

Historique des réformes hospitalières en France

Mise à jour : novembre 2009

Quelques repères historiques	1
La municipalisation des hôpitaux	2
La période asilaire	3
L'autonomie des hôpitaux et la reconnaissance d'établissements privés	4
Le début de l'étatisation des hôpitaux	4
La réforme hospitalo-universitaire	5
La sectorisation psychiatrique et le début de l'anti-asile	6
Un système hospitalo-centriste	7
Le planisme hospitalier	8
La régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé	10
Les droits des malades : contrepoint du pouvoir médical	11
Plan hôpital 2007	12
La réforme de 2003 : une simplification du droit hospitalier	12
La nouvelle gouvernance de 2005	13
Plan hôpital 2012	14
Loi Hôpital Patients Santé Territoires	16
Sites internet	21
Bibliographie	21

Quelques repères historiques

IVe et Ve siècles : créées à l'origine par les Chrétiens et encouragés par le Clergé, les maisons d'hospitalité apparaissent au IVe et Ve siècle pour accueillir les malheureux, malades ou trop âgés ou les pèlerins sur le chemin de Compostelle.

Les institutions hospitalières sont ensuite de plus en plus surveillées par la Royauté.

XIIe siècle et suivants : des établissements spécialisés sont créés dans la lutte contre la lèpre aux périphéries des villes.

Dans son testament, Louis VII (1120-1180) fait des legs à 2000 léproseries.

François 1^{er} (1515-1547) : crée le Grand Bureau des Pauvres, qui avait pour mission de coordonner l'activité des hôpitaux du royaume; et confère aux officiers royaux l'administration hospitalière.

1551 : Henri II instaure une taxe communale, le droit des pauvres, pour rééquilibrer les comptes hospitaliers.

1662 : Louis XIV demande la création, dans chaque ville importante, d'un hôtel-Dieu et d'un hospice pour y recevoir et « renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées ».

1784 : un ministre de Louis XVI, Necker, consacre un chapitre sur les hôpitaux dans son ouvrage : « De l'administration des finances de la France ».

Il recense 700 hôpitaux et une centaine d'établissements de trois ou quatre lits fondés par des Particuliers. Il estime à 100 ou 110 000 le nombre de malheureux qui se trouvent dans ces établissements.

1778 : selon l'article de Diderot dans la Grande encyclopédie, il serait plus important de travailler à prévenir la misère qu'à multiplier les asiles.

1788 : le chirurgien Jacques Tenon publie ses Mémoires sur les hôpitaux de Paris et écrit : « les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple ».

1789-1791 : au travers d'un Comité de mendicité présidé par de La Rochefoucauld-Laincourt, les Révolutionnaires prennent le parti de la fermeture des hôpitaux afin de confirmer leur programme de lutte contre la mendicité.
Les hôpitaux sont confisqués aux congrégations religieuses en 1790 et un décret du 23 messidor de l'an II (1794) nationalise les hôpitaux.

7 octobre 1796 : la situation des hôpitaux étant devenue plus critique qu'auparavant, le Directoire remet aux communes la gestion des hôpitaux.

1838 : les aliénés ont un asile

1851 : l'autonomie des hôpitaux et la reconnaissance d'établissements privés

1941 : le début de l'étatisation des hôpitaux

1958 : la réforme hospitalo-universitaire

1960 : la sectorisation psychiatrique et le début de l'anti-asile

1970 : les premiers jalons d'un système hospitalier

1991 : le planisme hospitalier

1996 : la régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé

2002 : les droits des malades, contrepoint du pouvoir médical

2005 : la nouvelle gouvernance

In : Panorama critique des réformes hospitalières / J.M. Clément. Les Etudes hospitalières, 2007.

La municipalisation des hôpitaux

Loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) : le Directoire se décharge de la gestion des hôpitaux sur les communes.

► Chaque administration municipale a la surveillance des hospices civils établissement dans son arrondissement. Elle nomme une commission composée de cinq citoyens résidant dans le canton, qui éliront entre eux un président et choisiront un secrétaire.
Une circulaire du ministre Chaptal, le 15 mai 1801, précise que le Président de la commission doit être le maire de la commune.

► La gestion des biens est laissée aux hospices et ceux, dont les biens ont été vendus, sont remplacés en biens nationaux du même produit.

► La gestion de l'hôpital est rattachée à la commune de son implantation : chaque commission élit un receveur qui rend compte tous les trois mois. L'administration municipale transmet ensuite ces comptes à l'administration départementale.

Le receveur ne deviendra un comptable du trésor que par la loi de 1822, qui pronce la séparation des ordonnateurs et des comptables.

Cette loi du 7 octobre 1796 est ensuite modifiée par les régimes politiques qui vont se succéder, sans être fondamentalement changée.

Avis du Conseil d'Etat du 17 janvier 1806 et circulaire du 3 novembre 1806 : aucun établissement hospitalier ne peut exister sans une autorisation expresse. Les hospices ou établissements privés n'ont pas de reconnaissance juridique.

La période asilaire

Loi du 30 juin 1838 : elle impose l'ouverture d'un asile pour les aliénés de chaque sexe dans tous les départements du Royaume.

Elle fait suite à une grande enquête initiée par le ministre Gasparin auprès des établissements d'aliénés, et s'inspire des théories de l'aliéniste Pinel (Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie) et de ses disciples Ferrus et Esquirol.

► Les aliénés (du latin alienus, étrange, étranger) doivent être placés sous contrainte, soit de l'initiative de la force publique représentée par le Préfet, soit de l'initiative de l'entourage du malade mental.

► Chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir et soigner les aliénés ou traiter à cet effet avec un établissement public ou privé soit de ce département, soit d'un autre département.

L'article 1 de cette loi subsistera jusqu'à la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation des malades mentaux.

Ordonnance du 18 décembre 1839 : elle donne un statut particulier à ces asiles en les érigeant en établissements publics.

► Ces établissements publics sont administrés sous l'autorité du ministre secrétaire d'Etat au département de l'Intérieur et des préfets de départements et sous la surveillance de commissions gratuites par un directeur responsable. La fonction de médecin-chef est aussi créée.

► Le directeur et le médecin-chef sont nommés par le ministre de l'Intérieur ou le préfet. Le receveur et l'économiste sont nommés par le préfet.

La gestion des hôpitaux est donc étroitement rattachée au pouvoir central.

L'autonomie des hôpitaux et la reconnaissance d'établissements privés

Loi du 7 août 1851 : elle érige en établissements autonomes les hospices et hôpitaux jusqu'alors rattachés à la commune de leur lieu d'implantation.

► Les malades sans ressource peuvent ainsi être hospitalisés dans n'importe quel établissement, le lieu de domicile n'est plus un critère pour être pris en charge par un hôpital ou hospice.

Un prix de journée est imposé pour permettre aux établissements recevant des indigents non domiciliés dans la commune de leur lieu d'implantation d'être remboursés des frais qu'ils avancent. Ce sont les communes d'origine des indigents, voire les conseils généraux des départements concernés qui remboursent les frais de séjour de ces patients aux établissements qui les reçoivent.

► Les hôpitaux et les hospices deviennent des établissements autonomes disposant de la personnalité morale, c'est-à-dire du droit d'avoir son patrimoine, de disposer d'un budget et d'agir, le cas échéant, en justice. Ces établissements publics ne sont plus dépendants de la commune de leur lieu d'implantation, même si les délibérations de leur assemblée délibérante doivent être approuvées par le conseil municipal de ladite commune avant de subir la même procédure devant le préfet de département.

► La commission administrative reçoit de nouvelles compétences : d'organe de surveillance, elle devient organe de direction. Sa composition est toujours de cinq membres auxquels s'ajoute le maire de la commune du lieu d'implantation. Certains établissements ont un plus grand nombre de membres en vertu d'autorisation expresse, tel les hospices civils de Lyon.. Les commissions administratives étaient investies de l'administration directe des établissements qu'elles dirigeaient. Il n'y a pas de directeur comme cela existait depuis 1838 pour les asiles d'aliénés. Les médecins, chirurgiens et pharmaciens sont nommés par cette commission, qui ne peut cependant pas les rvoquer sans l'approbation du préfet par décision du ministre.

Le service intérieur était entièrement assuré par des sœurs hospitalières dont le décret du 18 février 1809 a converti l'usage en droit.

► La loi modifie l'avis du Conseil d'Etat du 17 janvier 1806, et reconnaît désormais les établissements privés. Elle autorise les communes qui ne possèdent pas d'hospices ou d'hôpitaux à traiter avec les établissements privés. La loi du 30 juin 1838 n'avait reconnu l'utilité des établissements privés que pour les asiles d'aliénés.

Le début de l'étatisation des hôpitaux

Durant la décennie qui s'écoule entre 1930 et 1940, le développement croissant de l'application générale et effective des grandes lois d'assistance promulguées à l'initiative des gouvernements de la III^e république entre 1890 et 1920, la création des assurances sociales et le développement du mouvement mutualiste, firent apparaître la nécessité d'une révision profonde du statut législatifs et administratif des hôpitaux publics. Pour la première fois apparaît la notion de droit aux soins, et donc d'accès pour tous aux structures sanitaires.

Ni la loi du 13 juillet 1935, ni le décret-loi du 17 juin 1938, ni le décret-loi du 19 juillet 1939 n'apportent de modification substantielle à l'organisation hospitalière. Il faut attendre la loi du 21 décembre 1941.

Loi du 21 décembre 1941 « dite Charte hospitalière » : copie conforme d'un décret-loi du 28 juillet 1939 non mise en œuvre suite à la déclaration de guerre du 3 septembre 1939 et la chute de la IIIe république.

Complétée par un décret du 17 avril 1943, elle fixe les nouvelles institutions de l'hôpital.

► Cette loi tient compte de la naissance des Assurances sociales créées par la loi du 5 avril 1928 et modifiées par la loi du 30 avril 1930, pour ouvrir les hôpitaux à toutes les classes sociales. L'hôpital s'ouvre ainsi aux non-indigents et cela va modifier son organisation et son fonctionnement.

L'Etat reprend la main mise sur l'hôpital : la fonction de direction relève du préfet ou du ministre et non plus du président de la commission administrative.

► Le directeur, agent appointé par l'établissement, est nommé par le représentant de l'Etat. Il dispose du pouvoir de nomination sur l'ensemble du personnel, excepté le personnel médical dont la nomination appartient au ministre ou au préfet du département.

► La loi reconnaît le classement des établissements en centre hospitalier régional, en hôpital, en hôpital-hospice et hospice.

► Pour recevoir dans de bonnes conditions les malades payant eux-mêmes les frais ou par tiers-payant d'un organisme d'Assurance sociale, les hôpitaux étaient autorisés à créer des structures dites « cliniques ouvertes » permettant aux médecins libéraux d'hospitaliser leurs patients en percevant directement les honoraires, même en cliniques privées.

► L'organisation médicale actuelle se profile avec l'organisation des services, des chefs de service, et la constitution d'une commission médicale consultative dans chaque établissement.

La commission administrative reste composée en majorité de représentants du conseil municipal de la commune du lieu d'implantation – le maire en reste le président – auxquels s'ajoutent des personnalités qualifiées et des représentants de la commission médicale consultative.

Une ordonnance de 1945 installe un représentant des caisses de Sécurité sociale dans la commission administrative.

La réforme hospitalo-universitaire

Depuis le mois de mai 1958, le premier gouvernement de la Ve république légifère par ordonnances en vertu des pouvoirs délégués par le Parlement. Dans une période d'exception, l'occasion se présente d'adapter les structures juridiques de l'hôpital avant l'immense effort financier qui s'impose comme un grand élan national.

Trois ordonnances successives constituent une véritable réforme hospitalière qui est dominée par la constitution d'un nouvel établissement, le CHRU, unissant le CHR et la faculté de médecine afin d'assurer aux médecins-professeurs un plein temps entre le travail à l'hôpital et leur charge de cours

[Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958](#) portant réforme hospitalière

[Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958](#) relative à la coordination des équipements sanitaires

[Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958](#) portant réforme hospitalo-universitaire

Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière est accompagnée n° 58-1201 du même jour qui intaurait des organes nationaux ayant pour mission de concevoir et contrôler la mise en œuvre d'une politique hospitalière nationale. Sont créés :

- ▶ La commission nationale de l'équipement hospitalier concourant à l'inventaire des équipements sanitaires du pays et donnant son avis sur les créations, transformations et suppressions des hôpitaux, et sur le plan national de modernisation des hôpitaux ;
- ▶ Le conseil supérieur des hôpitaux donnant son avis sur les questions relatives au statut des différentes catégories de personnel ;
- ▶ Un conseil supérieur de la fonction hospitalière ;
- ▶ La commission administrative s'élargissait de sept à neuf membres dont seulement trois représentants du conseil municipal de la commune de rattachement ;
- ▶ Le directeur voyait ses pouvoirs élargis à l'ordonnancement des dépenses et à la perception de recettes en substitution des pouvoirs jusqu'alors accordés au président de la commission administrative. Cette mesure ne concerne que les établissements de moins de deux cents lits, mais elle est significative d'un désaffectement des maires présidents-nés au bénéfice des directeurs fonctionnaires dépendant, pour leur carrière, des ministres et des représentants de l'Etat dans leur département .
- ▶ L'ordonnance crée aussi l'hôpital universitaire et relance le secteur public hospitalier en France, car certains penchaient pour une structure semi-privée. L'influence du professeur de pédiatrie Robert Debré l'emportait. La réforme impose le temps plein aux médecins des CHRU en les obligeant, en contrepartie, à consacrer la totalité de leur temps aux soins, à l'enseignement et à la recherche.

Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires met en œuvre les coordinations des établissements de soins comportant hospitalisation et impose en conséquence une obligation de déclaration préfectorale pour tout établissement de santé privé qui se crée.

La sectorisation psychiatrique et le début de l'anti-asile

En 1945 paraît un livre blanc qui allait engager les pouvoirs publics dans la nouvelle voie de la désaliénation : des psychiatres comme Ey, Le Guillant ou Bonnafé considèrent que les malades mentaux sont des malades comme les autres.

Ce nouveau courant psychiatrique mène à la sectorisation psychiatrique consacrée légalement par une simple circulaire.

- ▶ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales : elle demande que les hôpitaux psychiatriques reçoivent des malades des deux sexes provenant de lieux géographiques découpés en secteurs, autorisant aussi les équipes médicales et soignantes à suivre le malade dans ses lieux de vie et le cas échéant, de travail. Cette circulaire de 1960 marque un tournant significatif pour la prise en charge psychiatrique.
- ▶ Loi 85-772 25 juillet 1985 officialise la sectorisation psychiatrique. Le territoire d'attraction d'un établissement psychiatrique est divisé en autant de secteurs pour malades adultes qu'il

Il y a 70 000 habitants et de secteurs infanto-juvéniles qu'il y a 210 000 habitants. A l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, les services sont affectés à chaque secteur marquant ainsi une volonté de soigner la pathologie mentale en suivant le patient de son lieu de vie à l'hôpital et réciproquement.

L'ensemble s'appuie sur l'externalisation des soins qui, de l'hôpital, se dispensent de plus en plus en milieu ouvert, c'est-à-dire soit dans des centres de consultation appelés centres médico-psychologiques de proximité, soit dans des unités d'hospitalisation de jour ou de nuit extérieures à l'hôpital, soit dans des unités d'hospitalisation.

► Les premiers secteurs apparaissent réellement vers 1970, et le nombre de lits diminue dans les années 1980. 130 000 lits en 1970, pour 70 000 en 2000.

Les alternatives à l'hospitalisation étaient, à l'origine, des régulateurs économiques, même si elles ont été présentées comme des réponses à des besoins de soins. Elles étaient une réponse médicale parfaitement adaptées à la psychiatrie.

► L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement, identifie onze structures alternatives à côté des unités d'hospitalisation à temps complet.

Un système hospitalo-centriste

Tout en préservant apparemment le caractère local de l'hôpital, les ordonnances de 1958 accentuent le desserement des liens entre la collectivité locale et l'établissement de soins, entre l'assemblée gestionnaire et les autorités exécutives. La décentralisation des pouvoirs s'estompe au fil des réformes législatives et réglementaires pour faire face à une concentration progressive.

Par ailleurs, de 1960 à 1970, la France connaît une expansion économique très rare dans sa longue histoire. Les hôpitaux sont parmi les bénéficiaires de cette prospérité.

[Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970](#) : elle définit un système hospitalier en prenant en compte les deux secteurs d'hospitalisation. Le secteur public est majoritaire en médecine et le secteur privé est très important en chirurgie et en obstétrique.

Cette loi présentée par le ministre de la santé Robert Boulin est la première depuis 1951 à être discutée au Parlement.

► Elle instaure une carte sanitaire, qui ne sera qu'une carte hospitalière car, contrairement aux ambitions du législateur, le secteur médical libéral ne fera pas l'objet d'une planification sauvegardant ainsi la liberté d'installation.

La carte sanitaire doit recenser la totalité des lits et des équipements lourds pour contrôler les demandes de création, de transformation ou d'extension des hôpitaux et cliniques. Sur le modèle de la sectorisation psychiatrique, la France est ainsi divisée en secteurs sanitaires, qui regroupent 80 000 habitants par circonscription afin d'autoriser la construction d'un plateau technique minimal, c'est-à-dire avec radiologie, bloc opératoire et laboratoires d'analyses médicales.

L'idée de l'Etat est de créer un vaste service public hospitalier sans doublon, qui regroupe les hôpitaux publics et les établissements privés qui le désirent, à condition de remplir les conditions d'équipements et d'ouverture aux malades en conformité avec les missions du service public. Les établissements privés à but lucratif peuvent solliciter la signature d'un contrat de concession de service public hospitalier.

► Elle propose, en supprimant de nombreux petits établissements publics, une coopération interhospitalière entre structures publiques sous forme de syndicats interhospitaliers auxquels pourront s'adjoindre des cliniques privées assurant le service public hospitalier.

► Elle modifie la composition et les compétences de la commission administrative qui se dénomme désormais conseil d'administration. Celui-ci est composé de quatorze membres parmi lesquels trois représentants du conseil municipal, du conseil général, des personnalités qualifiées, mais aussi des personnels médicaux salariés et des agents non-médecins de l'établissement. A ces membres s'ajouteront des représentants de la Sécurité sociale en nombre renforcé.

Les compétences de ce conseil d'administration sont partagées avec la venue d'un directeur aux pouvoirs devenus très importants depuis l'apparition de cette fonction en 1941.

Le directeur a une compétence générale de gestion et le CA dispose d'attributions certes essentielles (budget, comptes, travaux, financement), mais limitées à treize rubriques qui seront portées à seize à la suite de très nombreuses modifications de la loi princeps.

Modifiée dix-sept fois depuis sa promulgation, la loi du 31 décembre 1970 se caractérise par la volonté des pouvoirs publics de régenter l'ensemble des hôpitaux et cliniques afin de les réorganiser en système permettant l'égalité d'accès aux soins dans le cadre d'une médecine de grande qualité.

► Dans un courant hospitalo-centriste sont organisés autour des hôpitaux : les urgences médicales avec la création des SMUR et des SAMU.

► La psychiatrie réintègre le droit commun hospitalier avec cette loi, modifiée en 1985 pour légaliser la sectorisation psychiatrique, autour de circonscriptions géographiques de 70 000 habitants pour les adultes et 210 000 pour les enfants.

► Elle crée des instances participatives, comme les comités techniques paritaires, comme les CAP (commissions administratives paritaires) ou les CHS (comités d'hygiène et sécurité).

► Elle n'oublie pas les droits des malades, puisqu'elle déclare le libre choix du médecin et de l'établissement pour le patient, ainsi que la possibilité d'accéder à son dossier médical hospitalier par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné par le demandeur.

Le planisme hospitalier

De 1970 à 1991, le mouvement législatif marque la volonté des pouvoirs publics de recentrer les hôpitaux sur la plateau technique au détriment de la mission hôtelière presque bi-millénaire.

[La loi n° 78-11 du 4 janvier 1978](#) expérimente d'autres modes de tarification en sus du prix de journée (seul mode de tarification depuis 1941), instaure le forfait soins et crée les unités de long séjour.

[La loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979](#) met en place la suppression de lits par autorité du ministre chargé de la santé,

[La loi n° 83-25 du 19 janvier 1983](#) et [son décret d'application n° 83-744 du 11 août 1983](#) mettent en œuvre la dotation globale de financement et instaurent le forfait journalier à la charge de l'assuré.

Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984 : elle crée des départements médicaux (qui n'auront aucun succès) et institue une tutelle financière renforcée du préfet de département qui peut alors se substituer au CA pour réformer le budget proposé par chaque établissement de santé public et privé participant au service public hospitalier (PSPH). Elle instaure le taux directeur.

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 et rectificatif ; elle émane pour l'essentiel du ministre Claude Evin, mais le changement de gouvernement fit que sa loi fut soutenue devant le parlement par le ministre Durieux. Elle s'inspire d'une commission d'experts, parmi lesquels le docteur Peigné et Edouard Couty.

Ses objectifs sont de réduire le nombre de lits – les coûts hospitaliers devenant de plus en plus élevés – en s'appuyant sur une planification de plus en plus contraignante.

► Elle conserve la carte sanitaire mais en la renforçant par un schéma d'organisation sanitaire, élaboré dans chaque région par installation (médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, psychiatrie), par activité coûteuse (parmi lesquelles : néonatalogie, urgence, réanimation, hémodialyse...) et par équipement médico-technique.

► Le SROS est modifié tous les cinq ans et s'avère particulièrement redoutable comme outil de restructuration hospitalière. De nombreux services de maternité, d'urgences et autres chirurgies ont été obligés de fermer face aux objectifs du SROS appliqués par des représentants de l'Etat (préfet de région, puis directeur d'agence régionale d'hospitalisation).

► La loi relance la coopération interhospitalière avec l'extension du champ de réalisation des syndicats interhospitaliers et la constitution de groupes d'intérêt économique (GIE) et d'intérêt public (GIP).

► La composition du CA n'est pas modifiée, mais la participation des personnels médicaux et non médicaux est renforcée. Par ailleurs, la loi modifie l'organisation médicale en offrant une panoplie de structures dont celles que voudront bien voter les instances, CME et CA, pour la libre organisation de leur établissement. Très peu d'établissements n'ont recours à ces nouvelles structures.

Le service médical datant de 1941-1943 reste la référence et se forme progressivement des départements médicaux regroupant plusieurs services. La structure des activités médicales bénéficie d'une déclinaison à l'intérieur du service, et recouvre le nom d'unité fonctionnelle. Une loi du 24 juillet 1997 les nommera pôles d'activité.

Ces structures ont pour but de responsabiliser les praticiens hospitaliers non-chefs de service à l'organisation d'un mini-service tout en restant coordonné par le chef de service.

► La loi crée de nouvelles instances de participation comme la commission des services de soins infirmiers chargée, à la suite des grandes grèves de 1998, de mieux assurer la représentation des personnels infirmiers. De même sont créés des conseils de service ou de département qui, sous l'autorité du chef de service, réunissent les différentes catégories de personnels employés dans le service, afin de discuter de son bon fonctionnement. Parfois le CTP est transformé en CTE, entièrement composé des représentants des personnels sous la présidence du directeur chef d'établissement.

La régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé

[Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996](#) relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée .

Son idée fondatrice repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Pour cela sont donc créées les Agences régionales de l'hospitalisation qui associent l'Etat et l'assurance maladie. L'objectif est de réduire les inégalités entre régions et entre établissements. Les moyens pour y parvenir sont : la responsabilisation et la contractualisation, la coordination entre établissements publics et la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation.

L'ordonnance est découpée en huit titres :

- ▶ Le titre 1 traite du droit des malades et prévoit la création de la charte du patient hospitalisé ;
- ▶ Le titre 2 pose le principe de l'évaluation et de l'analyse de l'activité. Pour cela, un agence indépendante est créée : l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, qui fixera les normes de bonnes pratiques cliniques et des références médicales pour l'hôpital et l'ambulatoire ;
- ▶ Le titre 3 est relatif aux contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements publics et privés pour des périodes de trois à cinq ans. Ils déterminent des objectifs de qualité et de sécurité, et allouent des moyens, de financement, d'autorisation de lits, de matériels, et prévoit aussi la conclusion interne d'objectifs ;
- ▶ Le titre 4 crée les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans chaque région. Elles prennent la forme juridique de GIP, associant les services de l'Etat et de l'assurance maladie (DDASS, DRASS, CPAM, CRAM, URCAM) pour assurer une unicité de décision vis-à-vis des établissements. Elles planifient les structures et les équipements, et allouent les ressources aux établissements. Les directeurs de ARH sont nommés en Conseils des ministres. Les ARH récupèrent ainsi la plupart des pouvoirs dévolus aux préfets de région (planification) et aux préfets de département (budget et contrôle de légalité). Les différents services de l'Etat sont désormais coordonnés pour améliorer leurs contrôles sur les établissements de santé ;
- ▶ Le titre 5 est relatif au financement des établissements. Celui-ci fait l'objet d'une dotation globale limitative déterminée en fonction de l'objectif national des dépenses fixé par les LFSS. Le montant total annuel est réparti en dotations régionales, visant à réduire les inégalités régionales. Le régime de financement de l'hospitalisation privée est modifié : un contrat tripartite Etat/Caisses/Fédérations des cliniques se substitue à la convention nationale de l'hospitalisation privée. Les dépenses restent régulées par un OQN (Objectif quantifié national), qui sera décliné régionalement ;
- ▶ Le titre 6 est relatif à l'organisation et l'équipement sanitaire. L'ARH arrête le SROS, qui devient opposable. Des communautés d'établissements devront être créées pour rationaliser l'offre de soins. La création des réseaux de soins sera encouragée ;
- ▶ Le titre 7 prévoit la mise en place de groupements de coopération sanitaire visant à mettre en commun des moyens. Il renforce aussi la coopération interhospitalière en créant une

nouvelle instance de concertation – la communauté des établissements de santé – assurant le service public hospitalier dans le secteur ;

► Le titre 8 traite de l'organisation des établissements. Il modifie la composition du CA des établissements publics de santé en supprimant les représentants des caisses de Sécurité sociale et en augmentant le nombre des élus locaux, en particulier en ouvrant deux sièges à des représentants d'autres communes que celle du lieu d'implantation de l'hôpital. Le maire n'est plus systématiquement la Président du conseil d'administration de l'hôpital. Il peut déléguer à un autre représentant de la commune siège de l'hôpital ou à une personnalité qualifiée la présidence du CA, tout en continuant, s'il le désire, à siéger au CA.

Les objectifs clairement avoués par les pouvoirs publics étaient de réduire de 100 000 lits le parc hospitalier français, soit près du tiers de sa capacité. Cette diminution considérable des moyens d'hospitalisation, certainement voulue en partie par la réduction importante des durées de séjours des malades hospitalisés (la durée moyenne de séjour est passée de plus de vingt jours en 1950 à moins de six jours en 2001) s'accompagne d'une concentration des équipements hospitaliers.

De nombreux établissements publics et privés de petite dimension (moins de deux cents lits et moins de trois cents accouchements pour les maternités) vont être fermés et regroupés. Les responsables parlent aussi d'améliorer la qualité des soins et négligent la proximité des soins pourtant non négligeable par ailleurs.

Les droits des malades : contrepoint du pouvoir médical

[Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002](#) relative aux droits des malades et à la qualité du système hospitalier est marquée par une volonté de créer une démocratie sanitaire ;

Présentée par le ministre Kouchner et défendue par l'ancien ministre Evin, cette loi porte essentiellement sur l'affirmation des droits des malades tant à l'information médicale qu'au dédommagement de ceux qui ont à consulter un médecin.

► Elle permet aux patients d'accéder librement et sans intermédiaire à leur dossier médical. Certains droits à l'information médicale concerne tous les types d'informations tant orale qu'écrite Elle prévoit même que le patient peut s'aider d'une personne de confiance. Cette information médicale est nécessaire au malade pour consentir aux soins. Seule l'urgence médicale autorise le médecin à outrepasser les volontés du malade et le soigner sans ou contre sa volonté.

► Elle transforme les droits des malades en droits des patients en engageant ces derniers à se constituer en associations pour mieux gérer les intérêts des consommateurs de soins. Ce passage d'un droit à la confiance à un droit de la méfiance n'est pas forcément toujours positif pour le patient.

► Afin de gérer au mieux les intérêts des personnes victimes d'accidents médicaux, d'infections nosocomiales ou d'incidents iatrogènes, la loi crée un droit à l'indemnisation amiable. Grande avancée... Le dédommagement est disjoint de la faute médicale et va éviter que des malades victimes d'accidents médicaux attendent plusieurs années d'être indemnisés. L'Oniam (Office national d'indemnisation des accidents médicaux) est chargé de réguler les procédures.

Plan hôpital 2007

Ce plan de modernisation de l'hôpital a été annoncé en conseil des ministres le 20 novembre 2002. En effet, bien que l'hôpital conserve la confiance des Français, il connaît un profond malaise ([Rapport Piquemal](#), Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé, novembre 2002) : mauvaises conditions de travail à l'hôpital, évolution de la démographie médicale, transformation des attentes des patients et des pathologies, intensité des progrès technologiques...

L'objectif du plan était de parachever les réformes engagées en 1995-1996.

Les axes étaient les suivants :

- ▶ Changement de logique - passer de la régulation administrée à l'autonomie :
 - en restaurant la confiance des acteurs du système hospitalier ;
 - en instaurant une tarification à l'activité incitative ;
 - en assouplissant la planification.

- ▶ Accompagnement des évolutions de la recomposition de l'offre hospitalière par l'Etat :
 - en soutenant l'investissement hospitalier par un plan quinquennal d'investissement ;
 - en confiant les enveloppes régionalisées aux agences régionales de l'hospitalisation ;
 - en accélérant les réalisations en facilitant l'intervention des entreprises privées, des collectivités territoriales et des sociétés d'économie mixte dans les opérations de construction et d'aménagement immobilier à l'hôpital ;
 - en soutenant techniquement les projets par un accompagnement des ARH et des établissements.

- ▶ Assouplissement et modernisation des hopitaux publics :
 - desserrer le carcan des contraintes : gestion interne des hôpitaux, régime budgétaire et comptable, culture du résultat et de la qualité, contractualisation...

Deux sous-groupes furent créés pour travailler sur ce projet, un chargé de réfléchir au statut de l'hôpital, l'autre du devenir des Chu.

Différents rapports rassemblèrent les propositions :

[Rapport de la mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale](#), [rapport de la mission restaurer l'attractivité des Chu](#), [rapport de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital](#), [rapport Fieschi](#), [rapport Berland](#), [rapport Domerque](#).

Ce plan se concrétise par les ordonnances de 2003.

La réforme de 2003 : une simplification du droit hospitalier

Le deuxième mandat présidentiel de Jacques Chirac avec une majorité législative de droite entraîne une série de réforme de l'hôpital par ordonnances, pour aller plus vite.

[Loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003](#) autorise le gouvernement, conformément à l'article 38 de la Constitution, à prendre par voie d'ordonnance des mesures de simplification et de réorganisation dans le domaine sanitaire et social.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

- ▶ Elle simplifie le régime des autorisations d'activités de soins en supprimant la carte sanitaire, mais en renforçant le rôle du schéma d'organisation élaboré par les agences régionales de l'hospitalisation ;
- ▶ Elle vise à relancer la coopération interhospitalière en supprimant le recours aux syndicats interhospitaliers issus de la loi du 31 décembre 1970 au profit des groupements de coopération sanitaire instaurés par l'ordonnance du 24 avril 1996 ;
- ▶ Elle instaure deux nouveaux modes de financement des investissements, voire du fonctionnement des hôpitaux avec le recours désormais autorisé au bail emphytéotique administratif étendu aux immeubles et aux biens meubles et l'ouverture du marché des grands hôpitaux au partenariat public-privé, véritable formule d'affermage des hôpitaux à des constructeurs en contrepartie du paiement d'un loyer mensuel par l'hôpital. Cette privatisation du financement des hôpitaux apparaît comme un ballon d'oxygène avec, en contrepartie, une hypothèque pour l'avenir de la politique hospitalière de plus en plus favorable aux grandes concentrations dont les coûts de fonctionnement sont proportionnels à leur gigantisme. Ce financement à crédit a été la base du plan de rénovation hospitalière dénommé plan « Hôpital 2007 ».

La nouvelle gouvernance de 2005

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

- ▶ Elle rénove l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé. Quand la départementalisation de 1984 n'a pas réussi, elle impose des pôles d'activités cliniques et médico-techniques.
Le plan comporte des risques, car les établissements publics de santé sont ankylosés par un corporatisme confrontant la techno-structure administrative et médicale, voire soignante.
- ▶ Elle instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A), qui privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens.
Ce renouveau de la gestion prévoit la mise sous administration provisoire les établissements publics de santé dont les recettes ne couvriraient pas les dépenses.
Le budget s'appelle désormais l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).
Les missions de service public vont disposer de la portion congrue du financement de la Sécurité sociale au travers des missions d'intérêt général (MIGAC) et d'aide à la contractualisation.
- ▶ La gouvernance est exercée par un conseil exécutif qui, présidé par le directeur chef de l'établissement, sera composé à parité des responsables de l'administration désignés par le directeur et des médecins, présidents de CME, et responsables des pôles.
Une véritable cogestion médecin-administration apparaît pour mieux gérer les hôpitaux, dont l'avenir semble très problématique face au secteur privé lucratif exploitant au mieux la T2A et pratiquant les dépassements des honoraires médicaux. Les établissements privés à but non lucratif sont les grands perdants de cette réforme, qui ne laisse pas beaucoup d'espace vital à ceux qui veulent pratiquer une médecine non mercantile.

Plan hôpital 2012

► Les motifs du plan :

Le volet investissement du plan Hôpital 2007 doit être prolongé pour porter tous ses effets. Ce plan s'achève sans avoir couvert tous les besoins. Sur les trois priorités définies par le ministre (accompagnement des sros, sécurité, sih), selon une enquête réalisée auprès des ARH, le montant total des investissements à prévoir pour les dix années à venir se situe dans une fourchette de 15 à 20 milliards d'euros.

Les axes majeurs de la réforme globale engagée en 2003, la nouvelle tarification et la gestion financière, la gouvernance interne des établissements et la planification régionale sont en cours de développement, leur horizon court jusqu' à 2010-2012.

Le nouveau plan d'investissement doit garantir cette poursuite de dynamique, sans rupture. Le plan garantit que les investissements prioritaires permettant d'adapter l'offre de soins aux évolutions en cours seront réalisés, alors que le seul jeu des acteurs ne le permettrait pas, ou du moins pas dans les mêmes délais, or dans cet effort d'adaptation, la rapidité d'exécution est fondamentale.

Le principe d'un plan Hôpital 2012 associant la modernisation et l'efficacité, justifiant une sélection rigoureuse des projets retenus, est admis, du moins sur son principe. La mesure de l'efficacité par des outils du type « calcul du retour sur investissement », complété par une appréciation plus qualitative du service rendu notamment médical, sera intégrée dans la méthodologie de sélection des opérations ; L'objectif étant de vérifier qu'il n'y a pas de sur investissement, par sur dimensionnement ou absence de remise en cause des organisations.

► Le contenu du plan :

◆ Le thème accompagnement des Sros :

Le niveau régional est le plus pertinent pour prendre les décisions dans ce domaine. Ce sera donc aux ARH d'inscrire dans le plan les opérations qui leur semblent devoir être réalisées en priorité.

Les représentants des organisations hospitalières consultées ont appuyé ce principe tout en indiquant ce qui était prioritaire de leur point de vue :

- accompagner la reconversion des sites chirurgicaux en sous-activité
- poursuivre les regroupements et les restructurations des plateaux techniques dans les secteurs MCO et des établissements dans le secteur du SSR
- garantir le maintien d'un niveau de soins primaires de bonne qualité.

◆ Le thème mise aux normes de sécurité :

Une enveloppe nationale devra être dégagée pour l'aide au financement des opérations exceptionnelles (sismique, amiante), les aides dans les autres domaines (incendie, électrique) seront appréciées par les ARH et devraient porter plutôt sur les petites structures, en évitant les effets d'aubaine, la mise en sécurité des bâtiments relevant normalement des crédits courants des établissements.

Ce Plan Hôpital 2012 mobilisera pour la période 2008-2012 près de 10 milliards d'euros d'investissements, dont 5 milliards apportés par l'Etat, en aides directes de l'Assurance Maladie. Il poursuit comme double objectif :
1. améliorer l'efficacité de l'offre hospitalière ;
2. poursuivre la modernisation technique des établissements de santé engagée avec le plan Hôpital 2007.
2000 projets ont été reçus présentant des besoins variés d'investissement hospitaliers. Lors du premier volet de sélection, 250 projets ont été validés, ils correspondent à moins de 20% du montant d'investissement prévu. La seconde partie est déjà engagée et de

nouveaux projets sont à l'étude pour la fin de l'année. Par la suite, les établissements pourront encore soumettre des nouvelles opérations avec décision rendue courant 2010. Ces investissements favorisent les recompositions hospitalières, le développement ou l'amélioration de nouvelles filières (*gériatriques et pédiatriques notamment*), la mise en commun de moyens techniques et humains ainsi que la modernisation des systèmes d'information.

- [Actualité Ministère de la santé, 16 octobre 2008](#)
- [Communiqué, 16 octobre 2008](#)
- [Dossier de presse, 16 octobre 2008](#)

Bilan de la 1ère phase du Plan Hôpital 2012 : Au coeur de la modernisation du paysage hospitalier français. Dossier de presse du 30 janvier 2009

Lors de la première fenêtre de dépôt, 343 projets ont été présentés, 250 finalement validés (répartis entre 93 projets immobiliers, 155 projets SI et 2 opérations de mise aux normes) pour un montant de 1,7 milliards d'investissement, soit 34 % du montant de la première tranche et 17% du montant total d'investissement prévu par le Plan. Les aides globales attribuées représentent en moyenne 50 % des montants d'investissement demandés. Une seconde fenêtre de dépôt est actuellement en cours d'expertise. Le nombre de projets est encore plus élevé que lors de la première fenêtre avec près de 500 projets à expertiser pour la fin de l'année.

<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/PlanHopital2012-1.pdf>

Bilan de la première tranche du Plan Hôpital 2012 pour le volet systèmes d'information : 237 projets validés : août 2009.

Le plan Hôpital 2012 est composé de deux volets, l'immobilier et les systèmes d'information (SI). Sa mise en oeuvre est déclinée en deux tranches d'investissement. Le ministère de la Santé a mis en ligne en août 2009 un bilan du volet SI à l'issue de la première tranche du Plan. Une circulaire demandait aux ARH de consacrer 15 % de leur enveloppe régionale au financement des projets SI, soit 1,5 milliards d'euros (750 millions d'euros d'aides). Pour la première tranche, le plancher est de 10 % (500 millions d'euros d'opérations, 250 millions d'euros d'aides). Les commissions nationales de validation des projets H 2012 ont validé, pour les 26 régions, 457 dossiers SI (correspondant à 237 projets), représentant un montant de 559 millions d'euros, pour un montant d'aide de 271 millions d'euros. Les aides Hôpital 2012 se répartissent sur l'ensemble des établissements à 53 % pour les établissements de santé publics (70 % en montant d'opérations), 34 % pour les établissements de santé privés (17 %), 11 % pour les établissements privés à but non lucratif PSPH (8 %) et 2 % autres, tels groupement de coopération sanitaire (5 %). 457 dossiers sur 612 présentés concernent la production de soins (77 %), les autres se répartissant entre les fonctions médico techniques (15%), les infrastructures SI (9%). En revanche, très peu de dossiers de télémédecine ont émergé dans le cadre de ce plan d'investissement, souligne le bilan.

> <http://www.sante-sports.gouv.fr/hopital/rubrique-technique/bilan-premiere-tranche-du-plan-hopital-2012-pour-volet-systemes-information.html>

Loi Hôpital Patients Santé Territoires

► [Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#) (Journal officiel, 22 juillet 2009)

La loi a pour objectif de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Elle comprend quatre titres consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Le titre 1 consacré aux établissements de santé modernise et rénove leurs missions et leur organisation interne.

Le texte renforce le rôle du chef d'établissement et prévoit la création de communautés hospitalières de territoire pour permettre la mise en commun des moyens de plusieurs établissements autour d'un centre de référence dans une logique de gradation des soins allant des structures de proximité aux plateaux techniques les plus sophistiqués. Le Sénat a modifié le texte pour donner plus de poids aux médecins dans la gouvernance de l'hôpital : le président de la commission médicale d'établissement (CME), médecin élu par ses pairs, coordonnera la politique médicale avec le directeur, et non plus sous son autorité, comme le stipulait le texte initial. Les communautés hospitalières de territoire ne pourront être constituées que sur la base du volontariat.

Statut des établissements de santé

Le statut des établissements de santé est profondément modifié.

► Deux nouveautés apparaissent :

- la **définition d'un statut unique** pour l'ensemble des établissements de santé afin de simplifier leur gestion et faciliter les coopérations hospitalières. Cette définition se fonde non plus sur le statut mais sur les missions des établissements de santé.
- **La création des établissements de santé privés d'intérêt collectif** qui remplaceront de manière générale les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

► La loi simplifie également les **catégories d'établissements** :

- S'agissant des établissements publics de santé, seuls les **centres hospitaliers (régional et/ou universitaire)** demeurent. Les hôpitaux locaux disparaissent. Ces centres ont un statut unique, qui peut être élargi à la région. Ils sont de ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national.
- S'agissant des établissements privés : jusqu'à aujourd'hui, l'exécution des missions de service public reposait sur deux catégories d'établissements privés à statut particulier : les établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier (PSPH), et les établissements privés concessionnaires du service public hospitalier (SPH). Les missions de service public peuvent être désormais assurées par un établissement de santé quel que soit son statut. De façon à prendre en compte la spécificité de l'ancien secteur PSPH, la loi crée une nouvelle catégorie d'établissements soumis à des obligations particulières : **les établissements de**

santé privés d'intérêt collectif (ESPIC); Sont qualifiés d'ESPIC ; les centres de lutte contre le cancer et les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès des agences régionales de santé (ARS).

Missions des établissements de santé

Concernant les missions de l'hôpital, l'élément essentiel est le changement de terminologie, qui substitue la notion de **service public** à celle du service public hospitalier. La disparition de cette référence hospitalière implique une vision plus vaste du service dû aux usagers, vise à offrir une meilleure couverture de soins et de prise en charge, quel que soit le lieu géographique de l'utilisateur. De nouveaux acteurs de soins entrent dans le service public : les personnes morales et physiques à but lucratif. Le directeur de l'ARS organise l'offre de soins du service public au sein d'un territoire de santé.

► Quatorze missions de service public sont définies :

- La permanence de soins ;
- La prise en charge des soins palliatifs ;
- L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- La recherche ;
- Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétences ;
- Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- L'aide médicale urgente conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes dans ce domaine, et les associations qui oeuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- Les actions de santé publique :
- La prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- Les soins dispensés aux détenus en milieux pénitentiaires, et, si nécessaire, en milieu hospitalier selon des conditions définies par décret ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L.551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Gouvernance des établissements de santé

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières, dotée de la personnalité morale, pour la réalisation d'une ou plusieurs œuvres ou activités, d'intérêt général et à but non lucratif, afin de concourir aux missions de recherche. Ces fondations disposent de l'autonomie financière. Les règles des fondations d'utilité publique sur le développement du mécénat s'appliquent.

Les règles de fonctionnement de chaque fondation hospitalière sont prévues par ses statuts, qui sont approuvés par le conseil de surveillance de l'établissement public de santé.

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. Ce conseil de surveillance remplace l'ancien conseil d'administration.

► Le conseil de surveillance

Le **conseil de surveillance** remplace le conseil d'administration. Il se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il délibère sur :

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive des CHU et les conventions de partenariat ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire (CHT) dès lors qu'un CHU est partie prenante ainsi que tout projet de fusion avec un ou des établissements publics de santé ;
- le rapport annuel de l'établissement présenté par le directeur ;
- toute convention intervenant entre l'établissement et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Il donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques et les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénation, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de dix-huit ans, les baux emphytéotiques ;
- le règlement intérieur de l'établissement.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état des prévisions des recettes et de dépenses et sur le programme d'investissement. Il communique au directeur général de l'ARS ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement. Si les comptes de l'établissement sont soumis à certification, le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le conseil de surveillance est composé de collèges composés à nombre égal :

- au plus cinq représentants des collectivités territoriales, parmi lesquels figure le maire de la commune siège de l'établissement principal et du président du conseil général ;
- au plus cinq représentants du personnel médical et non médical de l'établissement public, dont le représentant élu parmi les membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, les autres membres étant désignés à parité respective par la commission médicale d'établissement (CME) et par les organisations syndicales les plus représentatives ;
- au plus cinq personnes qualifiées, parmi lesquelles deux personnes désignées par le directeur général d'ARS et 3 par le préfet de département, dont 2 représentants des usagers.

Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres mentionnés au 1 et au 3.

► Le **directoire et le directeur de l'établissement** ont des nouvelles missions :

Le directeur de l'établissement :

- il conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice. Il est ordonnateur des dépenses et recettes de l'établissement...
- Il dispose de larges pouvoirs dont un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs adjoints et des directeurs de soins après avis des commissions administratives paritaires. Sur proposition du chef de pôle ou du responsable de la structure interne, et après avis du président de la CME, il propose au directeur du CNG, la nomination et la recherche d'affectation des personnels médicaux pharmaceutiques et odontologiques.
- Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles.
- Après concertation avec le directoire, il conclut le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), les délégations de service public avec l'Ars ;
- ...

Les directeurs des CHU et CHR sont nommés par décret. Pour les autres établissements, ils sont nommés par arrêté du directeur général du CNG, sur une liste comportant au moins trois candidats proposés par le directeur général de l'ARS, après avis du président du conseil de surveillance. Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur peut se voir retirer son emploi dans l'intérêt du service par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Le directoire :

Le président de la CME est vice-président du Directoire. Il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical d'établissement.

- le directoire approuve le projet médical, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la conduite et la gestion de l'établissement :
- il est composé de membres du personnel de l'établissement, dont une majorité issue du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Il comporte 7 membres et 9 dans les CHU : le directeur, président du directoire, le président de la CME, vice-président, le président de la commission des soins infirmiers, des membres nommés, et le cas échéant, révoqués par le directeur, après information du conseil de surveillance. Pour les membres qui appartiennent aux professions médicales, le directeur les nomme sur présentation d'une liste établie par le président de la CME et dans les CHU, par le président de la CME conjointement avec le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical, en cas de désaccord, le président nomme les membres de son choix.

► L'organisation interne des établissements publics de santé est définie en **pôles d'activité**.

- Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne. Le directeur définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME et, dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;

- Les chefs de pôle sont nommés par le directeur, sur présentation d'une liste établie par le président de la CME, pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique. En cas de désaccord, le directeur nomme les chefs de pôle de son choix .
- Pour les pôles hospitalo-universitaires, ces listes sont établies conjointement par le directeur de la CME et le directeur de l'unité de formation ou de recherche médicale ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical ;
- Le directeur signe avec le chef de pôle un **contrat de pôle** précisant les objectifs et les moyens du pôle, après avis, pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, du président de la CME pour vérifier la cohérence du contrat avec le projet médical, ainsi que dans les CHU, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ;
- Le chef de pôle met en œuvre la politique du pôle, en cohérence avec la politique de l'établissement et organise, avec les équipes médicales, soignantes et administratives d'encadrement, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement du pôle et l'affectation des ressources humaines, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités , services ou unités fonctionnelles prévues par le projet de pôle ;
- Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par des collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement Si le pôle comporte une activité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme.
- Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent, leur rémunération peut faire l'objet de retenue.

► **Contrat avec des professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé**

- Le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la CME, admettre de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires, à participer aux activités de soins de l'établissement dans la cadre d'un contrat ;
- Des auxiliaires médicaux libéraux peuvent participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile ;
- Une clause de non concurrence de deux ans peut être opposée aux praticiens hospitaliers démissionnaires ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans un même établissement.

► **Les coopérations entre les établissements de santé sont favorisées via deux modalités : CHT et GCSM.**

- **Les CHT : communautés hospitalières territoriales** entre établissements public de santé, peuvent conclure une convention pour mettre en œuvre une stratégie commune et gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétence et à la télémedecine. Un établissement ne peut être partie qu'à une seule convention de CHT. Un ou plusieurs établissements peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une CHT. La convention est préparée par le directeur et les présidents des CME et approuvée, après information des comités techniques d'établissement, par les directeurs des établissements, après avis de leurs conseils de surveillance. Elle est ensuite soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS.

- Les **GCSM : groupements de coopération sanitaire de moyens**, peuvent être constitués par des établissements de santé publics et privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des pôles de santé et des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société pour organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ; pour réaliser des équipements d'intérêt commun et pour être titulaire à ce titre de l'autorisation d'installation des équipements lourds ; permettre les interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé membres du groupement. Ce groupement poursuit un but non lucratif et est soumis à une convention approuvée par le directeur de l'ARS.

Sites internet

- [Réforme de l'hôpital : modernisation ou rationalisation ou simple recherche d'économies](#)
Dossier de Vie publique, juillet 2009
- [La politique hospitalière. De la création du service public hospitalier au plan Hôpital 2007](#)
Dossier documentaire de la Documentation française, mis à jour en avril 2008.
- [Financement des hôpitaux : évolution et difficultés](#)
Dossier de Vie publique, juin 2006
- [L'organisation hospitalière](#)
Dossier documentaire de la Documentation française, mis à jour en mai 2006
- [Les nouvelles organisations et architectures hospitalières](#)
Dossier du Ministère chargé de la santé, septembre 2009
- [Réforme de la gouvernance](#)
Dossier du Ministère chargé de la santé, juillet 2006, actualisation janvier 2007
- [Plan hôpital 2007](#)
Dossier du Ministère
- [Du plan hôpital 2007 au plan hôpital 2012](#)
Dossier du Ministère
- Loi hôpital patients santé territoires
[Site du ministère, septembre 2009](#) : voir notamment : [le document pédagogique du Ministère chargé de la santé](#).
[Site Fehap](#)

Bibliographie

Ouvrages :

Ministère chargé de la santé., [Hôpital patients santé territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes](#). Paris : Ministère chargé de la santé.

- Clément J.M., La nouvelle loi hôpital patients santé territoires : analyse, critique et perspectives. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2009
- Ferragut E., Penser l'hôpital autrement. Qualité de soin et contraintes économiques. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2009
- Houdart P., Malye F., Vincent J. Le livre noir des hôpitaux. Paris : Calmann-Levy, 2009
- Williate-Pellitteri L., Gardeil V., Tessier B., Le guide HPST. Paris : Lexanté ; Paris : Santexel, 2009
- Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privée non Lucratifs. (F.E.H.A.P.), [La loi Hôpital Patients Santé Territoires \(HPST\): ce que vous devez savoir de la loi pour vos activités sanitaires, sociales et médico-sociales](#). Paris ; FEHAP, 2009
- Bonnici B., L'hôpital : obligations de soins, contraintes budgétaires. Paris : La documentation française, 2008
- Clément J.M., Contribution pour une vraie réforme hospitalière. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2008
- Clément J.M., Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2007
- Bauduret J.F., Jaegger M., Renover l'action sociale et médico-sociale : histoire d'une refondation (à jour des décrets d'application de la loi du 2 janvier 2002). Paris : Dunod, 2005
- Rault-Doumax P., Etablissements de soins privés et publics : y-a-t-il un avenir au partenariat public/privé. Paris : l'Harmattan, 2005
- Kervasdoué J. de, L'hôpital. Paris : Presse Universitaires de France (PUF), 2004
Que sais-je ? ; n° 795.
- Destais N., Le système de santé : organisation et régulation. Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurisprudence, 2004
- Kervasdoué J. de, L'hôpital vu du lit. Paris : Editions du Seuil, 2004
- Budet J.M., Blondel F., L'hospitalisation publique et privée : des ordonnances de 1996 au plan hôpital 2007. Paris : Berger-Levrault, 2004
- Clément J.M., Dupuy O., Peljak D., Hôpital 2007 : les répercussions dans le champ du droit hospitalier. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2004
- Clément J.M., La crise de confiance hospitalière : constat, causes, réformes. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2003
- Clément J.M., 1900-2000 : la mutation de l'hôpital. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2001
- Segade J.P., La contractualisation à l'hôpital. Paris : Masson, 2000
- Houdart L., Larose D., Barre S., Traité de la coopération hospitalière (2 volumes). Paris : Editions F. Houdart , 2000/03

Forcioli P., Le budget de l'hôpital. Paris : Masson, 1999

Stingre D., Le service public hospitalier. Paris : Presses Universitaires de France (PUF), 1998. Que sais-je ? ; 3049.

Schweyer F.X., La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'Etat ou territorialisation. Paris : Institut de management public, vol. 16, n° 3, 1998

Bouchez C., Podere X., Le Pors J.C., Mathieu T., Contractualiser avec les cliniques privées : enjeux et stratégies. Saint-Etienne : Cness, 1998

Coca E., Hôpital silence : les inégalités entre hôpitaux. Paris : Berger-Levrault : 1998/05

Coca E., Les inégalités entre hôpitaux : obstacle à l'efficacité et à l'équité de la maîtrise des dépenses hospitalières. Paris : Berger-Levrault, 1995

Soene A., L'hôpital sous la Ve république. Bordeaux : Editions hospitalières, 1995

Peigné F., Fonteneau R., Porte ouverte sur l'hôpital. Paris : Editions ESKA, 1995

Couty E., Tabuteau D., Hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières. Paris : Berger-Sevrault, 1992

Peigné F., Notre système hospitalier et son avenir. Rennes : Editions ENSP, 1991

Mosse P., Le budget global : réforme du financement, réforme du fonctionnement. Aix-en-Provence : LEST, 1988

Dusart E., Le budget global à l'hôpital. Paris : Editions ESF , 1987

Maillard C., Histoire des hôpitaux de 1940 à nos jours. Paris, 1986

Pizzioli S., Comptabilité et gestion des hôpitaux et associations : Financement et tarification. Paris : Berger Levrault, 1985

Foucault M., Barret Kriegel B., Thalamy A., Les machines à guérir (aux origines de l'hôpital moderne). Bruxelles : Pierre Mardaga, 1979

Union Hospitalière Privée , Pour une réforme hospitalière concertée. Paris : U.H.P. 1970/11

Rochaix M., Essai sur l'évolution des questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nous jours. Paris, 1959

Imbert J., Les hôpitaux en France. Paris, 1958

Rapports ministériels :

Vasselle A., [Rapport d'information sur le processus de convergence tarifaire et la proposition de report de son achèvement à 2018](#). Paris : Sénat, 2009

About E., Aubart F., Jacob A., Mangola B., Thevenin D., [Mission concernant la promotion et la modernisation des recrutements médicaux à l'hôpital public](#). Paris : Ministère chargé de la santé, 2009/07/23

Gagneux M., [Refonder la gouvernance de la politique d'informatisation du système de santé - Douze propositions pour renforcer la cohérence et l'efficacité de l'action publique dans le domaine des systèmes d'information de santé](#). Paris : Ministère chargé de la santé, 2009

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Comité National de Suivi de la Radiothérapie. (C.N.S.R.). [Rapport d'étape du Comité national de suivi de la radiothérapie](#). Paris : M.S.S.P.S., C.N.S.R., 2009/05

Tajahmady A., Cauterman M., [Le dossier patient dans les hôpitaux et les cliniques](#). Rapport final. Paris : Meah, 2009/03

Million A., [Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France](#). Paris : Assemblée Nationale, Paris : Sénat, 2009

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). , [Avis sur la situation des établissements de santé adopté le 23 avril 2009](#). Paris : HCAAM, 2009/04/23

Chambaud L.; Khennouf M., Lannelongue C., , [Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers. Tomes I et II](#). Paris : La Documentation française, 2009/01
Vallancien G., [Réflexions et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire](#). Paris : Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative : 2008

Vasseur A., Gazeau B. [Rapport d'information sur la gestion de l'hôpital](#). Paris : Sénat : 2008

Milon A., [Rapport d'information sur l'avenir de la chirurgie en France](#). Paris : Sénat : 2008 : 50p., ann.

Larcher G., [Rapport de la Commission de concertation sur les missions de l'hôpital](#). Paris : MSSPS : 2008

Ritter P., [Rapport sur la création des Agences Régionales de Santé](#) (ARS). Paris : MSSPS : 2008/01

Larcher G , [Etat des lieux sur l'hôpital](#). Paris : Ministère chargé de la santé : 2007 : 12p.

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale, [Rapport 2007 au Parlement sur les mission d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé](#). Paris : Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports : 2007

Lopez R., Remy P.L., [Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé : éléments de travail](#). Paris : Igas : 2007/03

Bartoli F., Bras P.L. , [Tarification à l'activité et écarts de coûts du travail entre les établissements publics et PSPH](#). Paris : Igas : 2007/03

Berland Y., [Rapport de la Mission "Démographie médicale hospitalière"](#). Paris : La documentation française : 2006/09

Ministère de la Santé et des Solidarités. [Nouvelles organisations et architectures hospitalières](#). Paris : DHOS : 2006/05 .

Giraud F., [Les centres hospitaliers et universitaires : réflexion sur l'évolution de leurs missions](#). Paris : La documentation française : 2006

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.). [Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière](#). Paris : MSSPS : 2006/07

Vasselle A., [Rapport d'information sur la réforme du financement des établissements de santé](#). Paris : Sénat : 2006/04

Mercerau F., Boutereau-Tichet S., Maigne G., et al. , [Le pilotage des dépenses hospitalières : rapport d'enquête](#). Paris : IGAS : 2005/07

Aballea P., Bras P.L., Syedoux S., [Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé](#). Paris : IGAS : 2006/01

Conseil économique et social, L'hôpital public en France. Avis et rapports du Conseil économique et social, n° 27, 2005

Lalande F., Debeaupuis J., Malan T., Simon T., [Evaluation des conventions constitutives des centres hospitaliers et universitaires](#). Paris : Igas : 2004/07

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. , [Temps de travail des médecins et organisation des services : rapport d'étape](#). Paris : Ministère chargé de la Santé : 2003

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). [Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. L'organisation des services de radiothérapie : rapport d'étape](#). Paris : Ministère chargé de la Santé : 2003/10

Costargent G., Le Coz G., [Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires](#). Paris : IGAS : 2003/ 07 .

Ducassou D., Jaeck D, Leclerc B., [Plan Hôpital 2007 : restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et de l'Université](#). Paris : Ministère chargé de la Santé : 2003/04

Debrosse D., Perrin A., Vallancien G., [Projet Hôpital 2007 : mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale](#). Paris : DHOS : 2003/04

Domergue J., Guidicelli H. , [La chirurgie française en 2003 : les raisons de la crise et les propositions](#). Paris : Ministère chargé de la Santé : 2003/02

Mauss H., Polton D., [Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail](#). Paris : La documentation française : 2003/01

Cecchi-Tenerini R., Laffon P., Laroque M. , [Evaluation du système d'information des professionnels de santé](#). Paris : IGAS, Paris : La documentation française : 2002/11

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Nationale d'Evaluation, [Rapport de la Mission d'Evaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé](#). Paris : La Documentation française : 2002/10

Cabon J.F., [Le régime juridique des commissions médicales des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers](#). Paris : DHOS : 2001/11

Bonan H., Darnis J.P., Chadelat J.F., Schechter F., [Mission d'évaluation de la politique de péréquation des dotations régionalisées de dépenses hospitalières](#). Paris : IGAS : 2001/07

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. Atlas de la recomposition hospitalière. Paris : Direction des Hôpitaux : 2001/12

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux. Bilan de la recomposition de l'offre hospitalière pour la période 1994-1999 : document transmis au Parlement conformément au dispositif prévu par l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997. Paris : DH : 1999/10/15

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction des Hôpitaux, Cartes régionales sur la recomposition hospitalière de l'offre de soins. Paris : Direction des Hôpitaux : 1998

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Interministérielle Recherche Expérimentation. (M.I.R.E.), Centre de Recherches Economiques Sociologiques et de Gestion. (C.R.E.S.G.E.), Mesure de l'efficacité des hôpitaux et recherche de ses déterminants. Paris : MIRE : 1998/01

Mougeot M., Naegelen F., La régulation contractuelle de l'offre de soins. Paris : MIRE : 1998

Nicolas G., Duret M., Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie, réanimation, gynécologie, obstétrique, psychiatrie et radiologie. Paris : MSSPS : 1998/02 :

Devulder B., Réforme de l'hospitalisation publique et privée. Paris : Direction des Hôpitaux : 1995/11/30

Clery-Melin P., Des alternatives à l'hospitalisation : rapport d'orientation au ministre de la santé – 1^{ère} partie. Paris : Ministère chargé de la santé, 1995

Vivies J., Picard S, Contribution à l'étude de la tarification des établissements privés d'hospitalisation. Paris : IGAS : 1995/07

Darnis J.P., Hespel J.P., Melchior P., Rapport de synthèse de la mission interministérielle sur les hôpitaux. Paris : IGAS : 1994/07

Esper C., Proposition d'expérimentation pour l'hôpital public. Paris : MSSPS : 1994/02/04

Steg A., Rapport sur la médicalisation des urgences. Paris : MSSPS : 1993/03

Mougeot M., Naegelen F, Leclercq B., Concurrence et incitations dans le système hospitalier. Besançon : Centre des Recherches sur les Stratégies Economiques. : 1992/11

Etienne J.P., Chantereau S., Cordier A., Planification hospitalière. Paris : La Documentation Française, 1985/12

Steg A., L'urgence à l'hôpital. Paris : Conseil économique et social, 1989/04

Mosse P., Le budget global : Réforme du financement - Réforme du fonctionnement. Aix en Provence : Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, 1988

Caquet R., Karsenty S., **Les** alternatives à l'hospitalisation : rapport de mission au Ministre du Plan et de l'Aménagement du Territoire. (Préparation du IXème Plan). Paris : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire 1982

Conseil économique et social, L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile : alternatives à l'hospitalisation classique : séances des 9 et 10 décembre 1981. Avis et rapports du Conseil économique et social, n° 3, 1989/01/22

Watteville, Rapport à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur l'administration des hôpitaux et des hospices. Paris : Imprimerie Nationale, 1851

Articles :

Centre National de l'Expertise Hospitalière. Dossier spécial : la loi HPST à la loupe. Actualités Jurisanté, n° 66, 2009/07-08

Bras PL., La création des agences régionales de santé: notre système de santé sera-t-il mieux gouverné ? Droit social, 2009/11 ; vol. : n° 11 : 1127-1135

Eynaud M., Contribution à la réflexion sur la réforme de l'hôpital : à propos des limites de la loi HPST. Informations psychiatriques, 2009/02 ; vol. 85 : n° 2 : 117-119

Lachmann J., Réforme de la santé. L'Etat d'urgence. Gestions hospitalières, 2009/03 ; vol. : n° 484 : 141-143

Feugas M., Contrat de partenariat : de l'immobilier aux projets de systèmes d'information en santé ? Revue hospitalière de France, 2009/01-02: n° 526 : 68-71

Evin C., Vincent G., HPST : les propositions de la FHF. Revue hospitalière de France, 2009/01-02, n° 526 : 63-67

Bergoignan Esper C., Du responsable de pôle au chef de pôle : évolution de la fonction et de ses responsabilités. *Gestion des pôles : quelle gouvernance ?* Revue hospitalière de France, 2009/01-02 ; n° 526 : 24-25

Bichier E., Fellingier F., Le pôle : modèle inachevé ? *Gestion des pôles : quelle gouvernance ?* hospitalière de France, 2009/01-02 : n° 526 : 22-23

Debrosse D., Simon P., Chefs de pôle : quel rôle dans la future loi HPST ? *Gestion des pôles : quelle gouvernance ?* Revue hospitalière de France, 2009/01-02 ; n° 526 : 12-15

Podeur A., La loi de modernisation du système de santé : le projet de loi "Hôpital, patients santé territoires". Regards de la FHP, 2009/01-02 ; vol. : n° 61 : 36-40

Deroubaix D., La loi de modernisation du système de santé : le projet de loi "Hôpital, patients santé territoires". Regards de la FHP, 2009/01-02 ; vol. : n° 61 : 36-40

Cristofari JJ., **Peut-on vraiment réformer l'hôpital ?** Pharmaceutiques, 2009/04 ; n° 166 : 27-66

Evin C., L'hôpital en crise ? Sève : Les Tribunes de la santé, 2009 ; vol. : n° 22 : 75-80

Capitain JP., Salbreux R., Examen parlementaire du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires : le syndicat des psychiatres français écrit aux députés. Lettre de psychiatrie française (La), 2009/02 ; vol. : n° 182 : 46-47

Principaux points de la réforme hospitalière. Nouvelles pharmaceutiques(Les) : Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, 2009/02/19 ; vol. : n° 375 : 3

Schweyer F.X., L'hôpital, une transformation sous contrainte : hôpital et hospitaliers dans la revue. Revue française des affaires sociales, n° 4, 2006, p. 203-223

Esper C., La nouvelle gouvernance hospitalière : réel dynamisme ou évolution imposée ? A propos des ordonnances des 2 mai et 1er septembre 2005. Revue de droit sanitaire et social, N° 5, 2005

Union hospitalière privée, La problématique de l'hospitalisation privée, Hospitalisation nouvelle, 2000, n° HS

Mengual E., Esper C., Clément J.M., 1945-1995 : un demi-siècle de vie hospitalière. Techniques hospitalières, n° 600, 1995

Imbault-Huard M.J., Hôpital : la réforme inévitable. Le Débat, n° 79, 1994

Lebrun T., Saily J.C., Sobieski C., Le budget global à l'hôpital : point de vue d'économistes sur la réforme 1984-1987. Journal d'économie médicale, vol. 6, n° 1, 1988

Loi modifiée du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (mise à jour après la loi n° 87-575 du 24 juillet 1987). Revue hospitalière de France, n° 406, 1987

La réforme hospitalo-universitaire à travers les hôpitaux vingt ans après. Revue hospitalière de France, 1980/01

Laligant M., De quelques conséquences ignorées par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Revue de droit sanitaire et social, 1982

La départementalisation de l'hôpital public : enjeux et difficultés d'une réforme. Gestions hospitalières, n° 215, 1982

Cabanis J.N., La qualité du service à l'épreuve des réformes hospitalières. Techniques hospitalières, n° 472, 1985

Imbert J., L'élaboration de la loi hospitalière du 7 août 1851. Liberamicorum BCH. Aubin : Strasbourg, 1979