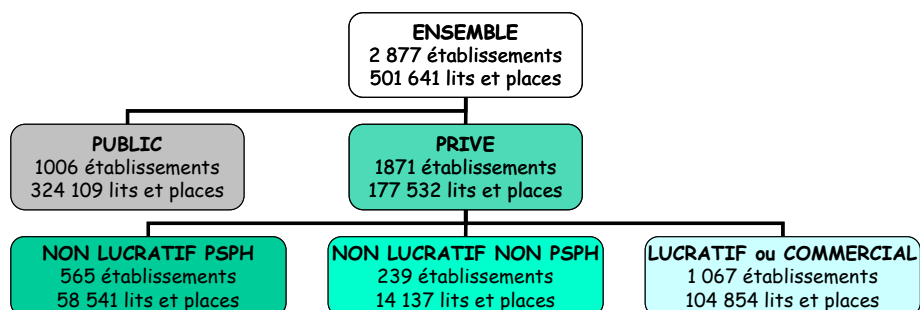
Nombre de lits en hospitalisation complète

Avec une densité moyenne de 8,4 lits pour 1000 habitants, dont la moitié dans les services de court séjour, la France se situe à peu près au niveau de la moyenne européenne. L'évolution, sur la période 1998-2007, montre une baisse de 6% du nombre des établissements de santé, associée à une baisse de la durée moyenne de séjour. Pendant la même période, la fréquentation

hospitalière a continué à s'accroître.

Au niveau régional ou départemental, les écarts de densité sont importants. Par exemple, pour les services de soins de courte durée, les densités départementales varient de 2,5 à 6 lits pour 1000 habitants, sans compter Paris qui en offre 9,8.

Tableau 1 : Situation des établissements de santé en 2007 selon le statut juridique (source SAE 2007)



Nombre de places en hospitalisation partielle

L'hospitalisation à domicile (HAD) existe en France depuis une quarantaine d'années même si les textes législatifs qui définissent précisément ses fonctions d'alternative à l'hospitalisation sont assez récents. L'HAD consiste à dispenser, « au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés ». L'HAD est organisée par des structures qui peuvent être soit un service hospitalier, soit une association à but non lucratif.

L'HAD fait intervenir plusieurs professionnels de soins qui peuvent être des salariés de la structure ou des professionnels exerçant en libéral. Au sein de chaque structure, un médecin coordonnateur s'assure du bon fonctionnement médical d'ensemble mais les soins pour un patient sont coordonnés par un cadre infirmier.

En 2007, la France comptait 9325 places d'HAD. Celles-ci, qui relèvent pour deux tiers du secteur public ou privé PSPH, sont de tailles très différentes, variant de 5 à 1200 places. L'HAD concerne essentiellement des patients atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, qui en l'absence de ce service, seraient hospitalisés (cancers, pathologies neurologiques, infection à VIH par exemple). Elle peut concerner aussi les suites de couches ou les grossesses pathologiques.

Parallèlement, des structures d'hospitalisation à temps partiel et des structures pratiquant la chirurgie ambulatoire se sont développées. En 2007, on comptait 10461 places de chirurgie ambulatoire. Le secteur privé lucratif est particulièrement actif dans ce domaine puisqu'il détient plus de 75% des places et que près de 90% des cliniques ont une structure de chirurgie ambulatoire. Le nombre de places autorisées a augmenté de 18% depuis 1998. L'hospitalisation partielle est en forte croissance puisque le nombre de places en hospitalisation de jour et nuit a augmenté de 20% entre 1998 et 2007.

Malgré les dispositifs incitatifs créés, le développement des alternatives à l'hospitalisation reste modeste en France par rapport à d'autres pays.

Effectifs médicaux et soignants

Au sein des établissements de santé, le personnel de soins est composé d'une part, des médecins,

odontologistes et pharmaciens auxquels s'ajoutent les internes et faisant fonction d'internes en formation et, d'autre part, des sages-femmes, des personnels paramédicaux et des personnels techniques et administratifs.

Selon la profession exercée et le statut de l'établissement, les uns sont salariés à temps plein ou partiel, les autres sont des libéraux, rémunérés à l'acte directement par le patient (ou sa caisse d'assurance maladie). La pratique libérale dans les établissements de santé est possible pour toutes les professions dont les actes peuvent être remboursés par l'assurance maladie.

Pour information

Les agents sont répartis de la façon suivante (source SAE 2006) :

- 90 800 personnels médicaux,
- 784 900 personnels non médicaux en établissements publics,
- 56 000 personnels médicaux,
- 271 500 personnels non médicaux en établissements privés.

Globalement, le personnel médical (médecins et pharmaciens) représente 14% des effectifs, le personnel administratif et le personnel technique (entretien), environ 10% chacun. Les personnels soignants et éducatifs sont les plus nombreux (60% des effectifs) ; il s'agit essentiellement des infirmiers, des aides-soignants et des agents hospitaliers. Enfin, les personnels médico-techniques (techniciens de laboratoire, manipulateurs radio...) représentent 5% des effectifs. L'exercice à temps partiel se généralise dans les établissements de santé ; il concernait un cinquième du personnel non médical des hôpitaux publics.

Actuellement, les hôpitaux se plaignent de la pression croissante qui s'exerce sur le personnel : la mise en application de la directive européenne sur le temps de travail des médecins et de la loi sur les 35 heures pour les autres personnels a accentué les difficultés de certains hôpitaux.

2. Indicateurs d'activité

Nombre d'entrées et de journées

Durée

Rapport entre le nombre de journées et le nombre d'entrées

Coefficient d'occupation des lits (ou taux d'occupation)

Rapport entre le nombre de journées réalisées et le nombre de journées réalisables (nombre de lits multiplié par 365 jours en hospitalisation complète)

Pour information

Chaque jour, 200 000 personnes sont accueillies à l'hôpital, 60 000 personnes sont accueillies en clinique et 20 000 interventions chirurgicales ou exploratoires sont réalisées.

Chaque année, 13,5 millions d'hospitalisation sont réalisées en France correspondant à :

- 150 millions de journées d'hospitalisation,
- 11,4 millions de passages aux urgences,
- 8,5 millions d'accueils en hospitalisation de jour,

- 2,1 millions d'accueils en anesthésie ou chirurgie ambulatoire,
- 7,7 millions de journées de prise en charge en hospitalisation à domicile,
- 55 millions consultations et soins externes.

Activité des établissements de santé :

Les activités des secteurs publics et privés se différencient nettement. Le secteur privé à but lucratif, ne participant pas au service public hospitalier, assure dans le domaine des séjours de plus de 24 heures, 17% des séjours médicaux, 51% des séjours chirurgicaux et 28% des accouchements. En ambulatoire, il réalise 39% des séjours médicaux et 73% des séjours chirurgicaux.

En revanche, ce secteur intervient plus modestement dans l'accueil des patients nécessitant des soins de suite et de réadaptation, et encore plus marginalement dans l'accueil de malades nécessitant des soins de longue durée ou une prise en charge psychiatrique.

Tableau 2 : Description de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique en 2007 selon le statut juridique (source SAE 2007)

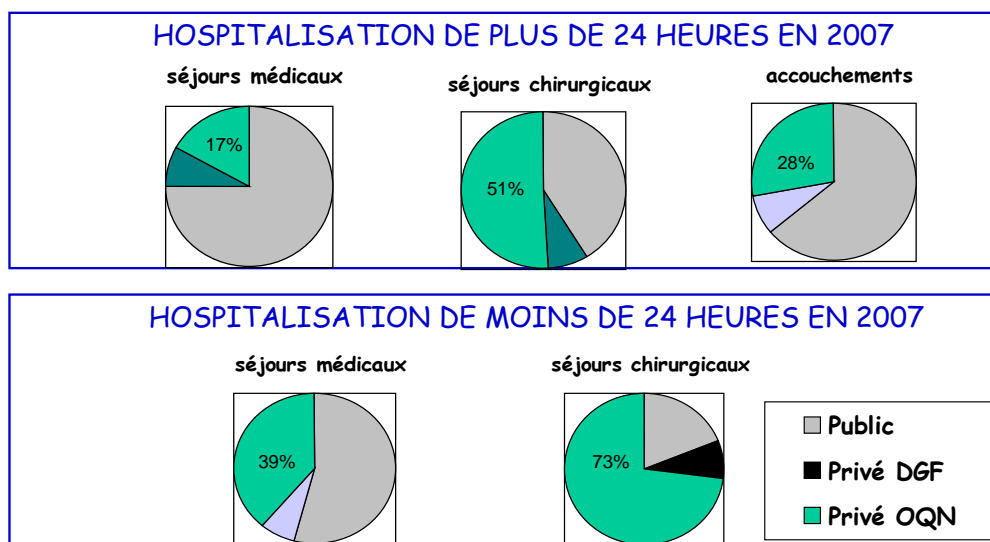
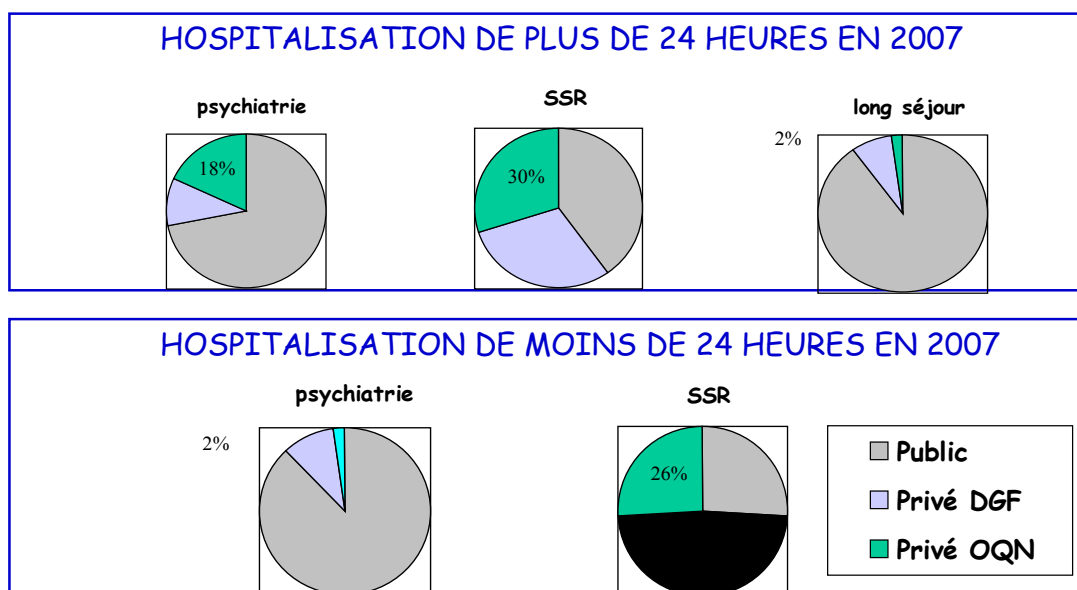


Tableau 3 : Description de l'activité de psychiatrie, soins de suite et réadaptation et long séjour en 2007 selon le statut juridique (source SAE 2007)



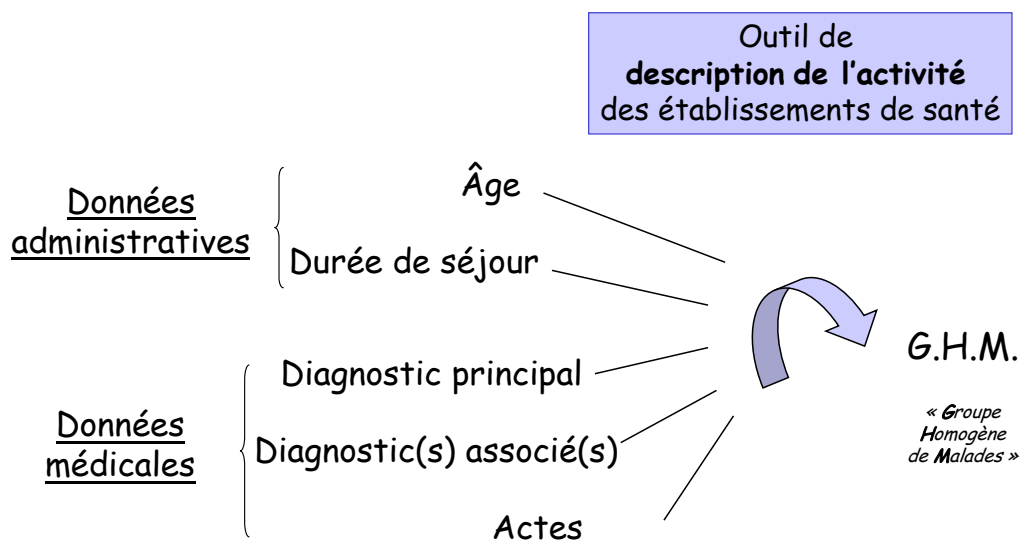
B. Le programme de médicalisation des systèmes d'information

Traditionnellement, l'activité des établissements est comptabilisée en lits, journées d'hospitalisation, entrées de malades, durée moyenne de séjour et taux d'occupation. Ces outils sont inaptes à l'évaluation du produit hospitalier puisque l'hôpital s'apparente dans ces conditions à une entreprise qui ne connaîtrait, ni les produits qu'elle fabrique, ni les coûts correspondant à chacun de ces produits.

Le développement du système d'information médicale s'est inspiré d'expériences étrangères (Etats-Unis). Le résumé de séjour standardisé (RSS), mis en place par une circulaire du 4/10/85, consiste en un recueil d'informations médicales (diagnostics et actes réalisés durant l'hospitalisation) et administratives (âge, sexe, date d'entrée et de sortie ...) concernant les malades hospitalisés dans les services de court séjour (MCO). Il est constitué grâce au chaînage, pour un même patient, des résumés d'unité médicale (RUM).

Pour rendre plus lisible la production hospitalière, les séjours qui représentent une certaine homogénéité clinique et économique sont regroupés. Les groupes de séjours ainsi constitués sont dénommés Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui reflètent l'utilisation des ressources de l'hôpital et la prise en charge du malade. Les GHM constituent un système de classification médico-économique des malades hospitalisés en secteur de court séjour. Ils sont exhaustifs et mutuellement exclusifs : ils permettent de classer tous les patients dans un groupe et un seul. Sur la base de cette classification, chaque établissement peut être caractérisé par l'éventail des cas traités ou son case-mix.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)



Chaque établissement transmet ces données médico-économiques après anonymisation aux tutelles. Ces données sont utilisées pour le financement des établissements dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), mais également pour l'organisation des soins au niveau régional (planification, contrats d'objectifs et de moyens ...).

Actuellement, le PMSI couvre l'activité de court séjour (MCO), de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés.

La T2A constitue un mode de financement qui vise à la mise en place d'un cadre unique de facturation et de paiement des activités hospitalières des établissements de santé publics et privés dans lequel l'allocation des ressources est fondée à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. A ce jour, elle ne s'applique qu'aux activités de court séjour (MCO). A chaque GHM correspond un ou plusieurs GHS (groupe homogène de séjour), qui est la traduction tarifaire du GHM. A chacun de ces GHS est affecté un tarif, fixé au niveau national. Ces tarifs sont modulés par une batterie de suppléments qui pondèrent le niveau de recettes perçu par chaque établissement en fonction des caractéristiques de la prise en charge hospitalière des patients.

IV. Les établissements publics de santé

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotés d'une autonomie administrative et financière, c'est-à-dire qu'ils sont gérés par un Conseil d'Administration et qu'ils disposent d'un budget propre.

A. Missions

Le service public hospitalier :

- assure les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés

et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient,

- participe à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention,
- participe à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, et organise en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes,
- mène, en son sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale,
- met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Il concourt également :

- à l'enseignement universitaire et post-universitaire et à la recherche de type médical, odontologique et pharmaceutique,
- à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers,
- à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique,
- à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétence,
- aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé,
- à l'aide médicale urgente, en partenariat avec tous les acteurs concernés,
- à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec tous les acteurs et notamment le monde associatif.

Le Service public hospitalier (SPH) assure aussi les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, la prise en charge de ceux-ci en milieu hospitalier ainsi qu'aux étrangers en rétention ou zones d'attente. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé dans les établissements pénitentiaires.

Par ailleurs, les établissements qui assurent le SPH doivent garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, ils doivent être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

B. Typologie

Le SPH est assuré :

- par les établissements publics de santé : CHRU, CHG, CH, CHS, HL,
- par les établissements de santé privés à but non lucratif admis, sous certaines conditions, à participer à l'exécution du SPH,
- par les établissements de santé privés ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du SPH.

De plus, les autres établissements de santé privés peuvent être associés au fonctionnement du SPH, s'ils ont passé une convention avec les organismes de sécurité sociale.

1. Les Centres Hospitaliers (CH)

Les CHR ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et figurent sur une liste établie par

décrets. Ils doivent assurer les soins courants à la population proche, mais également des soins techniques de haut niveau (de 2^{ème} ligne, de recours) pour l'ensemble de la population régionale voire nationale et internationale.

Les CHU : sont ainsi dénommés les CHR qui ont passé une convention avec une Université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche (UFR) en médecine, pharmacie ou odontologie.

Les CH non universitaires : ce sont les CH n'ayant pas passé une convention avec une unité de formation et de recherche. Ce sont les plus nombreux : Les Centres Hospitaliers Généraux (CHG) et les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS).

2. Les Hôpitaux Locaux (HL)

Ils comportent des unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante. Ils peuvent en outre avoir des activités de moyen et long séjour.

La loi précise que les HL ne peuvent assurer des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë qu'en médecine. Pour assurer ces soins, ils doivent passer une convention avec un ou plusieurs CH publics ou établissements de santé privés assurant le SPH ou associés à son fonctionnement, qui dispensent ces soins.

C. Organisation administrative

L'organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital est en pleine évolution avec la mise en application de la loi HPST. Jusqu'à la fin du premier semestre 2010 :

- la stratégie et le contrôle sont du ressort du conseil d'administration (CA),
- la gestion relève d'un conseil exécutif (CE) placé sous l'égide du directeur général et associant l'administration et le corps médical réunis,
- la définition de la politique médicale, de la formation médicale continue et d'évaluation est confiée à une commission médicale d'établissement.

1. Direction de l'établissement

Agent administratif nommé par le Ministre ou le Secrétaire d'Etat chargé de la santé, après avis du CA, le Directeur d'établissement prépare les travaux du CA, et notamment le budget de l'hôpital et le projet d'établissement qu'il lui soumet.

Il est également chargé de l'exécution des décisions du CA et de mettre en œuvre la politique définie par ce dernier.

Mais surtout, la loi lui reconnaît une compétence personnelle et générale sur l'ensemble des affaires de l'établissement ne relevant pas des attributions spécifiques du CA. Dans ce cadre, il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le CA informé.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel. Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

2. Les instances stratégiques et décisionnelles

a) Le conseil d'administration

Les missions du CA sont recentrées sur des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle. En

matière stratégique, il adopte les orientations clés de l'établissement. Il a pour mission d'évaluer et de suivre, sur la base d'indicateurs de résultats, la mise en œuvre du projet d'établissement. Enfin, ses pouvoirs de contrôle sont renforcés.

Pour information

Il délibère sur :

- le projet d'établissement, y compris le projet médical, ainsi que le contrat d'objectifs et de moyens,
- les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipement en matériels lourds,
- le rapport prévisionnel d'activité ainsi que le budget,
- les emplois de praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel,
- les conventions passées avec un établissement universitaire et les conventions liées au contrat d'association avec les établissements privés à but lucratif,
- les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation,
- les créations, suppressions, transformations de structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques et des services autres,
- les actions de coopération,
- les acquisitions ou échanges d'immeubles,
- les emprunts,
- le règlement intérieur...

La CA comprend six catégories de membres :

- des représentants élus des collectivités territoriales,
- des représentants de l'Assurance Maladie,
- des représentants du personnel médical, odontologique, pharmacien,
- un représentant de la commission du service de soins infirmiers,
- des représentants du personnel,
- des personnalités qualifiées.

La présidence du conseil d'administration est attribuée de droit au maire de la commune. Cela pose question notamment parce que les zones de desserte des établissements hospitaliers s'étendent aujourd'hui, souvent, bien au-delà d'une commune, aux circonscriptions départementales et régionales. Dans les opérations de restructuration, fusion ou association, les maires peuvent être confrontés à de réelles contradictions. L'ordonnance maintient, toutefois, la présidence du conseil d'administration par le maire pour les CHU et les CH, et par le président du conseil général pour les CHS. Si le président de droit renonce à la présidence, son remplaçant est élu par les collèges des représentants des collectivités territoriales (premier collège) et des personnalités qualifiées et usagers (troisième collège) et en leur sein.

b) Le conseil exécutif

Le CE assure la gestion de l'établissement sous l'égide du directeur général. Il adopte une composition mixte administrative et médicale. Cette mixité vise à réconcilier les logiques différentes

qui s'expriment à l'hôpital, et à dépasser les clivages, au service du seul intérêt général de l'établissement et du patient.

Ce conseil est composé à parité de praticiens de l'établissement, dont le président de la commission médicale d'établissement, et dans les centres hospitaliers universitaires, le doyen et des membres de l'équipe de direction dont le directeur, président de droit. Le conseil exécutif prépare l'ensemble des mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel.

3. Les instances consultatives

a) La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

La CME est une instance consultative, représentative des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.

Les missions de la CME sont centrées sur la définition de la stratégie médicale et de la politique de formation médicale continue et d'évaluation. Son rôle stratégique est conforté par une implication plus forte dans la définition de la politique médicale de l'établissement et dans l'organisation de la formation médicale continue et des certifications des pratiques professionnelles.

Elle prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement, qui définit pour une durée maximale de cinq ans les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Elle décide également avec lui des mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement. Depuis les ordonnances d'avril 96 :

- elle participe à l'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens signé entre l'établissement et l'ARH,
- elle contribue à l'amélioration de la qualité des soins,
- elle organise la formation continue des médecins hospitaliers.

Elle est par ailleurs consultée sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissements relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le rapport prévisionnel d'activité, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques.

La CME est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers.

b) La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Elle se substitue à la commission du service de soins infirmiers. Les personnels soignants y sont représentés et apportent, par leur réflexion, leur contribution à la bonne marche des services de soins.

Cette nouvelle commission est consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles.

c) Le Comité Technique d'Etablissement (CTE)

Institué dans chaque établissement public de santé, le comité technique est présidé par le président du conseil d'administration ou, par délégation de celui-ci, par le directeur. Il est composé de représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

- le projet d'établissement et les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds,
- le contrat d'objectifs et de moyens passé avec l'ARH,
- le budget, le rapport prévisionnel d'activité, les comptes ainsi que le tableau des emplois,
- les créations, suppressions, transformations des structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques et des autres services et notamment la création/suppression des centres de responsabilité,
- les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement,
- les règles concernant l'emploi des différentes catégories de personnels, pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires,
- les critères de répartition de certaines primes et indemnités,
- la politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation,
- le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement,
- les actions de coopération en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat inter-hôpitalier, l'affiliation ou le retrait d'un tel syndicat, la création ou l'adhésion à un groupement de coopération sanitaire, à un groupement d'intérêt public, à un groupement d'intérêt économique, les conventions concernant les actions de coopération internationale.

d) Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) a compétence pour donner un avis sur toutes les questions relevant de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail.

4. L'organisation en pôles d'activité

L'ordonnance du 2 mai 2005 instaure l'organisation des établissements de santé en pôles d'activité. L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration de la gestion. Afin d'obtenir des structures de taille critique suffisante, les pôles regroupent des services ayant des activités communes ou complémentaires. Le nombre, la taille et la composition des pôles sont laissés au choix de l'établissement ce qui permet de les adapter à la réalité du terrain.

Les responsables de pôles seront à la fois des médecins et des gestionnaires et disposent de pouvoirs importants, en contrepartie de cette responsabilité. Les praticiens hospitaliers responsables de pôle seront nommés conjointement par le directeur et le président de la commission médicale d'établissement (CME). Ils ne sont pas élus par leurs pairs, traduisant une logique de management, de décision, et non de représentation.

Le contrat conclu entre le pôle et le conseil exécutif comprend une délégation de gestion au responsable de pôle afin, par exemple, de décider des achats pour son « pôle » de matériels médicaux, d'informatiques, de consommables, voire de médicaments. Les termes de cette délégation sont fixés par le règlement intérieur de l'établissement et prévus dans le contrat entre le pôle et le conseil exécutif. Cette contractualisation interne avec la direction de l'hôpital permet de déconcentrer la gestion quotidienne et la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.

D. Organisation de la stratégie hospitalière : les projets

1. Le projet d'établissement

Il est un instrument de prospective permettant à l'établissement de fonctionner en harmonie avec l'organisation sanitaire générale, sur la base d'un projet établi selon une procédure collective.

Le projet d'établissement, préparé et présenté par le directeur au conseil d'administration pour délibération, définit, notamment sur la base du projet médical et pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Compatible avec les objectifs du SROS, il détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il se traduit par des plans d'action prioritaires.

2. Le projet médical

Préparé avec le directeur, le projet médical d'établissement définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux débattus en commission médicale d'établissement et présentés en conseil d'administration par le président de cette dernière.

3. Le projet de service ou de département

Il est préparé par chaque chef de service ou de département, élaboré avec les conseils de service ou de département, et prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

4. Le projet de soins infirmiers

Il est préparé par le (la) directeur(trice) du service des soins infirmiers et prévoit l'organisation générale des soins infirmiers et de l'accompagnement des malades, la recherche en soins infirmiers, ainsi que leur évaluation et l'élaboration d'une politique de formation.

V. **Les établissements de santé privés**

Il existe deux types d'établissements :

- les établissements participant au service public hospitalier : les dispositions qui concernent les établissements publics de santé leurs sont appliquées,
- les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier et qui sont essentiellement constitués des cliniques privées à but commercial. Ce sont elles qui sont étudiées dans ce chapitre.

La clinique privée à but commercial est apparue au XIX^e siècle pour une clientèle aisée, capable de payer les honoraires et les frais de séjour. Entre 1945 et la fin des années 1960, les cliniques privées appartiennent traditionnellement à un praticien actionnaire qui engage d'autres médecins afin d'assurer l'équilibre financier, grâce au reversement d'une partie de leurs honoraires. Dans les années 1970, pour garantir l'investissement technologique, les cliniques deviennent des sociétés pour

lesquelles, tout ou partie du personnel médical devient actionnaire. La gestion revêt une importance croissante. Dans les années 1980, les cliniques ont été pour une part regroupées en chaînes, par rachat. De grands groupes financiers en sont les actionnaires.

Par ailleurs, des conférences médicales ont été mises en place par la loi de 1991. Elles sont l'équivalent de la CME dans les établissements publics. Elles sont chargées de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. Elles donnent leur avis sur la politique médicale de l'établissement, ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

VI. Le financement des établissements de santé

Depuis 1983, et jusqu'à la généralisation du financement par la tarification à l'activité telle que figurant dans le Plan Hôpital 2007, il existait principalement deux systèmes de financement des structures hospitalières :

- le budget global (appelé « dotation globale de financement ») qui s'appliquait à l'ensemble des établissements publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier,
- un système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par prix de journée et paiement à l'acte, qui concernait les cliniques privées.

Les dépenses d'assurance maladie des établissements privés étaient encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation visant à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

Chaque année, étaient fixés, de manière distincte, les taux d'évolution de la dotation globale et de l'OQN qui constituent les deux sous-ensembles essentiels de la part de l'ONDAM consacrée aux établissements de santé.

Les orientations visent à harmoniser les modes de rémunérations des deux secteurs en remplaçant les modes de financement actuels (dotation globale dans le secteur public, tarifs et prestations dans le secteur privé) par un système de la tarification à l'activité.

A. Principes de la tarification à l'activité

La tarification à l'activité est une méthode de financement des établissements de soins qui permet d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective pour une prise en charge analogue et un prix identique. L'activité de l'établissement est mesurée et évaluée par le recueil d'informations effectué par les établissements publics ou privés au travers du Programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI).

Bénéfices attendus

- une meilleure équité de traitement par l'harmonisation des modes de financement des établissements publics et privés qui repose sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu au patient,
- fondé sur l'activité réelle des établissements rémunérés en fonction de coûts moyens nationaux par pathologie, ce système est une incitation forte à la réalisation de gains de « productivité » et le vecteur d'une allocation plus équitable des ressources entre les établissements. Il a été mis en place dans de nombreux pays, pour certains depuis longtemps (Etats-Unis, Australie), pour d'autres de manière plus récente (Irlande, Portugal, Espagne, Italie, Allemagne, Pays-Bas...),
- en substituant une logique de recettes à la logique de dépenses du système actuel, la tarification à l'activité incite les établissements à mieux connaître leurs coûts et à les maîtriser.

Le PMSI et la comptabilité analytique sont, à cet égard, encore insuffisamment utilisés. Un établissement sur deux est dépourvu d'un système de contrôle de gestion. Ces outils deviendront la base du pilotage financier des établissements. La T2A favorise ainsi le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés,

- cette plus grande transparence de l'activité hospitalière alimente la réflexion stratégique des hôpitaux et favorise les reconstitutions internes, en exerçant notamment un effet décloisonnant sur les services. En rapprochant le mode de financement du secteur public de celui du secteur privé, la tarification à l'activité facilite par ailleurs la conduite des restructurations externes et encourage ainsi l'utilisation partagée des équipements médicaux et favorise une reconstitution hospitalière face à l'éparpillement de l'offre,
- elle facilite enfin un meilleur pilotage du secteur hospitalier par les ARH. Par son effet de transparence des coûts, elle développe en effet la possibilité de comparer les hôpitaux et constitue un outil d'aide à la décision lors de la planification sanitaire ou de la négociation des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements.

B. Modalités de financement

L'allocation budgétaire est mixte et distingue, d'un côté, les missions de soins qui ont vocation à être financées directement à l'activité et, de l'autre, les missions d'intérêt général ou missions de service public (recherche, enseignement, urgences, innovation thérapeutique, réseaux de soins...), dont le coût n'est pas directement lié à l'activité, et continuant d'être assurées par des dotations globales.

Trois modalités de financement sont directement liées à l'activité réalisée et donnent lieu à des paiements spécifiques :

- le paiement d'un tarif par séjour, dit Groupe homogène de séjour (GHS),
- le paiement d'un tarif par prestation pour les activités de consultation externe et les actes externes d'urgence (hospitalisation publique), de prélèvement d'organes, ainsi que l'hospitalisation à domicile (activités non décrites par les GHS),
- le paiement de certaines fournitures, en plus des tarifs de prestation (certains médicaments coûteux et les Dispositifs médicaux implantables (DMI) comme les prothèses). Une liste des molécules et des DMI concernés est établie par voie réglementaire, en fonction de leur caractère onéreux et de l'hétérogénéité qu'il introduit dans les tarifs par séjour.

Viennent ensuite les modalités de financement mixte, pour certaines activités de soins, correspondant à un montant de ressources annuelles fixes, mais déterminé en fonction de l'activité réalisée. Un forfait annuel financera ainsi les coûts fixes liés aux urgences.

Enfin, un financement spécifique est prévu pour les Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) destinées à couvrir toutes les missions et activités qu'il n'est pas possible de financer au séjour, à l'acte ou d'une manière générale dans une unité accessible facilement à la mesure. Ces missions sont davantage concentrées dans les établissements publics, mais pas exclusivement, et pour certaines de ces missions, dans les établissements hospitalo-universitaires. Ce groupe comprend trois catégories :

- les missions d'enseignement, de recherche, d'innovation, de recours,
- toutes les autres missions spécifiques, transversales, comme les SAMU et SMUR, les centres de référence, les activités de soins aux détenus, certaines actions de prévention. Ces missions particulières n'obéissent pas, à l'évidence, aux mêmes règles que les activités de soins en hospitalisation ou en consultation, ce qui justifie leur financement sous cette forme,
- l'aide à la contractualisation qui a vocation à accompagner financièrement la conclusion des

contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements. Les MIGAC font l'objet d'une contractualisation avec les ARH, afin d'en assurer le suivi et l'évaluation.

C. Modalités de régulation

Dans un 1^{er} temps par cette réforme, seule l'activité MCO est concernée.

La tarification à l'activité repose sur des tarifs nationaux qui restent aujourd'hui différenciés selon le statut des établissements. En effet, deux barèmes de tarifs vont coexister, l'un applicable aux établissements antérieurement financés sous Dotation globale de financement (DGF) et l'autre applicable aux cliniques privées sous Objectif quantifié national (OQN). L'écart entre les deux barèmes tarifaires provient d'une part du périmètre distinct des charges et du financement des deux secteurs hospitaliers, d'autre part de la méthodologie de construction des tarifs, fondamentalement différente à ce jour.

Avec l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, la décomposition de l'ONDAM dans le champ des établissements de santé a été complètement revue. Jusqu'en 2004, l'ONDAM voté par le Parlement était ensuite décomposé par le gouvernement en enveloppes : médecine de ville, hôpital, cliniques et établissements médico-sociaux. La dotation spécifique aux réseaux a été constituée par redéploiements sur ces quatre enveloppes. La réforme portant sur la tarification à l'activité modifie légèrement cette procédure pour 2005 en fusionnant l'enveloppe hôpital public et cliniques privées, et en créant des enveloppes spécifiques pour certaines activités des établissements.

Par ailleurs, la fongibilité complète entre les différentes composantes de l'ONDAM relatives aux établissements de santé a été organisée. Ainsi, l'Objectif de dépenses médecine chirurgie obstétrique (ODMCO) est désormais commun aux établissements publics et aux cliniques privées. Il couvre à la fois les dépenses tarifées à l'activité dans le champ MCO, le financement des médicaments et dispositifs en sus des tarifs, et la rémunération forfaitaire de certaines activités à coût fixe important (urgences, greffes...). Cette masse budgétaire comprend une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui maintient le mode de financement par dotation de certaines activités spécifiques (enseignement, recherche, innovation, recours), ainsi que les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec les ARH.

VII. Les nouvelles dispositions : la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) a été promulguée le 21 Juillet 2009. Elle comporte quatre titres :

- Titre 1 - La modernisation des établissements de santé,
- Titre 2 - L'accès de tous à des soins de qualité,
- Titre 3 - Prévention et santé publique,
- Titre 4 - Organisation territoriale du système de santé.

Elle a pour objectif de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale et de ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012 alors qu'ils affichent un déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année.

Les principales mesures de la loi sont les suivantes :

- une organisation régionale de la santé : les Agences régionales de santé (ARS) regroupent sept structures complémentaires, dont les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les DDASS, les unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM) et une partie de l'activité des caisses régionales d'assurance maladie (CRAM). Les ARS sont appelées à

coordonner les hôpitaux, la médecine de ville (généralistes et spécialistes) et le secteur médico-social (maisons de retraite, ESAT...),

- gouvernance des hôpitaux : le texte prévoit une nouvelle gouvernance des hôpitaux avec un conseil de surveillance, un directoire et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens). Il vise à faciliter des « coopérations » de l'hôpital public avec le secteur privé (cliniques...). L'objectif affiché est de débloquer la vie de l'hôpital qui était figée par la recherche du consensus ou l'équilibre des lobbies internes. Le souhait est de mettre « un seul patron à l'hôpital »,
- accès aux soins : la loi entend lutter contre l'inégalité des patients en matière d'accès aux soins. Face à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, la loi veut tenter de repeupler les déserts médicaux tout en respectant le principe de la liberté d'installation des professionnels libéraux,
- prévention et santé publique : le texte prévoit l'interdiction totale de vente d'alcool aux mineurs et limite la vente d'alcool dans les stations-services. Il facilite l'accès à la contraception, en prévoyant notamment la possibilité pour le pharmacien de délivrer des contraceptifs oraux au-delà de la période de validité de l'ordonnance.

Le mot d'ordre concernant le titre 1 (modernisation des établissements de santé) est : coordination.

La mise en place d'une « nouvelle gouvernance » est destinée à renforcer la direction administrative des établissements et les équipes médicales afin de donner à l'hôpital plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Du rapport Larcher au projet de loi

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.

Un autre objectif annoncé de la réforme était de rénover le fonctionnement des établissements de santé. 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.

A ce titre, la loi "HPST" (chapitre II du titre I, articles 8 à 21) redéfinit les instances de direction et d'administration des établissements publics de santé. Elle substitue à l'organisation antérieure (reposant sur un conseil d'administration, un conseil exécutif et un directeur), une nouvelle organisation centrée sur le directeur d'établissement, assisté d'un directoire et d'un conseil de surveillance.

Un directeur conforté et renforcé

Désormais le directeur conduit la politique générale de l'établissement et préside le directoire. La loi marque ainsi une évolution notable en transférant au directeur l'essentiel des pouvoirs qui restaient détenus par le conseil d'administration.

Comme par le passé, le directeur représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement. Il est également l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses (EPRD). Il nomme les personnels non médicaux et a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement.

Alors que le directeur était chargé de préparer et d'exécuter les délibérations du conseil d'administration, il est désormais investi d'une compétence générale concernant les affaires de l'établissement autres que celles réservées au conseil de surveillance.

La loi HPST renforce les pouvoirs du directeur dans le domaine de l'organisation interne de l'établissement. Elle prévoit que le directeur (en lieu et place de l'ancien conseil d'administration) définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement et, dans les CHU, du directeur de l'UFR médicale.

C'est également le directeur qui a désormais compétence pour nommer les chefs de pôles sur présentation, s'agissant des chefs de pôle clinique ou médico-technique, d'une liste élaborée par le président de la CME. Les autres chefs de pôles (administratifs, logistiques, etc.) sont nommés directement par le directeur.

Le dispositif de contractualisation interne entre l'établissement et le chef de pôle est également maintenu, mais, là encore, il n'est plus prévu d'intervention du président de la CME en qualité de cocontractant. Celui-ci sera seulement consulté pour avis afin de vérifier la cohérence du projet de contrat de pôle avec le projet médical. Dans les CHU, le projet de contrat de pôle est également soumis pour avis au directeur de l'UFR médical.

De façon strictement similaire aux fonctions qu'il exerçait vis-à-vis du conseil d'administration, le directeur prépare les travaux du conseil de surveillance, y assiste et exécute ses délibérations.

Son rôle est renforcé en matière de gestion du personnel. C'est le directeur qui propose au directeur général du centre national de gestion, sur proposition du chef de pôle, lorsqu'il existe, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, la nomination, dans les conditions fixées par voie réglementaire, du personnel médical, pharmaceutique et odontologique qui exerce tout ou partie de ses activités dans l'établissement public de santé.

Les conditions de nomination du directeur sont également modifiées. La loi prévoit désormais que le directeur est nommé :

- par décret sur le rapport du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'université et de la recherche dans le cas des CHU,
- par décret sur le rapport du ministre de la santé pour les centres hospitaliers régionaux.

Pour les autres établissements, il est nommé par arrêté du directeur général du centre national de gestion sur une liste, comportant au moins trois noms, établie par le directeur de l'agence régionale de santé, et après avis du président du conseil de surveillance.

Le directeur peut, dans l'intérêt du service, être révoqué par décision de l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du conseil de surveillance.

Du conseil exécutif au directoire

La loi 10 HPST substitue au conseil exécutif un « directoire » dont la composition et les attributions sont réduites. Alors que le conseil exécutif était composé, au maximum de 12 membres (16 membres dans les CHU), le directoire voit sa composition uniformément fixée, par la loi, à 7 membres (9 membres dans les CHU). La loi ne prévoit plus l'exigence d'une composition paritaire du directoire. Si la loi continue d'imposer la présence d'un noyau dur de représentants des personnels médicaux, membres de droit, elle renforce le pouvoir du directeur pour nommer et, le cas échéant révoquer, après information du conseil de surveillance, les autres membres du directoire, tout en exigeant que le directoire soit composé, en majorité, des représentants du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Composition du directoire

Dans les établissements publics de santé, le directoire est composé du :

- Directeur de l'établissement (président du directoire),
- Président de la CME (vice-président du directoire),
- Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques - Président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques,

- Membres nommés par le directeur (lorsque ces personnes appartiennent au personnel médical, celui-ci doit choisir dans une liste établie par le président de la CME).

Dans les centres hospitaliers universitaires, le directoire est composé du :

- Directeur de l'établissement (président du directoire),
- Président de la CME (1er vice-président du directoire),
- Directeur de l'UFR ou président du comité de coordination de l'enseignement médical (vice-président doyen),
- Vice-président chargé de la recherche (nommé par le directeur sur proposition conjointe),
- Membres nommés par le directeur (lorsque ces personnes appartiennent au personnel médical, celui-ci doit choisir dans une liste établie conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR).

Le directoire voit également ses attributions réduites

Alors que l'ancien conseil exécutif était chargé de préparer les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement, de la préparation du projet médical et des plans de formation, de contribuer à l'élaboration et la mise en œuvre du plan de sauvegarde et de redressement, de formuler un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité, et des professionnels de santé appelés à travailler conjointement avec la commission des soins infirmiers, le directoire voit sa mission significativement réduite à l'approbation du projet médical, la préparation du projet d'établissement et à une fonction de conseil au directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Du conseil d'administration au conseil de surveillance

Conformément au modèle traditionnel de gouvernance des établissements publics, les établissements publics de santé étaient dotés, depuis la loi du 31 décembre 1970, d'un organe délibérant, « le conseil d'administration », dont le directeur était à la fois l'autorité responsable et l'exécutif.

La loi HPST substitue au conseil d'administration un conseil de surveillance, dont les attributions sont recentrées sur les orientations stratégiques de l'établissement et le contrôle permanent de l'établissement. Le conseil de surveillance est désormais chargé de se prononcer sur la stratégie de l'établissement public de santé, de contrôler sa gestion et d'intervenir, à titre consultatif, sur diverses questions. Il délibère sur :

- le projet d'établissement,
- la convention constitutive des CHU,
- les conventions à intervenir avec les syndicats hospitaliers,
- la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire,
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Au titre du contrôle de la gestion de l'établissement, il délibère sur :

- le compte financier et l'affectation des résultats,
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement,
- les conventions à intervenir, de manière directe ou indirecte, entre l'établissement et les membres du directoire ou du conseil de surveillance,
- la nomination du commissaire aux comptes lorsque les comptes de l'établissement sont soumis à certification.

Il opère, à tout moment, les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Il entend le directeur sur l'état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que sur le programme d'investissement.

Enfin, il est obligatoirement consulté sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la gestion des risques, les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit

ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat,
- le règlement intérieur de l'établissement.

La loi modifie également la composition du conseil de surveillance.

Comme antérieurement le conseil d'administration, sa composition est tripartite et associe des élus locaux, des représentants des personnels et des personnalités qualifiées.

Chacune des catégories de représentants ne peut comporter plus de 5 membres. Dans les faits, le conseil de surveillance ne peut donc comporter plus de 15 membres à voix délibératives.

Le conseil de surveillance reste, comme le conseil d'administration, composé de trois collèges. Mais, désormais, le nombre de représentants issus de chaque collège doit être identique. La loi met ainsi fin à la sous-représentation des personnalités qualifiées, qui, dans les textes antérieurs, étaient au nombre de six, quel que soit le type d'établissement :

- le collège des élus locaux, composé de cinq membres au plus, compte au moins parmi ses membres le maire de la commune siège de l'établissement et le président du conseil général ou leurs représentants,

- Le collège des représentants du personnel, également composé de cinq membres au plus, comporte au moins un représentant de la commission des soins infirmiers et, à parité, des représentants des personnels médicaux désignés par la CME et des personnels non médicaux désignés par les organisations syndicales les plus représentatives. La représentativité des organisations syndicales est appréciée compte tenu des résultats obtenus lors des dernières élections au comité technique d'établissement,

- Le collège des personnalités qualifiées (cinq membres au plus) comporte également deux personnalités désignées par le directeur de l'ARS ainsi que deux représentants des usagers et une personnalité qualifiée désignés par le préfet.

Le conseil de surveillance des établissements publics de santé compte également différents membres ayant voix consultative :

- le directeur général de l'agence régionale de santé,

- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique (lorsqu'elle existe),

- le directeur de la caisse d'assurance maladie,

- dans le cas des CHU, le directeur de l'UFR ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical siège au conseil de surveillance avec voix consultative.

Convention de communauté hospitalière de territoire

Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine. Un établissement public de santé ne peut être partie qu'à une seule convention de communauté hospitalière de territoire. Un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de communauté hospitalière de territoire.

Groupements de coopération sanitaire

Le groupement de coopération sanitaire de moyens a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ; réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun et permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement. Il poursuit un but non lucratif.

Coordination de l'évolution du système de santé

Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de l'adapter aux besoins de la population et d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et de maîtriser son coût et améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche. A cette fin, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ou de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.