

Management hospitalier

Robert Holcman

Management hospitalier

Manuel de gouvernance
et de droit hospitalier

4^e édition

DUNOD

*Avec la collaboration d'Anne Sophie DE LIMA LOPES, pour la partie 1,
et de Mathilde MAGUIS, pour la partie 2.*

Anne-Sophie de LIMA LOPES est directrice adjointe en charge des usagers, des services aux patients et des partenariats innovants au centre hospitalo-universitaire de Nantes.

Mathilde MAGUIS, est directrice adjointe à la direction des ressources humaines du centre hospitalier de La Rochelle, chargée de la formation initiale et continue.

Illustration de couverture © Fotolia.com – AntonioDiaz

<p>Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements</p>		<p>d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.</p> <p>Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).</p>
--	--	--

© Dunod, Paris, 2019

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078811-8

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

Partie 1

Systeme hospitalier et hopitaux

Chapitre 1	L'hôpital dans le système de santé français	3
Chapitre 2	Le système hospitalier français	9
Chapitre 3	Service public et secteur public hospitaliers	33
Chapitre 4	L'évaluation des besoins de santé et des moyens existants	59
Chapitre 5	La planification hospitalière	69

Partie 2

La gouvernance de l'hôpital

Chapitre 6	La gouvernance externe de l'hôpital	151
Chapitre 7	La gouvernance interne de l'hôpital	221
Chapitre 8	L'organisation interne de l'activité	265
Chapitre 9	La coexistence du public et du privé	275

Partie 3

Qualité des soins, sécurité sanitaire et responsabilité

Chapitre 10	L'amélioration de la qualité des soins	299
-------------	--	-----

SOMMAIRE

Chapitre 11	Les pratiques professionnelles	317
Chapitre 12	Accréditation et certification	335
Chapitre 13	La sécurité sanitaire	363
Chapitre 14	La responsabilité	457

Partie 4 **Éthique, droits des patients et déontologie**

Chapitre 15	Éthique	491
Chapitre 16	Les droits du patient	527
Chapitre 17	Déontologie et ordres professionnels	597

Partie 5 **Dépenses, recettes, coût et performance**

Chapitre 18	Les grandes règles de la comptabilité publique	611
Chapitre 19	L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)	631
Chapitre 20	Les achats publics	659
Chapitre 21	Les modes de financement jusqu'à la tarification à l'activité (T2A)	683
Chapitre 22	Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI)	687
Chapitre 23	La tarification à l'activité (T2A)	703
Chapitre 24	L'évaluation de la performance	763

Partie 6
Les ressources humaines

Chapitre 25	Les composantes du personnel hospitalier	817
Chapitre 26	Les enjeux démographiques	861
Chapitre 27	Outils et nomenclatures GRH existants	879
Chapitre 28	Observatoires, conseils et commissions	887
Chapitre 29	L'organisation du travail dans les établissements de santé	903
Chapitre 30	La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences	925
	Sigles	939
	Tableaux, figures et encadrés	947
	Table des matières	953
	Index	965

Partie 1

Systeme hospitalier et hôpitaux

Chapitre 1	L'hôpital dans le système de santé français.....	3
Chapitre 2	Le système hospitalier français.....	9
Chapitre 3	Service public et secteur public hospitaliers.....	33
Chapitre 4	L'évaluation des besoins de santé et des moyens existants.....	59
Chapitre 5	La planification hospitalière.....	69



Chapitre 1

L'hôpital dans le système de santé français

1 • L'hôpital dans le système de santé français

Quatre branches de la Sécurité sociale. Les dépenses des régimes obligatoires de base de Sécurité sociale se sont élevées à 487,6 milliards d'euros en 2017. Elles se sont réparties entre ses quatre branches : accidents du travail et maladies professionnelles (13,2 milliards d'euros) ; vieillesse-veuvage (231,1 milliards) ; famille (49,6 milliards) et maladie-maternité-invalidité-décès (207,3 milliards d'euros). Cette dernière branche a donc représenté, cette année-là, 42,5 % des dépenses de Sécurité sociale (**figure 1.1**).

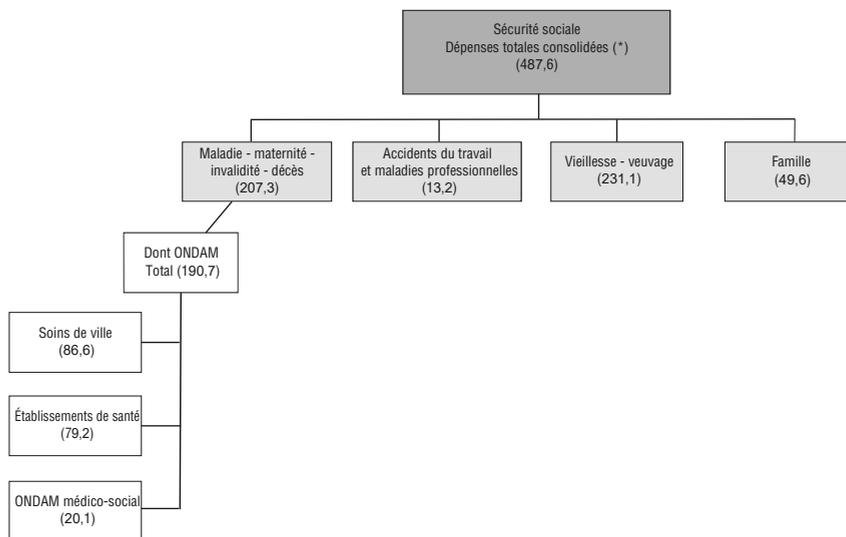


Figure 1.1. Les quatre branches de la sécurité sociale (dépenses des régimes obligatoires, en milliards d'euros)

Source : Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, et *Les chiffres clés de l'offre de soins*, direction générale de l'offre de soins, ministère de la Santé, édition 2018.

(*) Par construction, le total consolidé des dépenses est inférieur à la somme des dépenses de chacune des branches.

Ces dépenses ne couvrent pas la totalité de l'investissement mis chaque année dans la protection sociale puisqu'aux quatre branches de la Sécurité sociale viennent s'adjoindre les dépenses liées à la couverture chômage et celles engagées dans l'action sociale (**figure 1.2**).

Risque dépendance. La couverture sociale d'un nouveau risque est également envisagée : le risque dépendance des personnes âgées. Les modalités de financement ne sont pas encore arrêtées, elles pourraient s'adosser à la création d'une cinquième branche de la Sécurité sociale ou bien combiner une couverture mutualisée et des assurances personnelles.

Branches maladie-maternité-invalidité-décès et ONDAM. Les dépenses liées à l'assurance maladie forment la plus grande part (92 %) de celles de

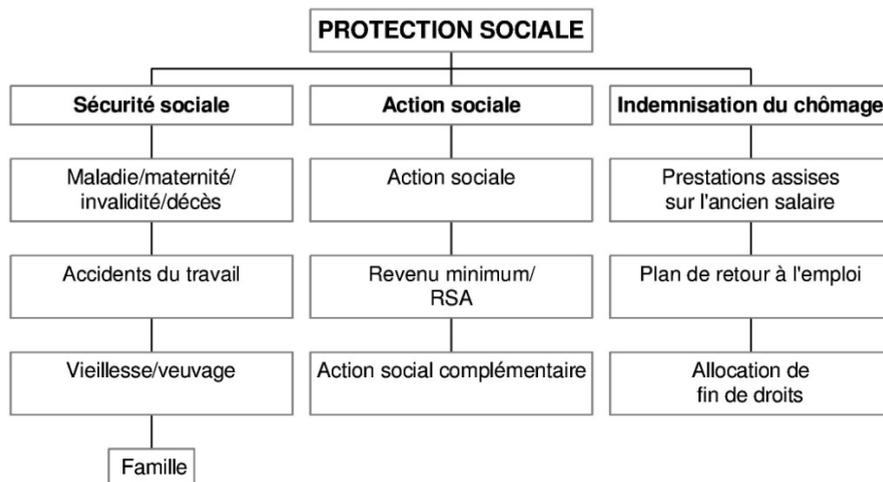


Figure 1.2. La protection sociale

la branche maladie-maternité-invalidité-décès, le solde étant constitué par la couverture invalidité-décès. Les dépenses de l'assurance maladie sont rassemblées dans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui s'élevait à 190,7 milliards d'euros en 2017. L'ONDAM est la cible de dépenses d'assurance maladie fixées chaque année au Parlement par le biais de la loi de financement de la Sécurité sociale¹.

Au sein de l'ONDAM, 45,4 % des dépenses (86,6 milliards d'euros) ont relevé en 2017 des soins de ville ; 41,5 % (79,2 milliards) de l'ONDAM hospitalier ; 10,5 % (20,1 milliards) de l'ONDAM médico-social – le solde est constitué par les autres prises en charge (1,7 milliard) et le fonds d'intervention régional (3,2 milliards)

Poids des établissements de santé dans l'ONDAM. Si l'on agrège les dépenses de l'ONDAM hospitalier et de l'ONDAM médico-social, le total des dépenses du système hospitalier se monte à 99,3 milliards d'euros en 2017, ce qui représente 52 % de l'ONDAM, 47,9 % de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, et 20,3 % des dépenses de Sécurité sociale.

Toujours sur la base des chiffres 2017, les 79,2 milliards d'euros de l'ONDAM hospitalier (qui concerne l'ensemble des établissements de santé, publics et privés) ont pesé cette année-là pour 41,5 % des dépenses de l'ONDAM, 38,2 % des dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, 16,2 % des dépenses de Sécurité sociale, et 3,1 % de la richesse nationale produite annuellement, telle qu'exprimée par le produit intérieur brut (PIB).

1. L'objectif national agrège plusieurs objectifs de dépenses d'assurance maladie, par types d'activité (voir « Les objectifs de dépenses d'assurance maladie », partie 5, p. 714).

Déficit des hôpitaux publics. La situation financière des hôpitaux publics a fortement évolué au fil des années. Leur déficit s'était creusé pour atteindre 486 millions d'euros en 2007, contre 193 millions d'euros en 2006². La Cour des comptes³ avait mis en lumière un redressement de leurs comptes : pour la première depuis 2006, le résultat global des hôpitaux publics s'établissant à l'équilibre, avec un excédent de 143 millions d'euros en 2012, contre un déficit de 304 millions d'euros en 2011. Elle avait toutefois noté le caractère fragile de ce redressement financier. En 2013, la situation économique des hôpitaux publics s'est de nouveau dégradée. Le niveau de leur déficit faisait toutefois l'objet d'une polémique : 66 millions d'euros selon la Direction générale de l'offre de soins du ministère de la Santé ; 300 millions d'euros si l'on croit la Fédération hospitalière de France⁴. En 2015, ce déficit a atteint presque 400 millions d'euros. En 2016, en revanche, la situation s'est améliorée : le déficit total des hôpitaux publics est de moins de 200 millions d'euros, soit la moitié de sa valeur en 2015. Il existe une grande disparité entre les établissements : 54 % d'entre eux sont à l'équilibre ou en excédent, et 46 % en déficit. 14 % des établissements concentrent 80 % du déficit.

Dettes des hôpitaux publics. Dans une communication portant sur la dette des établissements publics de santé⁵, la Cour des Comptes avait mis en évidence le triplement de leur dette en dix ans, passant de 9,8 milliards d'euros à 26,5 milliards en 2011, puis à 30 milliards d'euros en 2012 – soit 1,4 % du PIB. Le service de la dette (charges d'intérêt et obligations annuelles de remboursement) atteignait 4,1 % des produits d'exploitation à la fin 2011. Cette évolution s'expliquait pour l'essentiel par une politique de soutien à l'investissement, dans le cadre des plans nationaux « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » (voir ci-dessous p. 143), ainsi que par le recours à des emprunts à taux variables à risques élevés. Dans son rapport 2018⁶, la Cour des Comptes a constaté que si la dette est davantage sous contrôle, mieux maîtrisée et davantage encadrée, elle demeure à un niveau élevé. Elle s'est stabilisée en 2015, puis connu un début de diminution en 2016 (29,8 milliards d'euros contre 30,8 milliards en 2014).

Endettement excessif. L'article D. 6145-70 du Code de la santé publique, créé par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011⁷, définit les critères de l'endettement excessif. Le recours à l'emprunt d'un établissement public de santé est

2. « En 2007, le déficit des hôpitaux publics se creuse », *Études et résultats*, n° 706, octobre 2009.

3. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013.

4. Qui réunit et représente la quasi-totalité des établissements du secteur public, soit plus de 1 000 établissements publics de santé, et plus de 1 000 structures médico-sociales (maisons de retraite et maisons d'accueil spécialisées autonomes).

5. *La dette des établissements publics de santé*, Cour des Comptes, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, avril 2014.

6. *La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir*, Cour des Comptes, rapport public annuel 2018.

7. Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

PARTIE 1 • SYSTÈME HOSPITALIER ET HÔPITAUX

subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé (voir ci-dessous, p. 85) si sa situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- le ratio d'indépendance financière (rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents) est supérieur à 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues est supérieur à 30 %.

L'article D. 6145-71 du Code de la santé publique, créé par le décret du 14 décembre 2011, détermine le type d'emprunts à taux variable auxquels les établissements publics de santé sont autorisés à recourir.



Chapitre 2

Le système hospitalier français

PLAN DU CHAPITRE

1. Missions des établissements de santé	11
2. Social, médico-social et sanitaire	14
3. Établissements publics, privés lucratifs, privés PSPH, d'intérêt collectif, de proximité	16
4. L'activité des établissements de santé	21
5. Les autres services de santé	21
6. Les fondations hospitalières	24
7. Le répertoire FINESS	26
8. Statut, financement et nombre d'établissements	26
9. Les modalités de recours aux hôpitaux	29

1. MISSIONS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Missions de soins. La mission des établissements de santé prend sa place dans le champ plus vaste de la politique de santé de la Nation qui, telle que définie par l'article L. 1411-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et par l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017¹, comprend :

- la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;
- la promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;
- la prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;
- l'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile ;
- l'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ;
- la prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale ;
- la préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires ;
- la production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre ;
- la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;
- l'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités ;

1. Ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- l'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

Le même article précise que la politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux.

L'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi du 26 janvier 2016 et l'ordonnance du 12 janvier 2017, précise que la politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Stratégie nationale de santé. Elle détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant. La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics. Sur la période 2018-2022, elle s'articule autour de quatre axes prioritaires :

- mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie ;
- lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ;
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ;
- innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

Missions des établissements de santé. L'article L. 6111-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi du 21 juillet 2009² et par la loi du 26 janvier 2016³, dispose que les établissements de santé – quel que soit leur statut (public, privé, ou d'intérêt collectif) –, et ce, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, ont les missions suivantes :

- assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- délivrer les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles ;

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST ».

3. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dite « loi Touraine ».

2 • Le système hospitalier français

- participer à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé (voir ci-dessous p. 85) en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent ;
- participer à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- mener, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;
- participer éventuellement à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé, et également au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Autres missions. L'article L. 6111-1-2, introduit dans le Code de la santé publique par la même loi, ajoute que les établissements de santé peuvent également, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins aux personnes :

- faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement (voir plus bas) ;
- détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ;
- retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ;
- retenues en application des dispositions relatives aux placements en rétention des étrangers (article L. 551-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). L'article L. 6111-1-1, introduit dans le Code de la santé publique par la loi du 26 janvier 2016, ajoute que, dans le cadre de la mise en œuvre du projet régional de santé, les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cette fin, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

La circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) a précisé qu'il existe 410 PASS, et que ces dernières doivent :

- offrir un accès aux soins et un accompagnement soignant et social aux patients dans la perspective d'un retour à l'offre de soins de droit commun. Ces soins peuvent ne pas être soumis à facturation pour les patients pour lesquels, il apparaît au moment de la réalisation des actes, qu'ils ne pourront pas bénéficier d'une couverture sociale ;

- agir à l'intérieur de l'établissement et à l'extérieur de celui-ci pour faciliter le repérage et la prise en charge de ces patients et construire un partenariat institutionnel élargi.

2. SOCIAL, MÉDICO-SOCIAL ET SANITAIRE

Trois grandes catégories d'activité. Les catégories d'activité qui peuvent être assumées par les établissements sont : sociale, médico-sociale et sanitaire. La césure entre ces trois catégories s'établit sur le fait de proposer une activité de soin : totalement, partiellement ou pas du tout. Les établissements sanitaires ont une activité exclusivement centrée sur une offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population, ce qui inclut aussi la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. S'ils accueillent d'autres activités, ces dernières sont suivies séparément, en particulier d'un point de vue budgétaire.

Établissements sociaux et médico-sociaux. Ils relèvent de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et du Code de l'action sociale et des familles, alors que les établissements sanitaires sont régis par la législation hospitalière proprement dite, telle qu'édictee notamment dans la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991, et dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et par le Code de la santé publique.

Les établissements médico-sociaux sont d'abord des établissements sociaux qui assurent au surplus certains soins que peut réclamer l'état de leurs patients, les soins les plus lourds étant pris en charge dans le domaine sanitaire. Enfin, les établissements sociaux ne dispensent aucune activité de soins.

Missions des établissements sociaux et médico-sociaux. Le champ de l'activité des établissements sociaux et médico-sociaux est large : prise en charge des mineurs ; éducation adaptée et accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou aux jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ; aide par le travail ; réadaptation, pré-orientation et rééducation professionnelles ; accueil des personnes âgées ou assistance à domicile ; accueil des personnes adultes handicapées ; accueil, soutien ou accompagnement social des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse, ou bien des personnes en situation d'addictologie (**encadré 2.1**). Selon l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon

2 • Le système hospitalier français

un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat.

Encadré 2.1 ■ Les établissements sociaux et médico-sociaux

- Établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans
- Établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation
- Centres d'action médico-sociale précoce
- Établissements ou services mettant en œuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire
- Établissements ou services d'aide par le travail
- Établissements ou services de réadaptation, de pré-orientation et de rééducation professionnelle
- Établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- Établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert
- Établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse
- Établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées « lits halte soins santé » et les appartements de coordination thérapeutique
- Centres d'action médico-sociale précoce
- Services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial
- Établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en œuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services
- Établissements ou services à caractère expérimental
- Établissements et services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale
- Établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'in-



sertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert

- Services mettant en œuvre les mesures de protection des majeurs ordonnées par l'autorité judiciaire au titre du mandat spécial auquel il peut être recouru dans le cadre de la sauvegarde de justice ou au titre de la curatelle, de la tutelle ou de la mesure d'accompagnement judiciaire

- Services mettant en œuvre les mesures judiciaires d'aide à la gestion du budget familial
- Services qui assurent des activités d'aide personnelle à domicile ou d'aide à la mobilité dans l'environnement de proximité au bénéfice de familles fragiles
- Foyers de jeunes travailleurs
- Centres d'accueil pour demandeurs d'asile

Source : Article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles, modifié par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Trois composantes du sanitaire. Au sein du secteur sanitaire, public ou privé, avec ou sans hébergement, l'activité se répartit à son tour entre trois composantes : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO, qu'on dénomme aussi « soins aigus ») ; soins de suite et de réadaptation (SSR) ; soins de longue durée (SLD).

Les soins de courte durée concernent des affections graves durant leur phase aiguë dans les secteurs de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie. Les soins de suite ou de réadaptation sont dispensés dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades dont l'état nécessite des soins continus, et ce, dans un but de réinsertion. Les soins de longue durée, quant à eux, requièrent l'hébergement des personnes qui ne disposent pas d'une complète autonomie de vie et dont l'état réclame une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

3. ÉTABLISSEMENTS PUBLICS, PRIVÉS LUCRATIFS, PRIVÉS PSPH, D'INTÉRÊT COLLECTIF, DE PROXIMITÉ

Établissements privés à but non lucratif. Les établissements de santé peuvent être publics ou privés, mais les établissements privés ne sont pas tous des entreprises à but lucratif ou commercial. Les établissements privés à but non lucratif dépendent d'associations, de fondations, de congrégations religieuses ou bien d'organismes sociaux telles les mutuelles ou les caisses d'assurance maladie. Quand ils participent au service public hospitalier, ces établissements sont financés sur fonds public et, à ce titre, soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics.

Établissements de santé privés d'intérêt collectif. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a introduit la notion d'établissement de santé « privé d'intérêt collectif » (ESPIC) en remplacement de la dénomination « Participant au service public hospitalier » qui prévalait précédemment. L'article L. 6161-5 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation

de notre système de santé, dispose que la catégorie des ESPIC regroupe les centres de lutte contre le cancer ainsi que les établissements de santé privés gérés par les acteurs de l'économie sociale et solidaire (coopératives, mutuelles, fondations, d'associations⁴). Ces derniers doivent : poursuivre un but non lucratif ; remplir les conditions et avoir obtenu l'habilitation pour assurer le service public hospitalier (article L. 6112-3 du Code de la santé publique, modifié par la loi du n° 2016-41 du 26 janvier 2016).

Le décret n° 2016-1505 du 8 novembre 2016 relatif aux établissements de santé assurant le service public hospitalier a précisé les modalités d'obtention de cette procédure d'habilitation au service public hospitalier, ainsi que les obligations associées à cette habilitation, ou encore la procédure de sanction en cas de manquement à ces obligations (voir ci-dessous). L'article D. 6161-2 du Code de la santé publique, modifié par le décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016⁵, indique que l'agence régionale de santé⁶ territorialement compétente tient à jour, dans son ressort géographique, la liste des établissements de santé privés qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif.

La loi du 21 juillet 2009⁷, dite HPST, avait précisé que les établissements de santé privés qui avaient été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de cette dernière pouvaient continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les missions pour lesquelles ils y avaient été admis ou celles prévues par leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens jusqu'au terme de ce contrat ou, au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2016.

Centres de lutte contre le cancer. Ce sont des personnes morales de droit privé (article L. 6162-2 du Code de la santé publique) qui assurent les missions des établissements de santé et celles du service public hospitalier dans le domaine de la cancérologie. Ils peuvent, dans des conditions définies par leur contrat d'objectifs et de moyens, optimiser leurs plateaux techniques et leurs équipements en ouvrant leur utilisation à des patients relevant d'autres pathologies. Le ministre chargé de la Santé arrête leur liste (article L. 6162-3 du même Code). La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires les intègre dans la catégorie des établissements de santé privés d'intérêt collectif, au même titre que les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif.

Ils peuvent passer des conventions avec les universités et les centres hospitaliers universitaires pour définir une organisation commune en matière d'enseignement

4. Telles que définies par la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire.

5. Décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016 relatif à la permanence des soins et à diverses modifications de dispositions réglementaires applicables au service public hospitalier.

6. Nouvelle autorité sanitaire au niveau de la région depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009.

7. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

et de recherche en matière de cancérologie (article L. 6162-5 du Code de la santé publique).

Leur liste a été initialement fixée par l'arrêté du 16 juin 2005, modifié par l'arrêté du 28 janvier 2011 modifiant l'arrêté du 16 juin 2005 fixant la liste des centres de lutte contre le cancer.

Établissements à but lucratif. Les établissements privés à but lucratif sont des entreprises appartenant à des particuliers – le plus souvent les médecins qui y travaillent – ou à des sociétés. Leur mode de fonctionnement et leurs modalités de financement sont donc ceux des entreprises privées. À l'instar de ces dernières, leur objectif est de faire des bénéfices.

Hôpitaux de proximité. L'article L. 6111-3-1 du Code de la santé publique, modifié par loi du n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, indique que les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé (publics ou privés) qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours. Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation, mais pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique.

Pour chaque région, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé, la liste des hôpitaux de proximité en regard des besoins de la population et de l'offre de soins dans la région (article L. 6111-3-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016)⁸.

L'article R. 6111-24, introduit dans le Code de la santé publique par le décret du 20 mai 2016, précise que pour être considéré hôpital de proximité, et inscrit comme telle sur cette liste, un établissement doit satisfaire l'ensemble des conditions suivantes :

- le volume de son activité de médecine, calculé à partir de la moyenne du nombre de séjours de médecine produits, hors séances, sur les deux années précédant l'année civile considérée, est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale⁹ ;

8. La dernière liste en date est fixée par l'arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du Code de la santé publique.

9. Arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité.

2 • Le système hospitalier français

- il doit desservir un territoire¹⁰ qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes : la part de la population âgée de plus de 75 ans y est supérieure à la moyenne nationale ; la part de la population, située en dessous du seuil de pauvreté, y est supérieure à la moyenne nationale ; la densité de sa population n'excède pas un niveau plafond ; la part des médecins généralistes pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale.

Est également considéré comme hôpital de proximité l'établissement qui dessert un territoire ne répondant qu'à une seule ou aucune de ces quatre conditions mais qui satisfait à l'une des deux conditions suivantes :

- l'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires ;
- il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert.

Pour l'année 2018, un arrêté du 17 mai 2018¹¹ recense 243 hôpitaux de proximité, soit 2 de plus que dans la liste fixée pour l'année 2017.

Groupements de coopération sanitaire érigés en établissements de santé. Depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009¹² et du décret 23 juillet 2010¹³, les groupements de coopération sanitaire de moyens (GCSM) sont considérés comme des établissements de santé¹⁴ dès lors qu'un ou plusieurs de leurs membres sont titulaires d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins¹⁵, avec les droits et obligations afférents : les règles de fonctionnement et de gouvernance des établissements de santé s'y appliquent, sous certaines réserves décrites par l'article L. 6133-7 du Code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

L'article L. 6133-3 du Code de la Santé Publique, modifié par l'ordonnance du 12 janvier 2017, précise que le GCSM, qui peut être employeur, est

10. Le territoire est défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de parvenir à l'établissement par un trajet routier en automobile d'une durée inférieure ou égale à vingt minutes mesurée en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses.

11. Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.

12. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

13. Décret n° 2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire.

14. Les groupements de coopération sanitaires non érigés en établissements de santé sont décrits plus bas dans la partie intitulée « La coopération entre établissements ».

15. L'article L. 6133-7 du Code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017, précise que, par dérogation, un GCSM dont la seule autorisation d'activité de soins dont il est titulaire est une autorisation d'activité biologique d'assistance médicale à la procréation n'est pas érigé en établissement de santé.

une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé à titre libéral ; il est de droit privé lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit privé ; dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive. Le décret n° 2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire précise leurs modalités d'organisation et de fonctionnement.

L'article L. 6133-1 du Code de la santé publique modifié¹⁶ précise qu'un GCSM, qui poursuit un but non lucratif, a pour objet de faciliter, de développer ou d'améliorer l'activité de ses membres. Il peut être constitué pour :

- organiser ou gérer des activités administratives, logistiques, techniques, médico-techniques, d'enseignement ou de recherche ;
- réaliser ou gérer des équipements d'intérêt commun ; il peut, le cas échéant, être titulaire à ce titre d'une autorisation d'installation d'équipements matériels lourds ;
- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements ou centres de santé, les hôpitaux des armées ou les autres éléments du service de santé des armées membres du groupement, ainsi que des professionnels libéraux membres du groupement ;
- exploiter sur un site unique les autorisations détenues par un ou plusieurs de ses membres.

La loi du n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi Fourcade, prévoyait initialement que le statut public ou privé d'un groupement de coopération sanitaire de moyens était déterminé par le fait qu'il soit composé exclusivement par des personnes morales de droit public ou de droit privé, soit que la majorité des apports ou du capital était d'origine publique ou d'origine privée. La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi du 21 juillet 2009 avait assoupli le choix du statut juridique du groupement de coopération sanitaire de moyens : hormis les cas où il était composé exclusivement de personnes publiques ou de personnes privées, sa nature juridique était fixée par ses membres dans la convention constitutive. L'article L. 6133-3 du Code de la santé publique, modifié par l'ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire, dispose désormais que le GCSM est une personne morale de droit public lorsqu'il est constitué exclusivement par des personnes de droit public, ou par des personnes de droit public et des personnes physiques ou morales exerçant une profession de santé à titre libéral ; qu'il est une personne morale de droit privé lorsqu'il est constitué

16. Par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et par l'ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides.

exclusivement par des personnes de droit privé ; dans les autres cas, sa nature juridique est fixée par les membres dans la convention constitutive.

Coopératives hospitalières de médecins. Les sociétés coopératives hospitalières de médecins ont été créées par loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'article L. 6163-1 du Code de la santé publique précise que ce sont des sociétés d'exercice professionnel qui ont pour objet d'exercer en commun la médecine en qualité d'établissements de santé, et ce, par la mise en commun de l'activité médicale de ses associés. Elles sont constituées entre des médecins spécialistes ou généralistes, régulièrement inscrits au tableau du conseil des médecins, ou entre des médecins et d'autres acteurs de santé.

4. L'ACTIVITÉ DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Activité de séjours. En 2016¹⁷, 12,6 millions de patients ont été hospitalisés en France, dont 12,2 millions en MCO (médecine-chirurgie-obstétrique, 96,8 % du total). Le nombre de séjours en MCO s'est élevé à 18,6 millions, dont 7,7 millions en prise en charge ambulatoire. La durée moyenne de séjour a été de 5,6 jours.

Activité de séances. En 2016, les établissements de santé de MCO ont pris en charge 12,3 millions de séances, concernant 571 000 patients – notamment : 6,8 millions de séances en dialyse (55,3 % des séances) ; 3,075 millions en chimiothérapie (25 %) ; 2 millions¹⁸ en radiothérapie,

Activité externe. La même année, 22,5 millions de patients sont venus dans les établissements de santé pour un acte ou une consultation externe. 9,8 millions de patients ont été accueillis dans un service d'urgence sans être hospitalisés.

5. LES AUTRES SERVICES DE SANTÉ

Centres de santé. Ils s'inscrivent dans la tradition des dispensaires et de la médecine sociale. L'article L. 6323-1 du Code de la santé publique modifié¹⁹ définit les centres de santé comme des structures sanitaires de proximité, dispensant des

17. L'ensemble des chiffres est tiré de *Analyse de l'activité hospitalière 2016*, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH, voir ci-dessous).

18. Seules les séances des établissements anciennement financés par dotation globale (voir ci-dessous, partie 5) sont comptabilisées ici, celles du secteur privé sont rattachées aux soins de ville.

19. Modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, et par l'ordonnance n° 2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé.

soins de premier recours et, si besoin, de second recours. Ils réalisent à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient, et assurent – le cas échéant – une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. Toutefois, de façon dérogatoire, un centre de santé peut pratiquer exclusivement des activités de diagnostic.

L'article L. 6323-1-1 du Code de la santé publique, créé par l'ordonnance du 12 janvier 2018, énumère les autres activités pouvant être assurées par les centres de santé :

- mener des actions de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale ;
- contribuer à la permanence des soins ambulatoires ;
- constituer des lieux de stages, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales ;
- pratiquer des interruptions volontaires de grossesse ;
- soumettre et appliquer des protocoles de coopération entre professionnels de santé (voir ci-dessous, partie 6) ;
- contribuer à la mission de soutien sanitaire des forces armées.

L'article L. 6323-1-3 du Code de la santé publique, créé par l'ordonnance du 12 janvier 2018, précise qu'ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements publics de coopération intercommunale, soit par des établissements publics de santé, soit par des personnes morales gestionnaires d'établissements privés de santé, à but non lucratif ou à but lucratif. Le décret n° 2018-143 du 27 février 2018 relatif aux centres de santé précise leurs conditions de création et de fonctionnement²⁰ ; l'arrêté du 27 février 2018 relatif aux centres de santé recense leurs modalités d'organisation.

Un centre de santé pluriprofessionnel universitaire est un centre de santé ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé (voir ci-dessous) dont il dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires (article L. 6323-1-2 du Code de la santé publique, créé par l'ordonnance du 12 janvier 2018). Un arrêté du 18 octobre 2017²¹ fixe leurs conditions de fonctionnement,

20. Articles D. 6323-1 à D. 6323-12 du Code de la santé publique.

21. Arrêté du 18 octobre 2017 fixant les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation des centres de santé pluriprofessionnels universitaires et des maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires.