

Les réformes hospitalières en France

Aspects historiques et réglementaires

Synthèse documentaire

Juin 2021

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Sommaire

Introduction : des maisons d'hospitalité à l'hôpital entreprise	3
Quelques repères historiques	3
La municipalisation des hôpitaux de 1796	5
La période asilaire	5
LA LOI DE 1838	5
LA LOI DE 1839	5
L'autonomie des hôpitaux et la reconnaissance d'établissements privés (1851)	6
Le début de l'étatisation des hôpitaux	6
LA LOI DE 1941	7
LA REFORME HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE 1958	7
LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE ET LE DEBUT DE L'ANTI-ASILE (1960)	8
Un système hospitalo-centriste	9
LES PREMIERS JALONS D'UN SYSTEME HOSPITALIER (1970)	9
VERS LE PLANISME HOSPITALIER (1991)	10
La régionalisation étatique et la reconfiguration des établissements de santé	13
LES ORDONNANCES DE 1996	13
LES DROITS DES MALADES : CONTREPOINT DU POUVOIR MEDICAL (2002)	14
PLAN HOPITAL 2007	14
Vers une simplification du droit hospitalier	15
LA REFORME DE 2003	15
LA NOUVELLE GOUVERNANCE DE 2005	16
La privatisation des instances hospitalières	16
LOI HOPITAL PATIENTS SANTE TERRITOIRES DE 2009	16
Les objectifs de la loi	17
Le contenu de la loi	17
PLAN HOPITAL 2012	22
Les motifs du plan	22
Le contenu du plan.....	22
Bilans du plan	23
Vers une refondation du service public	24
LE PACTE DE CONFIANCE AVEC LES HOSPITALIERS (2012)	24
LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE DE 2016	25
La création des groupements hospitaliers de territoire	26
Autres dispositions de la loi	27
LA LOI RELATIVE A L'ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE	31
Une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social	31
Mesures diverses	35
Modifications et ratifications d'ordonnances	36
Le Ségur de la santé	37
LES ACCORDS DU 13 JUILLET 2020	37
LA LOI VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION DE 2021	40
Tableau récapitulatif des réformes hospitalières	44
Bibliographie	46
OUVRAGES	46
RAPPORTS	51
ARTICLES	60
Ressources électroniques	66

Introduction : des maisons d'hospitalité à l'hôpital entreprise

Créées sous l'égide du clergé catholique à compter des IV^e et V^e siècles, les institutions hospitalières ou *maisons d'hospitalité* ont été très vite encouragées et surveillées par les représentants du pouvoir central, notamment à partir du XII^e siècle en France. Elles recueillaient les malades et les pauvres de la société. En 1662, Louis XIV demanda que soit créé dans chaque ville importante du royaume un hôtel-Dieu ou hospice pour recevoir les malheureux.

En 1796, lors de la Révolution française, les hôpitaux furent municipalisés, mais il faut attendre 1941 pour qu'ils soient étatisés. Les réformes hospitalières s'accélérent ensuite sous la Ve République : alors que quatre réformes jalonnent la vie juridique des hôpitaux et hospices entre 1789 et 1958, dix réformes majeures vont bouleverser l'organisation des hôpitaux après cette période. La Ve République, dans sa volonté réformatrice - que l'on retrouve dans beaucoup d'autres aspects de la vie politique, économique, culturelle et sociale - va s'efforcer d'adapter le service public hospitalier aux réalités du progrès des techniques médicales ainsi qu'aux impératifs de régulation des dépenses de santé¹.

L'objectif de cette synthèse est de présenter le contenu de ces différentes réformes hospitalières sous l'angle historique et réglementaire.

Quelques repères historiques

IV^e et V^e siècles : créées à l'origine par les chrétiens et encouragées par le clergé, les maisons d'hospitalité apparaissent au IV^e et V^e siècle pour accueillir les malheureux malades ou trop âgés, ou bien les pèlerins sur le chemin de Compostelle.

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

XII^e 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 2 000 léproseries.

1260 : Louis IX (Saint-Louis) fonde l'hospice des Quinze-Vingts.

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.

1648 Fondation par Vincent de Paul de l'établissement des Enfants-Trouvés

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 ».

1670 : Louis XIV crée l'hôtel des Invalides pour les invalides de guerre.

¹ Clément, J.M. (2010). Les réformes hospitalières. Les Études Hospitalières
Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.epub

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.

2009 : la Loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST).

2016 : la Loi de modernisation de notre système de santé.

La municipalisation des hôpitaux de 1796

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 établis 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 prône 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

LA LOI DE 1838

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.

LA LOI DE 1839

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 (1851)

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 révoquer 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

LA LOI DE 1941

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 III^e 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 DE 1958

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 désaïssissement 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 (1960)

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 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

LES PREMIERS JALONS D'UN SYSTÈME HOSPITALIER (1970)

Tout en préservant apparemment le caractère local de l'hôpital, les ordonnances de 1958 accentuent le desserrement 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.

VERS LE PLANISME HOSPITALIER (1991)

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

LES ORDONNANCES DE 1996

[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, où se trouve 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 (2002)

[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 malaise² : mauvaises conditions de travail à l'hôpital, évolution de la démographie médicale, transformation des attentes des patients et des pathologies, intensité des progrès technologiques...

² [Rapport Piquemal](#), [Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé](#), novembre 2002

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 hôpitaux 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..³.Ce plan se concrétise par les ordonnances de 2003.

Vers une simplification du droit hospitalier

LA RÉFORME DE 2003

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.

³ [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 Domergue](#).

- ▶ 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 sur les 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.

La privatisation des instances hospitalières

LOI HÔPITAL PATIENTS SANTÉ TERRITOIRES DE 2009

Les objectifs de la loi

► [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.

Le contenu de la loi

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 milieu pénitentiaire, 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 télémédecine. 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.

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

L'ANAP des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public (GIP) constitué de l'Etat, de l'Union des caisses d'assurance maladie (Uncam) ; la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

- Elle a pour missions d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils. Elle en assure le suivi de la mise en œuvre, pour permettre aux établissements de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier, de suivre et de maîtriser leur performance. Dans le cadre de son programme, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion ou de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements.
- Le président du Conseil d'administration et le Directeur de l'Anap sont nommés par arrêtés des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité.
- Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, une dotation versée par la Cnsa, des subventions de l'Etat des collectivités publiques, des établissements publics, de l'Union européenne.

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 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.

Bilans du plan

Bilan de la 1ère phase du Plan Hôpital 2012 – Volet Immobilier

Dossier de presse du Ministère chargé de la santé, 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.

Bilan de la 1ère phase du Plan Hôpital 2012 – Volet Système d'information

Dossier de presse du Ministère chargé de la santé, 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.

Bilan de la 2e phase du Plan Hôpital 2012 – Volets Immobilier et Système d'information

Discours et dossier de presse, 10 février 2010

Ces documents présentent les derniers projets de modernisation des hôpitaux retenus dans le cadre de la seconde vague de la première tranche du plan Hôpital 2012, soit 344 projets de modernisation des hôpitaux, 51 concernant des travaux immobiliers (restructurations, extensions, rénovations...) et 293 le traitement informatique des données (notamment autour de la gestion de l'information médicale et du dossier du patient), pour un investissement de 1,85 milliard d'euros, dont 50 % seront financés par subvention

L'effort d'investissement visé par le plan est de 10 milliards d'euros sur cinq ans. Ce montant plafond s'ajoute aux investissements courants. Il permet de maintenir, sur la période 2008-2012, un niveau comparable au plan précédent. Ce plan s'appuie sur la mise en œuvre des SROS et priorisera des opérations répondant à des critères d'efficacité par la mobilisation de ressources propres et par une programmation budgétaire cohérente avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation. Les circulaires fondatrices prévoient que les opérations immobilières satisfassent aux critères d'efficacité dans les domaines sociaux, de sécurité, de qualité environnementale et d'organisation des soins. Le niveau des investissements informatiques hospitaliers va être accéléré 15% du montant des enveloppes régionales. Enfin une enveloppe spécifique est réservée au financement de ces opérations de mise aux normes de sécurité à caractère exceptionnel (normes antisismiques et opérations majeures de désamiantage...)

Vers une refondation du service public

LE PACTE DE CONFIANCE AVEC LES HOSPITALIERS (2012)

La réforme hospitalière engagée par la loi HPST de 2009 a changé la donne dans l'organisation du personnel hospitalier. Certains d'entre eux : décideurs hospitaliers, personnel de l'encadrement, professionnels médicaux, soignants redoutent une perte de sens du service public et la remise en cause de la qualité de la prise en charge médicale.

En réponse à ces inquiétudes, Marisol Touraine, ministre chargée de la santé, s'est engagée vis-à-vis des professionnels hospitaliers autour du pacte de confiance pour l'hôpital, **le 7 septembre 2012**.

- [Le discours de Marisol Touraine](#)

- [Le communiqué de presse](#)

La phase de concertation en vue de formuler de premières propositions a été confiée à un comité de pilotage présidé par Edouard Couty avec pour objectif d'assurer la consultation de tous les acteurs dans le cadre d'un agenda social spécifique à l'hôpital, s'articulant avec la feuille de route issue de la conférence sociale de juillet 2012.

- [La lettre de mission](#)

Les réflexions s'articulaient autour de trois axes :

- le service public hospitalier dans le système de santé : groupe présidé par Bernadette Devictor ;
- le dialogue social à l'hôpital et les ressources humaines : groupe présidé par Danielle Toupillier ;
- l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital : groupe présidé par Monique Cavalier.

Le 4 mars 2013, Édouard Couty a remis à Marisol Touraine le [rapport final de synthèse](#) des 3 groupes de travail qu'il a présidés depuis septembre 2012.

Afin de mettre concrètement en œuvre les 13 engagements retenus par la ministre, 3 groupes de travail ont été désignés pour poursuivre les réflexions sur 3 axes :

- le service public territorial de santé : groupe présidé par Bernadette Devictor – [Rapport Devictor](#).
- la représentation des usagers dans les établissements de santé : groupe présidé par Claire Compagnon – [Rapport Compagnon](#).
- le fonctionnement des pôles au sein des établissements de santé : groupe présidé par les présidents des conférences hospitalières (directeurs et présidents de CME) – [Rapport Domy](#).

Les propositions formulées par ces 3 groupes s'intègrent dans la Stratégie nationale de santé, avec pour objectif de réorganiser le système de santé autour du patient et de structurer une médecine de parcours. Celle-ci doit permettre un nouvel élan et de nouveaux modes d'intervention, dans l'esprit de service public qui doit de nouveau guider pleinement les professionnels, chaque jour au service des patients.

- Pour en savoir plus : [Le pacte de confiance sur le site du Ministère](#)

LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ DE 2016

► [LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé](#), (Journal officiel du 27 janvier 2016).

► [Décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016](#)

Comme annoncé dans le Pacte de confiance à l'hôpital, le monde hospitalier se situe de plain-pied dans la stratégie nationale de santé, dans sa diversité : du CHU porteur de l'excellence de la recherche médicale et de la formation, à l'hôpital de proximité qui, dans certains territoires, assure un rôle pivot dans la prise en charge de premier niveau. Il est donc nécessaire que les acteurs de l'hôpital public soient assurés de la cohérence globale du service public et de sa pérennité.

De plus, les territoires ont besoin d'hôpitaux forts, capables d'élaborer et de mettre en oeuvre des projets médicaux ambitieux qui répondent aux besoins de la population. Des hôpitaux publics isolés et mal coordonnés peuvent ne pas être en mesure de répondre seuls à ces défis.

La loi de modernisation de notre système de santé entend refonder le service public hospitalier. Cela passe d'abord par une réaffirmation du service public hospitalier, profondément désorganisé par la loi du 21 juillet 2009 dite « HPST » qui avait découpé le service public en quatorze missions de service public (dont les urgences). Initiée dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, cette réaffirmation prend la forme d'une définition du service public hospitalier en « bloc » et des obligations qui lui sont liées. Les agences régionales de santé pourront subordonner l'attribution de subventions à la participation à ce service territorial de santé.

La coopération entre hôpitaux publics est dynamisée par le déploiement de groupements hospitaliers de territoire qui permettront aux hôpitaux proches d'élaborer un projet médical commun et de partager des missions ou des fonctions support (achats hospitaliers, par exemple).

Le projet de loi prévoit aussi :

- d'encadrer l'intérim médical à l'hôpital;
- d'informer le patient sur les coûts de son hospitalisation : tout établissement de santé devra délivrer systématiquement au patient, lors de sa sortie, une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge ;
- de renforcer la participation des usagers aux décisions prises dans les établissements de santé : la commission représentant les usagers dans les établissements de santé sera désormais informée et consultée sur les questions de qualité, de sécurité des soins et d'organisation du parcours de soins.

Les dispositions relatives à l'hôpital sont mentionnées dans l'article II de la loi : faciliter au quotidien le parcours de santé des Français, au chapitre I (promouvoir les soins primaires et favoriser la structuration des parcours de soins) et au chapitre II (ancrer l'hôpital dans le territoire).

La création des groupements hospitaliers de territoire

Créé par l'article 107 de la loi, le groupement hospitalier de territoire (GHT) vient en remplacement de la communauté hospitalière de territoire, mise en place par la loi HPST du 21 juillet 2009.

Dispositif obligatoire pour les établissements publics de santé, le GHT est facultatif pour les services et établissements publics médico-sociaux.

Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 précise les règles d'élaboration de la convention constitutive de groupement hospitalier de territoire, la définition du projet médical partagé des établissements parties au groupement hospitalier de territoire, les modalités de mise en place et de fonctionnement des instances communes ainsi que le périmètre des fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. Chaque agence régionale de santé arrêtera au 1er juillet 2016 la liste des groupements hospitaliers de territoire dans la région de son ressort et leur composition.

Pour en savoir plus : [Site du Ministère chargé de la santé](#)

Les objectifs de GHT sont au nombre de trois :

- un objectif de prise en charge commune et graduée du patient ;

- un objectif de rationalisation économique ;
- un objectif de renforcement des liaisons avec le CHU, et par voie de conséquence, la réaffirmation-du renforcement du rôle régional du CHU.

Autres dispositions de la loi

► Article 69 : Organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie

- Élaboration d'un projet territorial de santé mentale ;
- Ce projet a pour objectif d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité. Il tient compte des caractères géographiques des territoires et de l'offre de soins ;
- La décision du projet territorial de santé mentale peut être prise par le directeur générale d'une ARS ;
- Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial établi par les acteurs de santé du territoire ;
- Possibilité pour les établissements de service public hospitalier de constituer une communauté psychiatrique de territoire. Les modalités de cette disposition sont définies par décret ;
- Le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en oeuvre de la politique de santé mentale trois ans après la promulgation de cette loi.

► Article 70 : Précision du champ du contrôle du juge des libertés et de la détention

- La poursuite d'une hospitalisation complète sans consentement est soumise au contrôle du juge des libertés et de la détention.

► Article 71 : Clarification des dispositions sur le lieu de l'audience en cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins

► Article 72 : Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale

- Précision des conditions de placement en chambre d'isolement et de la mise en contention.
- Tenue d'un registre dans chaque établissement pour l'application de soins psychiatrique.

► Article 73 : Remise du Gouvernement au Parlement d'un rapport consacré à l'organisation de l'Infirmier psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, notamment au regard de la réglementation en matière de soins sans consentement

► Article 94 : A l'occasion d'une hospitalisation, remise systématique au patient d'une information écrite détaillant le coût global de sa prise en charge, soins et hors soins, incluant le montant couvert par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), les organismes complémentaires et le reste à charge du patient

► Article 98 : Garantie d'un accès aux soins dans des délais raisonnables pour chaque patient

- Prise en compte des territoires dont l'accessibilité peut être malaisée (montagne, régions touristiques).

► Article 99 : Refondation du Service Public Hospitalier (SPH)

- Remplacement des missions de service public par le SPH ;
- Les établissements assurant le SPH respectent l'ensemble des obligations sur toute leur activité ;
- Pour les établissements privés de droit commun : procédure spécifique de reconnaissance qui prend en compte, outre la demande de l'établissement, l'analyse de l'offre territoriale par l'ARS ;
- Les établissements qui assurent le service public hospitalier participent à la formation des sages-femmes ;
- Obligations découlant du SPH ;
- Possibilité pour le directeur général de l'ARS de solliciter tout établissement de santé en vue d'assurer la permanence de soins ;
- Institution d'une période transitoire de trois années au terme de laquelle les contrats conclus avec les médecins libéraux devront être conformes aux exigences du service public hospitalier ;
- Un décret en Conseil d'Etat prévoit les critères objectifs qui président à la délivrance des autorisations afin que le statut des établissements ne soit pas déterminant.

► Article 100 : Création d'un statut pour les activités d'intérêt général réalisées par les maisons d'accueil hospitalières

- Mise en place d'un régime de déclaration auprès de l'ARS et de vérification des conditions de fonctionnement.

► Article 101 : Mise en place d'un projet psychologique afin de garantir une réponse adaptée à la singularité des personnes accueillies en hôpital

► Article 102 : Application du droit de priorité à l'AP-HP uniquement

► Article 103 : Souscription d'emprunts des établissements publics de santé

- Interdiction de contracter des emprunts toxiques.
- Application des règles prévues pour les collectivités territoriales ;
- Interdiction pour les hôpitaux d'emprunter en devises.

Article 104 : Statut spécifique des établissements publics de santé

- Importance de l'implantation locale de ces établissements ;
- Spécificités juridiques : implication des collectivités territoriales dans leur gouvernance.

► Article 105 : Interdiction pour les établissements publics de santé de conclure des contrats de partenariat ou des baux emphytéotiques administratifs

► Article 106 : Remise du Gouvernement au Parlement d'un rapport sur les conditions de la mise en oeuvre d'une mission pour que les établissements de santé fonctionnent sans dépassement d'honoraires

► Article 107 : Création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

- Remplacement des communautés hospitalières par les GHT (qui n'ont pas la personnalité morale) ;
- Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un GHT ;
- Les GHT sont associés à l'élaboration d'un projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire ;
- Les GHT s'associent à un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) ;
- Chaque GHT demeure libre de déterminer des modalités d'organisation et de fonctionnement ;
- Un ou plusieurs établissements ou services médico-sociaux peuvent adhérer au groupement ;
- Les établissements privés peuvent y être associés par voie conventionnelle (statut d'établissement partenaire) et celle-ci prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement ;
- Consolidation du dispositif de transformation des communautés hospitalières de territoire en groupement hospitalier de territoire ;
- Les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en groupements hospitaliers de territoire après approbation du ou des directeur générale de l'Agence régionale de santé concernée à partir du 1^{er} juillet 2016 ;
- Les conditions d'application sont déterminées par décret en Conseil d'Etat ;
- **Dans les conditions prévues par la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnances des mesures permettant de définir les règles budgétaires et comptables qui régissent les relations entre les établissements publics faisant partie à un même groupement hospitalier de territoire (disposition censurée par le Conseil constitutionnel).**

► Article 108 : Autorisation pour les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) de moyens d'exploiter une autorisation d'activités de soins ou d'équipement matériel lourds

► Article 109 : Extension des missions de contrôle de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes aux établissements de santé privés

- La Cour des comptes est habilitée à recueillir des informations auprès des établissements de santé privés et de leurs organismes gestionnaires ;
- Transmission par les établissements de santé privés de leurs rapports de certification à la Cour des comptes afin d'homogénéiser les obligations de transmissions.

► Article 110 : Amélioration de la prise en compte de la sécurité des systèmes d'information

- Signalement sans délai des incidents grave de sécurité des systèmes d'information à l'ARS ;
- S'adresse aux établissements de santé, aux organismes et aux services exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ;
- Un décret définit les catégories d'incidents concernés.

► Article 111: Contrôle par les ARS d'absence de surcompensation financière

- Transmission annuelle des comptes des établissements de santé à l'ARS ;
- Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités du présent article.

► Article 112 : Sécurisation de l'organisation financière des établissements de santé privés non lucratifs

- Pour les établissements financés antérieurement par dotation globale.

► Article 113 : Pérennisation du dispositif du plateau mutualisé d'imagerie médicale

- Reprise du dispositif de la loi du 10 août 2010, dite Loi Fourcade ;
- L'objectif est de mutualiser les équipements d'imagerie médicale en réfléchissant par plateaux plutôt que par équipements ;
- L'autorisation de création de ces plateaux est confiée à l'ARS sur l'initiative des professionnels de santé ;
- La généralisation de la mutualisation des plateaux d'imagerie médicale est subordonnée à la participation effective des professionnels concernés à la permanence de soins ;
- Les dépassements d'honoraires ne sont pas applicables aux patients relevant d'une CMU-C ou bénéficiant d'une ACS.

LA LOI RELATIVE À L'ORGANISATION ET À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Des dispositifs relatifs à la réforme des hôpitaux avaient déjà été introduits dans la [LOI de n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale 2019](#). Ils portaient principalement sur :

- la création de communautés professionnelles territoriales de santé ⁴;
- la structuration des hôpitaux de proximité ;
- le développement des compétences dans les établissements de santé ;
- le financement d'investissements immobiliers pour les établissements de santé.

La [Loi n° 2019-774](#) du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (JORF du 26 juillet 2019) précise ces mesures impactant l'organisation hospitalière dans le titre II intitulé : « Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires » par les chapitres n° 1, 2 et 3 ainsi que dans les titres IV (mesures diverses) et V (ratifications et modifications d'ordonnances). Elle instaure une profonde réforme de la carte hospitalière, avec notamment la modification du statut des hôpitaux de proximité et leur labellisation.

Une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social

Chapitre 1 : promouvoir les projets territoriaux de santé

L'article 22 crée le projet territorial de santé (PTS) :

- Le conseil territorial de santé participe à la réalisation du diagnostic territorial partagé en s'appuyant, en plus des projets des équipes de soins primaires (ESP) et des CPTS, sur les projets médicaux partagés, les contrats locaux de santé, les projets médicaux des établissements de santé privés et les projets d'établissement des établissements et services médico-sociaux. Ce diagnostic prend également compte des travaux et propositions, entre autres, des conseils locaux de santé mentale, et des projets de santé des équipes de soins spécialisées.
- Le PTS fait l'objet d'une évaluation par le conseil territorial de santé.
- Le diagnostic territorial partagé donne lieu à la création d'un PTS élaboré par les CPTS et les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.
- Le PTS est initié par une CPTS et approuvé par au moins un établissement ou un service de santé, social ou médico-social.
- Les associations de patients, les collectivités territoriales, les intercommunalités et les URPS participent à l'élaboration et la mise en œuvre du PTS. Les URPS ne sont pas obligées d'y participer.
- Le PTS définit le territoire pertinent pour sa mise en œuvre par ses acteurs.
- Le PTS décrit notamment l'organisation de l'accès à la prévention, aux soins de proximité et aux soins spécialisés, les modalités de coopération interprofessionnelle, les modalités de l'accès au dépistage et décrit les modalités de l'accès aux soins non programmés.
- Le PTS décrit les modalités d'amélioration de la continuité des soins.

⁴ [Communiqué de presse du 20 juin 2019](#) : l'avenant n° 7 à la convention nationale des médecins définit et précise les modalités des communautés professionnelles de santé.

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.epub

- Il prend en compte l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes à mobilité réduite.
- Le PTS est réputé validé, sauf si le directeur général de l'ARS s'y oppose dans un délai de 2 mois en se basant sur l'absence de respect des objectifs du projet régional de santé ou sur la pertinence du territoire d'action de la CPTS.
- Les CPTS ayant transmis leur PTS et conclu un contrat territorial de santé seront réputées disposer d'un projet de santé approuvé. Elles disposent de 6 mois pour s'y opposer à la date de publication de la présente loi.
- Les missions des CPTS seront définies avec les professionnels territoriaux par voie conventionnelle.
- Dans chaque département les élus sont concertés sur l'organisation territoriale des soins au moins une fois par an. Une réunion spécifique peut être demandée par les élus quand cela est justifié.
- Un délégué territorial de l'Agence nationale de la cohésion des territoires ou de son représentant est présent à la concertation. Les élus en question sont les parlementaires du département, le président du conseil régional, le président du conseil départemental, les présidents des établissements publics de coopération intercommunale et au moins 5 représentants des maires désignés par l'association départementale des maires.

L'article 23 réunit les dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé :

- Le dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes est créé.
- Ses missions sont : assurer la réponse globale aux demandes d'appui des professionnels permettant une harmonisation des dispositifs existants en lien avec le médecin traitant ; contribuer en coordination avec d'autres acteurs à la réponse aux besoins des personnes et de leurs aidants en lien avec les réflexions sur les maisons des aînés et des aidants ; participer à la coordination territoriale participant à la structuration des parcours de santé complexes.
- La gouvernance du dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé complexes est composée de représentants des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des usagers, du conseil départemental et des communautés professionnelles territoriales de santé.
- Les centres locaux d'information et de coordination peuvent intégrer les plateformes territoriales d'appui.
- Des dispositifs spécifiques régionaux peuvent organiser un appui spécialisé aux professionnels de santé, établissements de santé et agences régionales de santé.
- Les conditions d'application de cet article sont fixées par décret.
- L'ensemble de ces dispositions entrent en vigueur dans un délai de 3 ans à compter de la publication de la présente loi. Les organisations assurant des fonctions d'appui dans le cadre d'expérimentations destinées à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie et bénéficiant de fonds, issus du fonds pour l'innovation du système de santé géré par la Cnam, doivent intégrer ces dispositions avant leur échéance.

Chapitre 2 : développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

L'article 35 définit les missions et modalités de gouvernance des hôpitaux de proximité :

- Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnances les mesures visant à : déterminer les conditions d'établissement de la liste des hôpitaux de proximité ; définir les modalités d'organisation, de financement, de fonctionnement et de gouvernance des hôpitaux

de proximité ; définir dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de personnalité morale et partie d'une entité juridique.

- Les ordonnances sont prises dans un délai de 18 mois à compter de la publication de la présente loi.
- Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de chaque ordonnance.
- Les hôpitaux de proximité sont définis comme des établissements publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements. Ils assurent le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers.
- Leurs missions sont exercées avec la participation conjointe des structures et des professionnels de la médecine ambulatoire, avec lesquels ils partagent une responsabilité territoriale.
- L'exercice de leur mission prend compte des projets de santé des CPTS et se fait en coopération avec les acteurs de la médecine ambulatoire, les établissements et les services médico-sociaux, les établissements d'hospitalisation à domicile et les établissements publics de santé gérant des secteurs de psychiatrie.
- Les hôpitaux de proximité : apportent un appui aux professionnels de santé de ville et autres acteurs de l'offre de soins; favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie, en liaison avec le médecin traitant ; participent à la prévention et la mise en place d'actions de promotion de la santé sur le territoire ; contribuent à la permanence des soins et la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et professionnels de la médecine ambulatoire.
- Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ni d'obstétrique, sauf à titre dérogatoire sur décision du directeur général de l'ARS dans des conditions prévues par décret.
- Le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la liste limitative des actes concernés pouvant intégrer ces dérogations après avis de la HAS.
- Ils peuvent assurer, en fonction des besoins, des activités de médecine d'urgence, prénatales et postnatales, soins de suite et de réadaptation ainsi que les activités de soins palliatifs.
- Ces dispositions entrent en vigueur à une date définie par décret, et au plus tard le 1er janvier 2021.

L'article 36 modernise le régime des autorisations des activités de soins et des équipements matériels lourds :

- Le Gouvernement est autorisé à prendre par voie d'ordonnance les mesures visant à : modifier le régime d'autorisation des activités de soins (dont la greffe d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques), des équipements matériels lourds, des alternatives à l'hospitalisation et de l'hospitalisation à domicile ; adapter le régime des autorisations aux activités réalisées dans le cadre d'exercices coordonnés ; simplifier les procédures et les conditions de délivrance des autorisations d'activités de soin.
- Les ordonnances sont prises dans un délai de 18 mois à compter de la publication de la présente loi.
- Le projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Chapitre 3 : renforcer la stratégie et la gouvernance médicales au niveau du groupement hospitalier de territoire, et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration

L'article 37 renforce les groupements hospitaliers de territoire (GHT) :

- Les commissions médicales de groupement sont désormais obligatoires dans chaque groupement hospitalier de territoire.
- Elles contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement.
- Elles sont composées des représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques.
- Le comité territorial des élus locaux se prononce sur la stratégie du groupement hospitalier de territoire.
- Le GHT peut gérer pour le compte de ses établissements les ressources humaines médicales, pharmaceutiques et maïeutiques.
- Un décret détermine la composition et les règles de fonctionnement des commissions médicales de groupement.
- Un décret fixe la date d'entrée en vigueur de cette mesure, au plus tard le 1er janvier 2021.
- Le comité stratégique des GHT inclut le président de la commission médicale de groupement. Le directeur de l'établissement support est le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Le président de la commission médicale de groupement en est le vice-président.
- L'établissement support d'un GHT assure la gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.
- Les GHT sont autorisés à élaborer un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuel uniques et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique avec l'ARS.
- Le directeur général de l'ARS peut, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, autoriser les établissements d'un même GHT à : mettre en commun leurs disponibilités déposées auprès de l'État ; élaborer un programme d'investissement et un plan de financement pluriannuel uniques ; conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique.
- Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance les mesures visant à : étendre les compétences des commissions médicales d'établissement et de groupement ; définir l'articulation des compétences des directeurs d'établissements d'un GHT et des directeurs d'établissements support de GHT en matière de gestion des ressources humaines médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques ; organiser les conditions dans lesquelles les établissements d'un GHT peuvent mutualiser certaines fonctions supports.
- Un projet de loi pour chaque ordonnance est prévu dans un délai de 3 mois à compter de la publication de ladite ordonnance. ☐ Les mandats des présidents et membres élus des CME sont prorogés au plus tard le 1er janvier 2021.

L'article 38 intègre un volet qualité de vie au travail dans le projet social de l'établissement :

- Un volet spécifique consacré à la qualité de vie au travail des personnels médicaux et non médicaux est intégré systématiquement au projet social défini par chaque établissement.

L'article 39 confirme le maintien des commissions des usagers distinctes en cas de fusion d'établissements.

L'article 40 renforce l'information du conseil de surveillance d'un établissement public de santé :

- Le président du conseil de surveillance d'un établissement public de santé se voit fournir par le directeur de l'établissement, les documents stratégiques et financiers préparatoires et décisionnels.
- Le conseil de surveillance est informé du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et l'établissement, ainsi que de ses modifications.

Mesures diverses

L'article 57 sécurise et simplifie le cadre financier et comptable des établissements de santé :

- Les établissements publics de santé établissent, en lieu et place de comptes consolidés, des états comptables dont le périmètre et les modalités de production sont fixés par décret en Conseil d'État.
- Les établissements de santé privés d'intérêt collectif s'assurent de la mise en conformité des contrats conclus avec les professionnels médicaux libéraux pratiquant des dépassements d'honoraires dans un délai de 3 ans à partir de la promulgation de la présente loi.
- En cas de refus de la mise en conformité par le praticien, le directeur de l'ARS retire à ces établissements la possibilité de recourir à ce praticien au terme d'une procédure contradictoire avec ledit praticien, et après avis de la commission médicale d'établissement et de l'organe délibérant de l'établissement dont dépend le praticien.

L'article 65 améliore les modalités de contrôle du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins :

- Le directeur général de l'ARS peut désigner des inspecteurs ayant qualité de médecin, des médecins-conseils ou des pharmaciens-conseils, des médecins ayant conclu un contrat avec l'ARS, pour assurer les missions de contrôle de recueil des indicateurs de qualité et sécurité des soins d'un établissement public de santé.

L'article 68 optimise la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles :

- Les établissements de santé publics et privés se dotent d'un plan de préparation et de gestion des tensions hospitalières afin de mobiliser les moyens de réponses adaptés à la nature et à l'ampleur de l'événement et d'assurer aux patients une prise en charge optimale. - L'intitulé du plan « ORSAN », du plan zonal de mobilisation, du plan départemental de mobilisation et du plan blanc sont harmonisés. Il est désormais fait mention de « plans détaillant les mesures à mettre en œuvre en cas d'événement entraînant une perturbation de l'organisation des soins ».
- Les établissements et services médico-sociaux sont inclus dans ces plans.
- Les établissements de santé de référence exercent leurs missions à l'échelle régionale et non plus à l'échelle d'une zone de défense.
- En cas de situation sanitaire exceptionnelle, le directeur de l'ARS concernée peut faire appel aux professionnels de santé de la région volontaires pour appuyer les structures de soins ne pouvant faire face à la situation, y compris des professionnels de santé en activité.
- Pour faciliter la prise en charge et le suivi des victimes, l'utilisation de l'outil SI-VIC est élargie.
- En cas d'accident nucléaire ou acte terroriste, une liste de produits de santé provenant des stocks de l'État fixée par décret peut être mobilisée pour une délivrance par d'autres professionnels de santé que les pharmaciens.
- Les modalités de stockage de ces produits sont fixées par décret.
- Un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales fixe la liste des catégories d'établissements et services médico-sociaux devant intégrer dans leur projet d'établissement un plan détaillant les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de situation sanitaire exceptionnelle.

L'article 70 rénove les modalités de recrutement des praticiens à diplôme étranger hors Union européenne (PADHUE) :

- Le concours de la liste A est l'unique voie d'accès pour l'exercice des praticiens à diplôme étranger hors Union européenne à l'exception des réfugiés et apatrides.
- Pour les ex liste C, une procédure de vérification des connaissances est opérée. Le ministre chargé de la santé leur délivre ou non une autorisation d'exercice sur avis de la commission nationale d'exercice compétente.
- Les candidats chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens déposent directement un dossier à la commission nationale d'autorisation d'exercice des professions concernées.
- Le recrutement des praticiens associés pour des fonctions probatoires n'est plus contractuel.
- Les praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) ayant exercé pendant 2 ans en équivalent temps plein entre le 1er janvier 2015 et le 31 janvier 2019 sont éligible à la procédure temporaire d'exercice de ces professionnels.
- La commission chargée d'évaluer ces candidatures doit rendre sa réponse avant le 1er octobre 2020.
- Les mêmes exceptions sont appliquées aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires d'un diplôme ou d'une certification d'un État non membre de l'UE ou de l'EEE.
- Les PADHUE ayant exercé au sein d'une agence de santé ou ayant préparé le concours de la liste A ont la possibilité de faire pré-examiner leur dossier par la commission nationale d'autorisation d'exercice afin d'accéder à la procédure temporaire de rattachement.

L'article 71 étend à la Martinique et à la Guadeloupe le recrutement de médecins étrangers selon le modèle dérogatoire en vigueur en Guyane :

- Les directeurs généraux des ARS de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et le représentant de l'État à Saint-Pierre-et-Miquelon peuvent recruter des médecins, sages-femmes, pharmaciens ou chirurgiens-dentistes en dérogeant aux conditions générales d'exercices jusqu'au 31 décembre 2025.
- Cette autorisation est délivrée par arrêté pour une durée déterminée.

Modifications et ratifications d'ordonnances

Ordonnance n°2017-10 du 5 janvier 2017 relative à la mise à jour de la liste des établissements figurant à l'article 2 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Le périmètre des établissements concernés par les dispositions relatives à la fonction publique hospitalière est mis à jour.
- Les services à domicile sont exclus des dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Ordonnance n°2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire

- Si le groupement de coopération sanitaire est autorisé à facturer des soins, il se substitue aux établissements membres.

- Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par des établissements publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé, des maisons de santé, des personnes physiques ou morales exerçant une profession médicale à titre libéral.
- Un groupement de coopération sanitaire de moyen exploite les autorisations de ses membres. Sa composition est limitée à certains établissements de santé et personnes physiques ou morales.
- Il est impossible pour un GCS d'exploiter une autorisation limitée aux établissements de santé.
- Les GCS laboratoires sont interdits pour les professionnels de santé.
- Un décret en Conseil d'État définit les conditions et modalités de dissolution d'un groupement de coopération sanitaire. Le directeur général de l'ARS, peut dans certains cas, dissoudre un GCS.
- Les membres d'un GCS élisent un administrateur parmi ses membres qui les représentera. Il est obligatoire de nommer un administrateur suppléant également.
- Un GCS qui a comme seule autorisation une activité biologique d'assistance médicale à la procréation n'est pas érigé en établissement de santé.

Ordonnance n°2017-47 du 19 janvier 2017 précisant la procédure de fusion des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique

- L'ensemble des droits et obligations des établissements fusionnant est transféré au nouvel établissement.
- La fusion des établissements peut se faire par la création d'une nouvelle personne morale ou par le maintien de la personnalité morale de l'un des établissements fusionnant.
- Les comités stratégiques du ou des groupes hospitaliers de territoire des établissements sont informés de la fusion.
- En cas de fusion décidé par l'ARS, celle-ci doit préciser le mode de fusion et l'établissement.

Le Ségur de la santé

LES ACCORDS DU 13 JUILLET 2020

Le Ségur de la santé a été lancé le 25 mai 2020 par le premier ministre, Édouard Philippe et le ministre chargé de la santé, Olivier Véran, dans un contexte de crise récurrente au sein des hôpitaux et des Ehpad, aggravée par la gestion difficile de l'épidémie de Covid-19.

Pilotée par Nicole Notai, ce Ségur de la santé ouvre plus d'un long mois de concertation avec les acteurs du système de soins :

- Des concertations nationales à travers un Comité Ségur national et un groupe Ségur national spécifique autour des carrières et des rémunérations, dès le 26 mai ;
- Des retours d'expérience dans les territoires à partir du 29 mai ;
- Une consultation citoyenne sur l'hôpital menée le Conseil économique, social et environnemental (Cese), en ligne via un espace d'expression dématérialisé.

Dans la lignée des orientations fixées par le Président de la République, les concertations du Ségur de la santé reposent sur quatre piliers :

- Pilier n°1 : Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- Pilier n°2 : Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;

- Pilier n°3 : Simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- Pilier n°4 : Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

> Pour en savoir plus : [Communiqué de presse du ministère chargé de la santé](#)

Les travaux du Ségur de la santé ont ainsi permis de négocier avec l'ensemble des représentants syndicaux et professionnels des engagements forts de revalorisation pour les professionnels et cadres des établissements de santé ainsi que des Ehpad. Le 13 juillet 2020, les accords du Ségur de la santé sont signés par le Premier ministre, le ministre chargé la Santé, ainsi que par une majorité d'organisations syndicales représentant d'une part, les professions non médicales (FO, CFDT, UNSA) et d'autre part, les personnels médicaux de l'hôpital public (INPH, SNAM-HP, CMH).

Les deux accords consacrent respectivement :

- 7,6 milliards d'euros par an à la revalorisation de l'ensemble des métiers non-médicaux dans les établissements de santé et médico-sociaux des secteurs publics ou privés, et prévoyant également le recrutement de 15 000 personnels.
- 450 millions d'euros par an à l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers.

Et après concertation des syndicats et représentants des étudiants médicaux, étudiants paramédicaux et des internes, le Gouvernement s'est également engagé à consacrer 200 millions d'euros par an à la revalorisation des indemnités de stage et émoluments d'internats, à la revalorisation des gardes pour les internes.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé. 2020/07.](#)

Le 21 juillet 2020, Olivier Véran a présenté les conclusions du Ségur de la santé. Elles consacrent la poursuite de la modernisation du système de santé en France et le souhait d'améliorer le quotidien des soignants ainsi que la prise en charge des patients.

Les conclusions reposent sur :

- Les conclusions de la mission Claris sur la gouvernance de l'hôpital⁵ ;
- Les recommandations de la mission Notat⁶ ;
- Les résultats de la consultation en ligne des professionnels⁷ ;
- Les 108 contributions des acteurs de notre système de santé⁸.

Elles s'articulent autour de 33 propositions selon les lignes directrices suivantes :

- 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé pour améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants.
- 8,2 milliards d'euros par an pour revaloriser les métiers des établissements de santé et des Ehpad, et reconnaître l'engagement des soignants au service de la santé des Français.
- 15 000 recrutements à l'hôpital public.
- Accélérer la sortie du "tout T2A" (tarification à l'acte) et privilégier la qualité des soins.
- Financer l'ouverture ou la réouverture de 4000 lits « à la demande » ;

⁵ Claris, O., Piney, D., Haoui, R. -[Mission sur la gouvernance hospitalière. 2020/06](#)

⁶ [Recommandations de la mission Notat – Ségur de la santé. 2020/07](#) et [présentation des recommandations.](#)

⁷ [Résultats de la consultation en ligne des professionnels.](#)

⁸ [Les 108 contributions des acteurs de notre système de santé ;](#)

- Mettre fin au mercenariat de l'intérim médical à l'hôpital public ;
- Redonner toute sa place au service hospitalier au sein des établissements de santé ;
- Former plus de soignants dans les filières paramédicales pour mieux prendre en charge les patients ;
- Faciliter l'accès aux soins non-programmés et à l'exercice coordonné ;
- Développer fortement la télésanté en s'appuyant sur les acquis de la crise pour mieux soigner les Français ;
- Donner aux territoires les principaux leviers de l'investissement en santé dans l'intérêt de leurs habitants ;
- Combattre les inégalités de santé.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé](#). 2020/07.

Le 3 septembre 2020, le Premier ministre Jean Castex a présenté le plan "France Relance", une feuille de route pour la refondation économique, sociale et écologique du pays. Dans le cadre du Ségur de la santé, 6 milliards d'euros du plan de relance sont consacrés à l'investissement dans les secteurs de la santé, du médico-social et du numérique en santé. Plus précisément le plan prévoit :

- 2,1 milliards d'euros sur 5 ans pour la transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique dans les établissements médico-sociaux ;
- 5 milliards d'euros sur 5 ans pour l'investissement en santé dans les territoires à travers des projets hospitaliers prioritaires et des projets ville-hôpital ;
- 1,4 milliards d'euros sur 3 ans pour la modernisation des outils numériques en santé et le rattrapage du retard, dans l'interopérabilité d'un système informatique à un autre, des acteurs de la santé. Cela permettra au dossier médical d'un patient de pouvoir être transféré d'un centre de soin à un autre pour améliorer le suivi tout au long de son parcours.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de l'économie](#). 2020/09.

Le 23 septembre 2020, Olivier Véran a mis en place le comité de suivi du Ségur de la santé réunissant les principaux acteurs (représentants des personnels non médicaux, médicaux, des professionnels libéraux, des communautés hospitalières et médico-social, des étudiants et usagers), L'instance devra s'assurer de la mise en œuvre des 33 mesures annoncées par le gouvernement en juillet dernier pour accélérer la transformation du système de santé. Le ministre s'est engagé à réunir ce comité de suivi trimestriellement. Il a confié une deuxième mission d'évaluation à Nicole Notat, dont les objectifs seront de « savoir si les mesures sont connues et comprises des acteurs de santé, et si elles répondent à leurs attentes ». A l'occasion de cette première réunion, le ministère a souligné les « premières réalisations des engagements pris », à commencer par les revalorisations des personnels non médicaux, médicaux et des étudiants dès ce mois-ci puis des internes dès novembre prochain. La « gestion déconcentrée des investissements » a été anticipée avec la conduite d'un projet pilote par l'ARS Bretagne.

➤ Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé](#). 2021/09/23

Le 9 mars 2021, la phase 2 du Ségur de santé est lancée. Après des revalorisations significatives des professionnels de santé, il s'agit de transformer l'essai en investissant sur le long terme dans le système de santé français. La somme de 19 milliards d'euros est annoncée. Un plan d'investissement beaucoup plus important que les précédents plans : Hôpital 2007 (6 milliards d'euros) et Hôpital 2012 (2,5 milliards d'euros). Le périmètre concerné est celui des établissements de santé, du secteur médico-social, en faisant du numérique une priorité et en restaurant les capacités financières des établissements.

Les fonds seront répartis dans une logique de déconcentration. Ainsi, les 14,5 Mds € destinés aux établissements seront délégués aux ARS. Le seuil au-dessus duquel la décision d'investissement relève du niveau national est rehaussé de 50 Ms € à 150 Ms € (soit un hôpital de 600 lits). Pour accompagner les projets conduits dans leurs territoires, les équipes des ARS seront renforcées sur les compétences requises pour gérer les investissements. Elles devront associer « plus étroitement les élus ainsi que les acteurs de santé locaux, dans toutes les composantes du système de santé, en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social ». Ces agences pourront aussi solliciter, pour les projets d'ampleur ou complexes, l'accompagnement d'un expert de haut niveau désigné au niveau national, sur proposition du conseil scientifique. Sur le plan médico-social, elles sont incitées à travailler avec les conseils départementaux, et en suivant les nouvelles lignes des plans d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA. Le plan est enfin financé par 13 Md€ de reprise de dette hospitalière, *via* un emprunt sur trois ans de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), et de 6 Md€ de fonds européens dans le cadre du plan de relance communautaire.

- Pour en savoir plus : [Dossier de presse du ministère chargé de la santé. 2020/03/09.](#)
- [Circulaire du 10 mars 2021 relative aux investissements](#)

LA LOI VISANT A AMELIORER LE SYSTEME DE SANTE PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION DE 2021

Afin de faciliter la mise en œuvre de plusieurs mesures du Ségur de la santé, les députés de la majorité ont déposé, le 21 octobre 2020, une proposition de loi de 15 articles⁹. Cette loi a pour objectif de traduire les aspects non financiers du Ségur de santé. La loi dite *d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification* est adoptée définitivement au Parlement le 14 avril 2021. Après le rejet préalable au Sénat, le texte voté en lecture définitive est similaire à celui voté en deuxième lecture à l'Assemblée nationale. Les articles portent notamment sur la gouvernance hospitalière, la politique de management et la maîtrise des dépenses d'intérim, la création d'une profession médicale intermédiaire sans oublier la plateforme *Mon Parcours Handicap* et les services d'accès aux soins (SAS).

Le contrôle des dépenses d'intérim médical est ainsi adopté dans la version promue par les députés avec un contrôle de légalité de la dépense par le comptable public opéré après l'engagement de la dépense— le comptable est chargé de rejeter la dépense si elle dépasse les plafonds. La loi permet aux hôpitaux de réhabiliter le rôle du service, conformément aux recommandations contenues dans le rapport du Pr Olivier Claris. Plus largement, la loi permet d'offrir plus de libertés aux établissements de santé dans leur organisation interne et leur gouvernance. Un droit d'option est ainsi ouvert. Une commission médico-soignante peut aussi être mise en place en substitution de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Le texte consacre dans la loi la création des services d'accès aux soins, en précisant sa mission mais sans trancher l'épineuse question du numéro unique. Enfin, la proposition de loi porte également sur les compétences de certaines professions de santé.

Les dispositions de la loi concernant les mesures de réforme hospitalières relèvent des chapitres 3 et 4.

Chapitre 3 : Recrutement des praticiens hospitaliers et mesures diverses concernant l'emploi en établissement public de santé

⁹ [Proposition de loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#). Assemblée nationale. 2020/10/22.

Article 17 : Fluidification de la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers

- Précision dans le code de la santé publique que la procédure de recrutement d'un praticien hospitalier vise à pourvoir à une vacance de postes déclarée par le Centre national de gestion, en utilisant « toutes les voies de simplification définies par voie réglementaire permettant que le poste soit pourvu dans les meilleurs délais ».

Article 18 : Simplification de la création de poste de praticien hospitalier

- Le directeur d'un établissement support de groupement hospitalier de territoire peut, à compter de la publication de cette loi et pour trois ans, sur proposition du directeur de l'établissement concerné et du président de la commission médicale de l'établissement concerné, et après avis de la commission médicale de groupement, décider seul de la création de postes de praticiens hospitaliers.
- La commission médicale de groupement évalue la conformité de la création de postes avec le projet médical partagé du GHT.

Article 19 – Facilitation de l'intervention de bénévoles à l'hôpital

- Le directeur d'un établissement public de santé peut admettre l'exercice bénévole de médecins, sages-femmes et odontologistes.
- Les contrats de bénévoles ne peuvent se substituer aux postes de titulaires laissés vacants.

Article 20 – Facilitation du contrôle de cumul irrégulier d'activités hospitalières

- Les établissements publics de santé peuvent interroger le fichier national de déclaration à l'embauche afin de contrôler le cumul irrégulier d'activités.

Article 21 – Dépassements d'honoraires

- Les médecins libéraux ayant conclu un contrat avec les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qui ne pratiquaient pas des honoraires correspondant aux conventions médicales à la date du 24 juillet 2019 (date de promulgation de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé), peuvent facturer des dépassements de ces tarifs.
- L'article de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé obligeant les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier à mettre en conformité les contrats des médecins libéraux exerçant en leur sein avec la convention médicale nationale fixant les montants d'honoraires est abrogé.

Chapitre 4 : Simplification de la gouvernance dans les établissements publics de santé

Article 22 – Retour du « service » à l'hôpital

- Est inséré, au sein des « pôles » hospitaliers, l'échelon du « service » constituant l'échelon de référence en matière d'organisation, pertinence, qualité et de sécurité des soins, d'encadrement des équipes médicales, des internes et étudiants en santé et de la qualité de vie au travail, en étroite collaboration avec le cadre de santé.
- Est précisé que ces services sont dirigés par des « chefs de service », associés au projet d'établissement, au projet de management et aux projets d'évolution de l'organisation interne de l'établissement.
- Dans les CH et CHU, les chefs de service sont nommés par décision conjointe du directeur d'établissement et du président de la CME, pour une durée de mandat fixée par décret.

Article 23 – Précision des missions de la commission médicale d'établissement

- Est précisé que la commission médicale d'établissement contribue à la définition de la politique d'amélioration continue de la pertinence des soins.

Article 24 – Clarification des missions des projets médicaux et de soins infirmiers des établissements

- Sont consacrés de manière plus précise le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé au niveau du code de la santé publique.
- Est ainsi précisé que ces projets définissent, pour leurs domaines respectifs, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population.
- Ces projets doivent prendre en compte l'évolution des stratégies de prise en charge, et définit les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et des parcours.
- Dans les CHU, ces projets comprennent l'articulation avec les objectifs de recherche et de formation, en lien avec les directeurs d'unités de formation et de recherche (UFR) des professions médicales.
- Ces projets définissent l'articulation des parcours et des filières de soins avec les autres établissements de santé et les professionnels libéraux.

Article 25 – Possibilité de regroupement des commissions médicales d'établissement et de soins infirmiers

- La commission des soins infirmiers et la commission médicale d'établissement peuvent être regroupés.
- Ce regroupement se fait sur décision du directeur de l'établissement après proposition conjointe des présidents de la CME et de la commission des soins infirmiers après consultation du conseil de surveillance.
- Peut ainsi être créée une « commission médico-soignante d'établissement » se substituant à ces deux commissions. Le président de cette commission est élu parmi les représentants des personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques, le coordinateur général des soins infirmiers en devient le vice-président.
- L'ensemble des professions médicales et paramédicales doivent être représentées équitablement au sein de cette commission médico-soignante par le règlement intérieur de l'établissement.

Article 26 – Élargissement des cas de consultation de la commission des soins infirmiers

- Le directeur décide conjointement de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, non seulement avec le président de la commission médicale d'établissement (ce qui était déjà prévu) mais aussi « en lien » avec le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.
- Il en va de même pour la détermination du programme d'investissement en matière d'équipements médicaux.

Article 27 – Interopérabilité des systèmes informatiques des GHS

- Le système d'information hospitalier convergent des établissements membres d'un GHS doit également être interopérable.

Article 28 – Création du service d'accès aux soins (SAS)

- Institution du service d'accès aux soins (SAS).
- Le SAS a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de lui délivrer des conseils adaptés et faire assurer les soins appropriés à son état. Il assure une régulation médicale commune entre le SAMU et une régulation de médecine ambulatoire.

- Les centres de régulation du SAMU doivent être portés par des professionnels de santé du territoire exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire.
- Les centres de réception et régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.

Article 29 – Possibilité de différenciations locales des fonctionnements hospitaliers

- Par dérogation, le directeur et le président de la CME d'un établissement peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et l'organisation des soins, conformément au projet médical d'établissement. Ceci permet de déroger au fonctionnement par pôles.
- Cette décision est prise sur avis conforme de la CME et de la commission des soins infirmiers et après consultation du comité technique d'établissement. Le directeur et le président de la CME nomment conjointement les responsables des structures médicales ainsi créées. Le directeur prévoit après consultation de la CME, de la commission des soins infirmiers et du comité technique d'établissement les modalités de participation et d'expression des personnels au fonctionnement de ces structures. Les modalités d'organisation de ces nouvelles structures sont prévues dans le règlement intérieur de l'établissement.
- Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de ces nouvelles possibilités d'organisation.

Article 30 – Participation des parlementaires aux conseils de surveillance des hôpitaux

- Le député de la circonscription où est situé le siège de l'établissement public de santé peut participer au conseil de surveillance de ce dernier, avec voix consultative.
- Il en va de même pour le sénateur du département où se trouve le siège de l'établissement, selon les désignations effectuées par la commission des affaires sociales de la chambre haute.

Article 31 - Élargissement des membres du directoire des hôpitaux

- Est précisé dans le code de la santé publique que le directoire des établissements de santé peut comprendre trois personnalités qualifiées qui peuvent être un représentant des soignants, un représentant des étudiants en santé et un représentant des usagers.
- Les représentants des soignants non médicaux au directoire sont nommés sur présentation d'une liste de propositions établie par le président de la commission des soins infirmiers.
- Est précisé que chaque séance du directoire fait l'objet d'un relevé de conclusions rendu accessible à l'ensemble du personnel de l'établissement.

Article 32 – Délégation de pouvoirs en cas de conflit d'intérêts d'un directeur d'hôpital

- Le directeur d'un établissement public de santé pensant se trouver en situation de conflit d'intérêts peut déléguer ses pouvoirs à un membre de l'équipe de direction afin de faire cesser ou de prévenir ce conflit. Il en informe le conseil de surveillance.

Article 33 – Lutte contre les contrats irréguliers d'intérim médical

- Le directeur général de l'ARS doit dénoncer des contrats d'intérim médical irréguliers devant le tribunal administratif.
- Le comptable public doit bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou ne respectant les conditions de la réglementation.

Article 34 – Institution du « projet de gouvernance et de management » à l'hôpital

- Un « projet de gouvernance et de management » est intégré au projet d'établissement.
- Ce projet de gouvernance et de management d'établissement définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation

et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement. Il comprend des actions de prévention aux enjeux d'égalité entre les femmes et les hommes et des risques psychosociaux. Il comporte un volet spécifique dédié à l'accompagnement et au suivi des étudiants en santé.

- Ce projet de gouvernance et de management doit tenir compte des besoins et attentes des personnels dans leur environnement professionnel, notamment pour ceux en situation de handicap, et permet de former au management les personnels médicaux et non médicaux nommés à des postes à responsabilités.
- Le projet d'établissement comprend un volet éco-responsable.

Article 35 – Intégration des étudiants en santé et internes dans le projet social d'établissement

- Est précisé que le volet qualité de vie au travail du projet social d'établissement doit explicitement inclure les étudiants et internes.

Article 36 – Précisions sur le projet psychologique d'établissement

- Précision de la structuration du projet psychologique : il doit comporter plusieurs volets relatifs aux activités cliniques des psychologues, à leurs activités de formation et de recherche, ainsi qu'aux modalités de leur organisation dans l'établissement.

Il convient aussi de noter que la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)¹⁰ a intégré également certaines mesures annoncées cet été : reprise de dettes des établissements de santé et la , généralisation des hôtels hospitaliers.

Tableau récapitulatif des réformes hospitalières

Dates	Lois	Principales orientations
1796	Loi du 7 octobre 1796	Municipalisation des hôpitaux
1838	Loi du 30 juin 1838	Ouverture d'un asile par département
1839	Ordonnance du 18 décembre 1839	Statut d'établissements publics pour les asiles
1851	Loi du 7 août 1851	Autonomie des hospices et hôpitaux rattachés à la commune de leur lieu d'implantation Reconnaissance des établissements privés
1941	Loi du 21 décembre 1941 « Charte hospitalière »	Suite à la naissance des assurances sociales, l'hôpital est ouvert à toutes les classes sociales. Tarification à la journée
1958	3 ordonnances de décembre 1958	Création des CHU et CHRU
1960	Circulaire du 15 mars 1960	Début de la sectorisation psychiatrique
1985	Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985	Officialisation de la sectorisation psychiatrique
1970	Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970	Définition d'un système hospitalier et instauration de la carte sanitaire
1978	Loi n° 78-11 du 4 janvier 1978	Instauration du forfait soins Création des hôpitaux de long séjour
1979	Loi n° 79-1140 du 29 décembre 1979	Mise en place de la suppression des lits par autorisation du ministère chargé de la santé
1983	Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983	Dotation globale de financement pour les hôpitaux publics ou privés participant au PSPH Tarification à la journée et forfaits liés aux actes réalisés pour les cliniques privées Instauration du forfait journalier à la charge de l'assuré
1984	Loi n° 84-5 du 3 janvier 1984	Création des départements médicaux Instauration du taux directeur

¹⁰ Voir sur le site de l'Irdes [la synthèse sur les lois de financement de la sécurité sociale](#). 2021/02.

1991	Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991	Instauration des SROS (Schémas régionaux de l'offre de soins)
1996	Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996	Création des ARH (Agences régionales d'hospitalisation) et régionalisation du financement Mise en place de groupements de coopération sanitaire
2002	Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002	Réforme du droit des malades
2003	Loi d'habilitation n° 2003-581 du 2 juillet 2003 Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003	Plan hôpital 2007 modernisant l'hôpital Remplacement de la carte sanitaire par le territoire de santé Simplification du régime des autorisations Renforcement de la coopération hospitalière
2005	Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005	Nouvelle gouvernance hospitalière Tarification à l'activité (T2A)

Dates	Lois	Principales orientations
2009	Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital patients santé et territoires »	Refonte du statut des établissements hospitaliers Définition des missions de service public hospitalier Création des CHT (Communautés hospitalières territoriales) et des GCSM (Groupements de coopération sanitaire de moyens)
2012	Plan hôpital 2012	Amélioration de l'efficience de l'offre hospitalière Modernisation technique des établissements
2016	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé	Réaffirmation du service public hospitalier Création des GHT (Groupements hospitaliers de territoire) Projet territorial de santé mentale
2019	Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé	Développement d'une offre hospitalière de proximité Création des CPT (Communautés professionnels de territoire) Création du projet territorial de santé (PTS) Renforcement des GHT avec obligation des commissions médicales de groupement
2020	Plan Ségur	Transformation des métiers et valorisation des soignants Nouvelle politique d'investissement et de financement Réorganisation de la gouvernance
2021	Loi d'amélioration du système de santé par la confiance et la simplification	Lutte contre l'intérim à l'hôpital Simplification de la gouvernance Réhabilitation des services hospitaliers et des chefs de service Meilleure association des soignants et usagers dans la décision Création du Service d'accès aux soins (SAS)

Bibliographie

OUVRAGES

2020

Cauvin Renault, C. (2020). Reconstruire l'hôpital. Concilier normes et relation de soin, Erès

Cour des Comptes (2020). Les groupements hospitaliers de territoire : Exercices 2014 à 2019, Paris : Cour des comptes

Grimaldi, A. et Pierru, F. (2020). Santé : Urgence, Odile Jacob

2019

Guicheteau, J., Lyda-Truffier, A., Lemaire, A., et al. (2019). Délégation polaire : comment dynamiser Paris : Infodium éditions

Juven, P. A., Pierru, F. et Vincent, F. (2019). La casse du siècle : à propos des réformes de l'hôpital public, Paris : Raisons d'agir éditions

Tsimaratos, M., Devictor, B. et Gentile, S. (2019). Repenser l'hôpital : Rendez-vous manqués et raisons d'espérer. Paris Michalon: 283.

2017

Vigneron, E. and C. p. Jaffiol (2017). L'hôpital & le territoire, Paris : Techniques hospitalières / SPH Editions.

2016

Clément, J. M. (2016). La loi santé : analyse, commentaires, critiques, Bordeaux : LEH Editions.

2011

Hontebeyrie C, Ponchon F., L'usager et le monde hospitalier. 50 fiches pour comprendre. Rennes : EHESP, 2011-08-19

Ponchon F., Précis de droit hospitalier. A l'usage de ceux qui n'aiment pas le droit mais veulent comprendre le système hospitalier. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2011

2010

Belorgey N., L'hôpital sous pression : enquête sur le "nouveau management public". Paris : Éditions de la découverte

Bouinot C., Pericard B., Les hôpitaux et l'investissement. Paris : LCDJ – Dexia, 2010

Clément, J.M. (2010). Histoire des réformes hospitalières. Bordeaux : Les éditions hospitalières

2009

Couty E., Kouchner C., Laude A. Tabuteau D., La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé. Rennes : EHESP, 2009

Chabot J.M., Mariotte O., Loi HPST : analyse & arguments. Paris : GM Santé, 2009

Ministère chargé de la santé. (2009). Hôpital patients santé territoires : une loi à la croisée de nombreuses attentes. Paris : Ministère chargé de la santé.

Chevandier, C. (2009). L'hôpital dans la France du XXe siècle., Paris : Perrin.

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

2008

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,

2007

Clément J.M., Panorama critique des réformes hospitalières de 1789 à nos jours. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2007

2005

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

2004

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

2003

Clément J.M., La crise de confiance hospitalière : constat, causes, réformes. Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 2003

2001

Clément J.M., 1900-2000 : la mutation de l'hôpital. Bordeaux : Les Etudes hospitalières, 2001

2000

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

1999

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

1998

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

1995

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

1992

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

1991

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

1988

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

1987

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

1986

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

1985

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

1979

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

1959

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

1958

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

RAPPORTS

2020

(2020). Transformation du système de santé : La gouvernance doit être plus efficace et plus lisible. Paris Think Tank Economie de la Santé: 19.

[https://s3-eu-west-](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/209869/5782/LA_RECO_2020.pdf?1600093288)

[1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/209869/5782/LA_RECO_2020.pdf?1600093288](https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/static.hospimedia.fr/documents/209869/5782/LA_RECO_2020.pdf?1600093288)

Claris, O. (2020). Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS. Paris Ministère chargé de la santé: 156.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

Cour de sComptes (2020). Les groupements hospitaliers de territoire : exercices 2014 à 2019. Paris Cour des comptes: 182.

<https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201008-rapport-Groupements-hospitaliers-de-territoire.pdf>

Leost, H., Meunier, A. et Renay, F. (2020). Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise. Paris Igas: 135.

<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article795>

Michot, F. et Allilaire, J. F. (2020). Ségur de la santé : propositions. Paris Académie nationale de médecine: 39.

<http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/07/SEGUR-DE-LA-SANTE-PROPOSITIONS-DE-LACADEMIE-NATIONALE-DE-MEDECINE.pdf>

Milon, A. (2020). Les GHT : un outil mal adapté à la territorialisation du soin : Rapport d'information du Sénat suite à celui de la Cour des comptes. Paris Sénat: 213.

<http://www.senat.fr/rap/r20-022/r20-0221.pdf>

Ministère chargé de la Santé (2020). Ségur de la santé : accords du Ségur de la santé : carrières, métiers et rémunérations. Paris Ministère chargé de la santé: 12.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/accords-carrieres-metiers-et-remunerations>

Ministère chargé de la Santé (2020). Ségur de la santé : les conclusions. Paris Ministère chargé de la santé: 58.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante-les-conclusions/article/la-segur-de-la-sante-50-jours-de-concertation>

Notat, M. (2020). Ségur de la santé : recommandations de la mission. Paris Ministère chargé de la santé: 148.

Santé, M. (2020). Ségur de la santé : consultation en ligne des professionnels - juin-juillet 2020. Paris Ministère chargé de la santé: 52.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/7z/contributions - segur de la sante.7z>

2019

Longeot, J. F. (2019). Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé : Avis de la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. Paris Sénat: 137.

<http://www.senat.fr/rap/a18-515/a18-515.html>

Toulemonde, F. et Boisguerin, B. (2018). Les établissements de santé : édition 2018, Paris : Drees

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018>

2018

Cour des Comptes (2018). Le rôle des centres hospitaliers universitaires : référé de la Cour des comptes. Paris Cour des comptes: 12.

Cour des Comptes (2018). La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir. In : Le rapport public annuel 2018 de la Cour des Comptes. 3 tomes. Paris Cour des comptes: 3 vol. (624+522+141).

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2018>

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2018-01/10-dette-hopitaux-Tome-2.pdf>

DGOS (2018). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017. Paris DGOS: 25 , ill.

http://www.ticsante.com/documents/201806011610130.DGOS_PMP.pdf

HCAAM (2018). Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé : rapport et avis 2018. Paris HCAAM: 2 vol. (60 +20).

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur structuré, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins.

Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

2017

Cohen, L., Genisson, C. et Savary, R. P. (2017). Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Paris Sénat: 109.

<http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

Cour des Comptes (2017). Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris Cour des Comptes: 729, tabl.

https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Haut Conseil de la Santé Publique (2017). [Groupements hospitaliers de territoire \(GHT\) et santé publique](#). Paris HCSP: 50.

Robiliard, D. and D. Jacquat (2017). [Rapport d'information sur les droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge](#). Paris : Assemblée nationale.

Toulemonde, F. G. Brilhaut and B. Boisguerin (2017). [Les établissements de santé : édition 2017](#), Paris : Drees.

Veran, O. (2017). [Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur](#). Paris : Ministère chargé de la santé.

2016

(2016). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014. Paris DGOS: 55 , tabl., graph., annexes.

Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale. Paris Ministère chargé de la Santé: 190 , tabl., fig.

2015

Biemouret, G. (2015). Rapport d'information de la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur la dette des établissements publics de santé. Paris Asemblée nationale: 305.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/34988-la-dette-des-etablissements-publics-de-sante>

Hubert, J. and F. Martineau (2015). [Mission Groupements Hospitaliers de Territoire](#) - Rapport intermédiaire. Paris : Ministère chargé de la Santé: 52.

Vanlerenberghe, J. M. (2015). [Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités](#). Paris : Sénat.

2014

Compagnon C., [Pour l'an II de la démocratie sanitaire](#). Paris : Ministère chargé de la santé, 2014

Cour des Comptes (2014). La dette des établissements publics de santé. Paris Cour des Comptes: 135 , tabl., annexes.

<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-dette-des-etablissements-publics-de-sante>

Devictor B. [Le service public territorial de santé \(SPTS\) et le service public hospitalier \(SPH\). Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé](#). Paris : La documentation française 2014.

Domy P. (2014). [Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé](#) : rapport des conférences hospitalières : Paris : Ministère chargé de la Santé.

Ministère chargé de la santé. [Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé](#). Paris : DGOS; 2014 Nov.

2013

Couty E. S. (2013). [Pacte de confiance à l'hôpital : rapport de synthèse](#) : Paris : Ministère chargé de la santé

Devictor B. (2013). [Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le service public hospitalier](#) : Paris : Ministère chargé de la santé.

Toupillier D. (2013). [Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le dialogue social et la gestion des ressources humaines](#) : Paris : Ministère chargé de la santé

Cavalié M. (2013). [Pacte de confiance à l'hôpital : rapport du groupe de travail sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital](#). Paris : Ministère chargé de la santé

2012

Aubertin A, Lepine C, Coste P. L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales. Paris : La Documentation française; 2013.

2011

Gaillard R., [Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire](#). Paris : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 2011/05

Fourcade J.P., [Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé](#). Paris : La documentation française 2011

Jegou J.J., [Rapport d'information sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation \(MIGAC\)](#). Paris : Sénat, 2011/06

Paul C., Rolland JM, [Rapport d'information sur la mise en application de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#). Paris : Assemblée Nationale, 2011/03

Toupillier D., Yahiel M., [Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé](#). Paris : Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. [2 volumes](#). Paris : CNG, 2011/01

2010

Bras P., Gohet P., Lopez A., [Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé](#). Paris : la documentation française ; Paris : Inspection générale des affaires sociales, 2010

Ministère chargé de la Santé, [Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité \(T2A\)](#). Paris : Ministère chargé de la Santé, 2010

Ministère chargé de la Santé, [Rapport 2010 au Parlement sur la convergence tarifaire](#). Paris : Ministère chargé de la Santé, 2010

Ministère chargé de la Santé, [Rapport 2010 au Parlement sur les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation des établissements de santé](#). Paris : Ministère chargé de la Santé, 2010;

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. Direction Générale de l'Offre de Soins, [Les chiffres clés de l'offre de soins](#). Paris : DGOS, 2010

Bras P.L., Gohet P., Lopez A., [Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé](#). Paris : IGAS, 2010

Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de Santé et Sociaux. [Création de valeur par les technologies de l'information et de la communication pour les structures de santé](#). Paris : ANAP, 2010

Agence Régionale de Santé. (A.R.S.), Améliorer la santé de la population et accroître l'efficacité de notre système de santé. Paris : ARS : 2010

Mallot J, [Rapport d'information sur le fonctionnement de l'hôpital](#). Paris : Assemblée Nationale : 2010 :

Syntec Informatique, [Livre blanc : l'hôpital numérique à l'heure de l'ouverture : des SIH vers un système d'information et de communication en santé](#). Paris : Syntec : 2010

Marescaux J., [Rapport de la Commission sur les Instituts Hospitalo-Universitaires \(IHU\)](#). Paris : la documentation française : 2010/

2009

Bras P.L., Duhamel G., [Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé](#). Paris : Igas : 2009/11

Lalande F., Veber O., [La mort à l'hôpital](#). Paris : Igas : 2009/11

Ministère chargé de la Santé. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (D.H.O.S.), Bilan de la mise en oeuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 relative à la mise en oeuvre

d'un programme de gestion des risques en établissements de santé (Rapport DEDALE). Paris : DHOS : 2009/

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

Aboud 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

2008

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

2007

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

2006

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

2005

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

2004

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

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., [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

2002

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. 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

2001

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. Direction des Hôpitaux. Atlas de la recomposition hospitalière. Paris : Direction des Hôpitaux : 2001/12

1999

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. 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

1998

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. 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. 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 : 1995

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

1994

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

1992

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

1989

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

1988

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

1985

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

1982

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

1981

Conseil économique et social, L'hospitalisation de jour, l'hospitalisation à domicile : alternatives à l'hospitalisation classique : séances des 9 et 10 décembre 1981.

1851

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

ARTICLES

2021

Jaffre, D. (2021). "La réforme du mode de financement des établissements de santé : une approche populationnelle ?": pp.28-31.

Papon, P. (2021). "Plan de relance français : des investissements d'avenir ?" Futuribles **440**(1): 89-95.
<https://www.cairn.info/revue-futuribles-2021-1-page-89.htm>

2020

(2020). "La tarification à l'activité (T2A) à la française." Revue française d'administration publique **174**(2): 487-497.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-487.htm>

(2020). "Les transformations de l'administration hospitalière." Revue française d'administration publique **174**(2): 351-362.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-351.htm>

Arhab-Girardin, F. (2020). "La crise hospitalière : symptômes, effets indésirables et traitements envisageables." Gestions Hospitalières(600): 573-575.

Barilari, A. (2020). "Chronique du secteur public économique." Revue française d'administration publique **174**(2): 577-585.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-577.htm>

Belorgey, N. (2020). "Trajectoires professionnelles et influence des intermédiaires en milieu hospitalier." Revue française d'administration publique **174**(2): 405-423.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-405.htm>

Bertillot, H. (2020). "Expertise, indicateurs de qualité et rationalisation de l'hôpital : le pouvoir discret de la « nébuleuse intégratrice »." Revue française d'administration publique **174**(2): 425-441.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-425.htm>

Brunet, J. (2020). "Pour la création d'un conseil stratégique hospitalier." Gestions Hospitalieres(597): pp.369-375.

Budet, J.-M. (2020). "Hôpital : sorties de crises ?": pp.268-269.

Budet, J.-M. (2020). "Le retour des professionnels dans le processus de décision." Gestions Hospitalieres(595): pp.198-199.

Canivenc, C. (2020). "France Relance : un enjeu déterminant de gouvernance et de pilotage." Gestion & Finances Publiques 6(6): 11-20.

<https://www.cairn.info/revue-gestion-et-finances-publiques-2020-6-page-11.htm>

Chambaud, L. (2020). "La formation des cadres du système de santé : courroie de transmission de la volonté politique ou adaptation dynamique aux besoins ?" Revue française d'administration publique 174(2): 499-508.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-499.htm>

Chevandier, C. (2020). "Travailler à l'hôpital : un siècle et demi de reconfigurations des métiers." Revue française d'administration publique 174(2): 317-328.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-317.htm>

Conti, B., Baudet-Michel, S. et Le Neindre, C. (2020). "Envisager la rétraction d'un équipement dans le système urbain français : le cas des lits d'hospitalisation en court séjour." Geographie Economie Societe 22(1): 5-33.

<https://www.cairn.info/revue-geographie-economie-societe-2020-1-page-5.htm>

Copin, J.-Y. (2020). "Les impacts RH du Ségur de la Santé." pp.6-9.

Copin, J.-Y. (2020). "Médecins étrangers à l'hôpital." Gestions Hospitalieres(601): pp.616-618.

Couty, E. (2020). "Evolution des politiques publiques pour l'hôpital de 1945 à nos jours. Partie 1." Revue de la société française des hôpitaux(163): pp.5-12.

Couty, E. (2020). "Evolution des politiques publiques pour l'hôpital de 1945 à nos jours. Partie 2." Revue de la société française des hôpitaux(164): pp.50-55.

Delnatte, J.-C. (2020). "Le point sur les réformes du financement des activités hospitalières." Finances hospitalieres(152): pp.2-8.

Delnatte, J.-C. (2020). "L'évolution des modes de financement des établissements de santé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020." Finances hospitalieres(142): pp.3-6.

Delnatte, J. C. (2020). "Les aspects financiers du Ségur de santé." Finances hospitalieres(150): 5-9.

Domin, J.-P. (2020). "La recherche d'un mode de financement unique des établissements de soins : le mythe de la convergence tarifaire." Revue française d'administration publique 174(2): 475-486.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-475.htm>

Dormont, B. (2020). "« Il faut rompre avec la gestion séparée de l'hôpital et de la médecine de ville »." 405(10): 70-73.

<https://www.cairn.info/magazine-alternatives-economiques-2020-10-page-70.htm>

Farhi, F. (2020). "Transformations hospitalières : Stop ou encore ?" Gestions Hospitalieres(598): pp.454-457.

Gay, R. (2020). "La réforme hospitalière, creuset d'une administration spécialisée. Analyse de la formation et des transformations de la direction des hôpitaux (1970-2010)." Revue française d'administration publique **174**(2): 329-349.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-329.htm>

Gerain-Breuzard, M.-N. et Spinhirny, F. (2020). "Que retenir du passé ? Que retenir pour l'avenir ?" Gestions Hospitalieres(600): pp.571-572.

Marrot, B. (2020). "Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ?" Revue française d'administration publique **174**(2): 443-458.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-443.htm>

Minvielle, É. et Kimberly, J. (2020). "Rémunération à la qualité. Récompenser les efforts organisationnels le long du parcours du patient." Journal de gestion et d'économie de la santé **4**(4): 242-252.
<https://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economie-de-la-sante-2020-4-page-242.htm>

Perraudin, A. (2020). "Rapport Claris. Gouvernance et simplification hospitalières." Gestions Hospitalieres(601): pp.632-634.

Pierru, F. (2020). "Introduction. L'administration hospitalière, entre pandémie virale et épidémie de réformes." Revue française d'administration publique **174**(2): 301-315.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-301.htm>

Pierru, F. (2020). "La tarification à l'activité (T2A) à la française." Revue française d'administration publique **174**(2): 487-497.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-487.htm>

Pierru, F. (2020). "Les transformations de l'administration hospitalière." Revue française d'administration publique **174**(2): 351-362.
<https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2020-2-page-351.htm>

Pierru, F., Chevandier, C. et Gay, R. (2020). "L'administration hospitalière : réformes permanentes et crises sans fin." Revue française d'administration publique(174): pp.301-518.

Pouillaude, H.-B. (2020). "Les GHT dans les rapports d'octobre de la Cour des comptes : « Les feuilles mortes »." Finances hospitalières(151): pp.28-30.

Rossi, D. et Got, C. (2020). "Réformes hospitalières... Dix ans, et après ?" Gestions Hospitalieres(600): pp.558-559.

Roux, A. (2020). "De la crise Covid-19 au Ségur de santé : les ressources humaines hospitalières, un enjeu stratégique." Revue Hospitaliere De France(596): 14-20.

Vioujas, V. (2020). "La réforme du financement des établissements de santé : la transformation en (longue) marche." Revue de droit sanitaire et social(3): pp.524-536.

Wartelle, A., Mourad-Cehade, F., Yalaoui, F., et al. (2020). "Impact de nouvelles cliniques sur les fréquentations des urgences : une étude avant après basée sur un « clustering » de flux patients." *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* **68**: S6.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762020300183>

Wilquin, A. et Kleisova, V. (2020). "Comment construire son dossier de contractualisation pour bénéficier des 13 milliards d'euros du dispositif de reprise de la dette ?" *Finances hospitalières*(151): pp.22-25.

2019

Geu-Coue, M. (2019). "Plus ou moins de pouvoirs dans la CME (Commission médicale d'établissement) : les contradictions du projet de loi de santé." *Gestions Hospitalières*(584): 190-192.

2018

Bertrand, D., Michot, F. et Richard, F. (2018). "La construction juridique des groupements hospitaliers de territoire (GHT)." *Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine* **202**(8-9): 1981-1992.

Vigneron, E. (2018). "Histoire et préhistoire de la coopération hospitalière et des groupements hospitaliers de territoire (GHT)." *Bulletin de L'Academie Nationale de Medecine* **202**(8-9): 1967-1979.

2017

Benallah, S. et Domin, J. P. (2017). "Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels ?" *Revue De L'ires*(91-92): 155-183.

<http://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/itemlist/category/287-n-91-92>

Bertrand, D. et Marin, P. (2017). "La loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie plus de dix ans après." *Actualite Et Dossier En Sante Publique*(100): 70-75.

Desbrun, D. (2017). "Proximité et groupements hospitaliers de territoire." *Revue Hospitaliere De France*(575): 41-43.

Sorrentino, M., S. Leleu, P. Sayous and et al. (2017). "Projet médical partagé : GHT, dynamique et facteurs de succès." *Revue Hospitaliere De France*(575): 36-40, fig.

2015

Domin, J. P. (2015). "Réformer l'hôpital comme une entreprise : les errements de trente ans de politique hospitalière : 1983-2013." *Revue De La Regulation*(17): Pagination à déterminer.

2014

Hguier M. (2014). À propos du projet de loi relatif à la santé. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*

Chone P. (2014). Réforme du financement des hôpitaux publics : quel impact sur leur niveau d'activité ? *Insee Analyses*, (15)

<http://www.insee.fr/fr/ffc/iana/ia15/ia15.pdf>

2013

Bremont, M., S. S. Mick, D. Robert and et al. (2013). "Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(38): 77-94.

2012

Bara, C. (2012). "Du service public hospitalier au service public de santé. Une prise en compte renouvelée de la santé publique." Revue Hospitaliere De France(544): 26-28.

Moisdon, J. C. (2012). "Le paradoxe de la boîte noire : réformes hospitalières et organisation." Droit Et Societe(80): 93-115.

Tanguy H., Lars-Huchet B. (2012). Jurisanté. 2012 et les réformes hospitalières ou l'art d'accommoder les restes. *Gestions Hospitalières*, (517)

2011

Vincent, G. (2011). "Pourquoi réformer l'hôpital public ?" Seve : Les Tribunes De La Sante(30): 25-28.

Laude L., Peyret P. (2011). T2A et contrôle de gestion ou l'art de la mesure. *Journal d'Economie Médicale*, 29 (4)

Vandendriessche M., Loi Fourcade : un pas vers la coopération professionnelle. *Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le)*, n° 2892, 2011/07/16

Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives. *Revue générale de droit médical*, numéro spécial, 2011

2010

La loi HPST dans son contexte. *Revue Droit & Santé*, n° 33, 2010/01

Balthazar B., Bavielle E., Clement J.M., *La loi HPST dans son contexte. Revue Droit et Santé*, 2010/

Gerber S.L., *Y a-t-il des marges d'efficience à l'hôpital ? Note de veille (CAS)*, 2010/06 ; n° http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille181_hopital.pdf

Madoire A., Pean S., Paty A., Prigneau F., Du rapport Larcher à la loi HPST. La réforme de la gouvernance ? *Gestions hospitalières*, 2010/01; n° 492 : 9-15

Tabuteau D., Loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) : des interrogations pour demain ! *Santé Publique*, 2010 ; vol. 22 : n° 1 : 79-90

Vega, A. (2010). "L'hôpital revisité par les historiens." Medecine : Revue De L'unaformec 6(3): 139-142.

Vega, A. (2010). "L'hôpital revisité par les historiens. Deuxième partie : bouleversements culturels et difficultés au travail." Medecine : Revue De L'unaformec 6(4): 185-188.

Vigouroux P., Place du CHU dans l'organisation territoriale. *Revue Hospitalière de France*, 2010/01-02 ; vol. : n° 532-58

2009

Loi HPST : un an déjà ! Mise en perspective. Dossier. *Actualités Jurisanté*, 2010/09, n° 71
La gouvernance du secteur social et médico-social après la création des Ars et la réforme des services déconcentrés de l'Etat. *Actualités sociales hebdomadaires*, septembre 2009

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

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 ?* *Revue hospitalière de France*, 2009/01-02 : n° 526 : 22-23

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

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

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

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

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

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

2006

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

2005

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

1995

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

1994

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

1988

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

1987

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

1985

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

1982

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

1980

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

1979

Imbert J., L'élaboration de la loi hospitalière du 7 août 1951. Liberamicorum BCH. Aubin : Strasbourg, 1979

Ressources électroniques

Site de l'Irdes

- [L'hôpital en France : bibliographie thématique](#)

Juillet 2021

[Loi Ségur d'amélioration du système de santé la confiance et la simplification](#)

Mai 2021

- [Loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé](#)

Mai 2021

- [Loi de modernisation de notre système de santé](#)

Mai 2021

- [Loi Hôpital Patients Santé Territoire](#)

Mai 2021

Site du Ministère de la santé

Consulter la rubrique : [Gérer un établissement de santé](#)

[Investissement en santé : Ségur de santé : les conclusions](#)

Juillet 2020

- [Groupements hospitaliers de territoire](#)

Septembre 2019

- [Loi de modernisation du système de santé](#)

2016

- La gouvernance hospitalière, 13 février 2015

[Dossier du Ministère, septembre 2019](#)

- [Présentation des opérations retenues au titre du Plan Hôpital 2012](#)

10 février 2010

- [Loi hôpital patients santé territoires](#)

2009

Site de Vie publique

[Loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification](#)

Avril 2021

[Ségur de la santé : après les accords salariaux, une nouvelle gouvernance pour l'hôpital](#)

Juillet 2020

- [Conditions de travail à l'hôpital](#)

Mars 2019

- [Qu'est-ce qu'un établissement de santé ?](#)

Mars 2016

- [L'hôpital et la politique hospitalière](#)

Février 2020

Site de l'EHESP

- [L'hôpital](#)

Septembre 2020

- [Loi de modernisation de notre système de santé](#)

Septembre 2020

- [Loi HPST](#)

Septembre 2020

- [Sécurité des soins en établissement sanitaire et médico-social,](#)

Septembre 2020

- [Ma santé 2022 : stratégie nationale de santé : dossier documentaire](#)

Septembre 2020

- [Les groupements hospitaliers de territoire](#)

Juin 2021