

Quelles réformes de l'hôpital public?

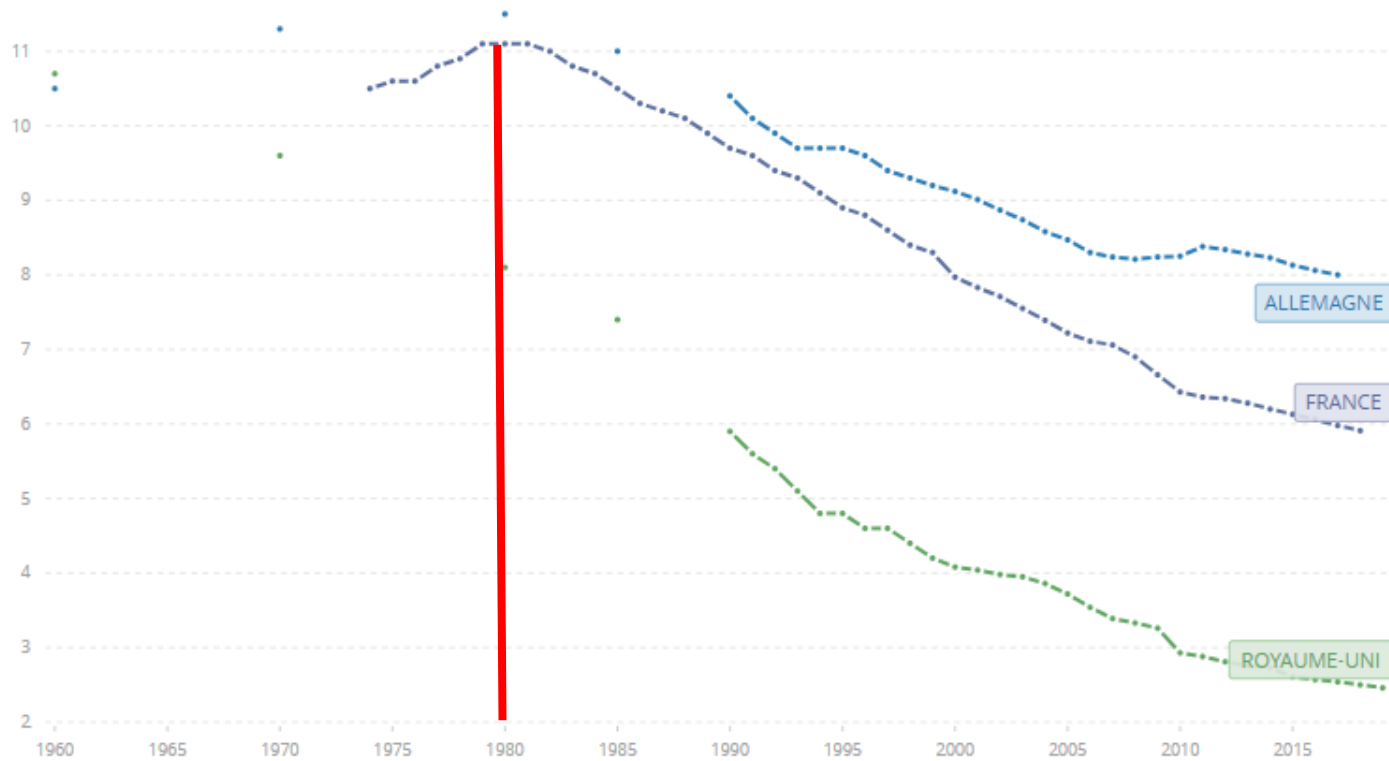
Philippe Bizouarn
Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Laennec, CHU Nantes
Laboratoire Sphere, Université Paris Cité

FAUT-IL RÉFORMER L'HÔPITAL PUBLIC ?

PAS QUESTION !!! J'AI ME TROP
ATTENDRE 3 PLOMBES AUX URGENCES,
LA MAL-BOUFFE, LE MANQUE DE PERSONNEL,
ENTENDRE HURLER TON VOISIN OU SA TÉLÉ,
LES CONSULTATIONS PRIVÉES - SI T'AS LES MOYENS -
LES ERREURS MÉDICALES, ET LES MALADIES
DE L'HÔPITAL !



Des lits et des réformes



1960 - 2019



DE LA MARCHANDISATION À LA SOCIALISATION

Vers un hôpital pour tous (1)

- L'hôpital des pauvres au XIXème siècle
 - Loi de 1803 : médecine ouverte à la concurrence
 - L'hôpital comme « béquille » de la médecine libérale
- Une lente ouverture
 - Lois sur l'assistance (1893 et 1905)
 - Lois sur l'assurance
 - Charte de la mutualité (1898)
 - Lois sur les assurances sociales (1928-1930)
 - Ainsi :
 - Le taux de couverture de la population par un système socialisé passe de 3% en 1890 à 17% à la veille de la 1^{ère} guerre mondiale et à 46% en 1934
 - Pour les hôpitaux, la part des remboursements de soin dans le financement des hôpitaux passe de 11,8% en 1893 à 54% en 1938
- Une ouverture pour tous : loi du 21 décembre 1941

N° 5060. — **LOI du 21 décembre 1941**
relative aux hôpitaux et hospices civils.

Nous, Maréchal de France, chef de l'Etat français,

Le conseil des ministres entendu,

Décrétons:

TITRE I^{er}

Définition des hôpitaux et hospices publics. — De l'admission dans les hôpitaux.

Art. 1^{er}. — Les hôpitaux et hospices constituent des établissements publics communaux, intercommunaux ou départementaux, destinés à recevoir dans les conditions prévues à l'article 2 des malades, des blessés, des femmes en couches, des vieillards, infirmes et incurables.

Les hospices peuvent, en outre, faire fonction d'hospices dépositaires des services départementaux d'enfants assistés dans les conditions fixées par l'article 8 de la loi du 27 juin 1904.

Art. 2. — Les hôpitaux et hospices reçoivent, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur, les malades, les vieillards, infirmes et incurables, les femmes en couches admis au bénéfice des lois d'assistance.

Ils reçoivent, en outre, les malades qui doivent être soignés aux frais de l'Etat ou des collectivités publiques ainsi que les

bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et sur les assurances sociales.

Enfin, ils reçoivent des malades, des vieillards, des infirmes et incurables, des femmes en couches n'appartenant pas aux catégories ci-dessus dans les conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

Art. 3. — Les hôpitaux et hospices communaux supportent sur leurs ressources propres les frais de séjour des malades, des vieillards, infirmes et incurables ou des femmes en couches, qui ont leur domicile dans la commune, siège de l'établissement, et qui sont privés de ressources, mais seulement jusqu'à concurrence des revenus des fondations ou libéralités qui leur ont été faites et sous réserve de l'application éventuelle de l'article 19.

Cette obligation incombe:

1° Aux hôpitaux et hospices intercommunaux à l'égard des malades, vieillards, infirmes et incurables et femmes en couches, qui ont leur domicile dans les communes au profit desquelles ces établissements ont été fondés;

2° Aux hôpitaux et hospices départementaux à l'égard des malades, vieillards, infirmes et incurables et femmes en couches qui ont leur domicile dans le département.

Vers un hôpital pour tous (2)

La période 1890-1945 marque un moment important dans l'histoire hospitalière dans la mesure où elle se caractérise par une extension de la médicalisation à l'ensemble de la population. L'assistance traditionnelle et caritative laisse la place à un dispositif de protection socialisée. Cette évolution traduit le passage d'une régulation concurrentielle à une régulation conventionnelle simple. L'ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population, autorisée par la loi du 21 décembre 1941, caractérise l'apparition d'une forme sociale nouvelle permettant l'extension de la médicalisation hospitalière. Le maillage sanitaire du territoire se précise et l'hôpital s'impose progressivement comme son élément central.

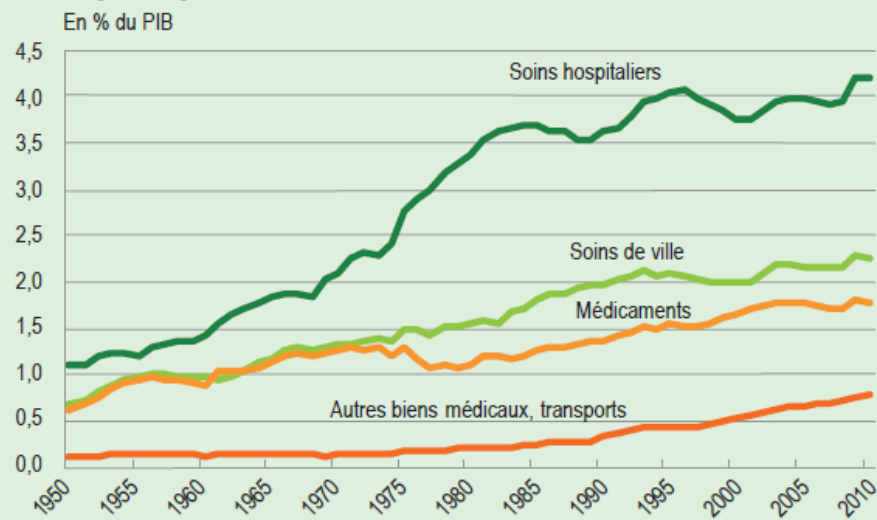
DE LA DÉ-MARCHANDISATION À LA MARCHANDISATION DE L'HÔPITAL

Les 25 glorieuses de 1958 à 1983

- Un hospitalo-centrisme de plus en plus marqué à partir de 1958
 - L'ouverture de l'hôpital à toutes les classes sociales en 1945 (sécurité sociale)
 - Le Big Bang de 1958 : CHU, plein temps hospitalier, le grand schisme médical
 - Une tutelle inversée : une politique hospitalière élaborée par l'élite clinique
 - Un « Far West hospitalier » sous la pression des élus locaux et des médecins
- Les pouvoirs publics : un consensus expansionniste voire inflationniste
 - Vaste modernisation de l'hôpital
 - Augmentation du nombre de lits : de 9,6 lits/1000 habitants en 1960 à 11,6 en 1980

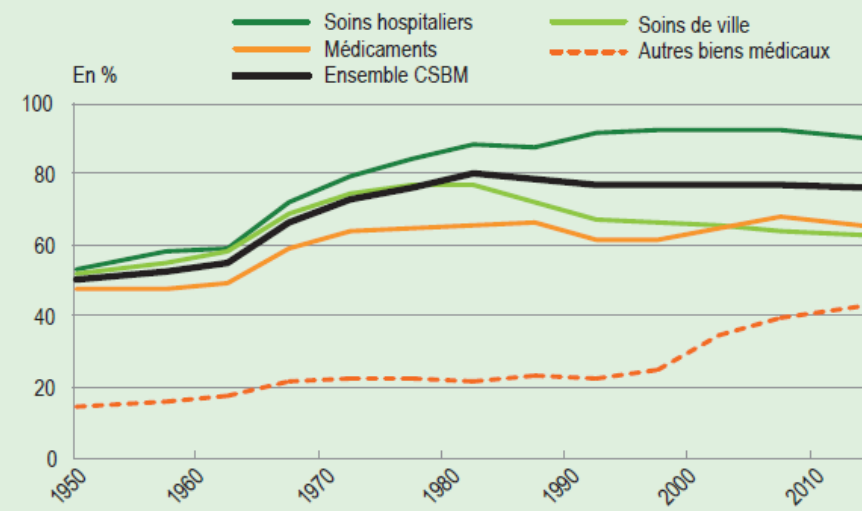
Consommation de soins et biens médicaux de 1950 à 2010

Principaux postes de la CSBM



Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

Part de la Sécurité sociale dans la CSBM



Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

**Ordonnance n° 45-2259 du 4 octobre 1945
portant organisation de la sécurité sociale.**

Le Gouvernement provisoire de la République française,

Sur le rapport du ministre du travail et de la sécurité sociale,

Vu l'ordonnance du 3 juin 1943 portant institution du Comité français de la libération nationale, ensemble les ordonnances des 3 juin et 4 septembre 1944;

Vu l'ordonnance du 9 août 1944 portant rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental, ensemble les ordonnances subséquentes;

Vu le décret du 2 octobre 1945 relatif à l'exercice de la présidence du Gouvernement provisoire de la République française pendant l'absence du général de Gaulle;

Vu l'urgence constatée par le président du Gouvernement;

Le conseil d'Etat (commission permanente) entendu,

Ordonne:

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1^{er}. — Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent

L'organisation de la sécurité sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par les législations concernant les assurances sociales, l'allocation aux vieux travailleurs salariés, les accidents du travail et maladies professionnelles et les allocations familiales et de salaire unique aux catégories de travailleurs protégés par chacune de ces législations dans le cadre des prescriptions fixées par celles-ci et sous réserve des dispositions de la présente ordonnance.

Des ordonnances ultérieures procéderont à l'harmonisation desdites législations et pourront étendre le champ d'application de l'organisation de la sécurité sociale à des catégories nouvelles de bénéficiaires et à des risques ou prestations non prévus par les textes en vigueur.

Une gestion socialisée

Art. 5. — La caisse primaire de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration comprenant :

Pour les deux tiers des représentants des travailleurs relevant de la caisse, désignés par les organisations syndicales les plus représentatives et parmi lesquels un ou deux représentants du personnel de la caisse, le tiers d'entre eux au moins devant être père ou mère de famille ;

Pour un tiers des représentants des employeurs désignés par les organisations les plus représentatives, des représentants des associations familiales constituées conformément à l'ordonnance du 3 mars 1945 et des personnes connues pour leurs travaux sur les assurances sociales et les accidents du travail, ou par le concours donné à l'application de ces législations.

En outre, le conseil d'administration désigne, sur des présentations en nombre double des organisations professionnelles intéressées, deux praticiens qui lui sont adjoints avec voix délibérative.

Le big bang des ordonnances de 1958

- 1944 : Robert Debré et le comité médical de la résistance
- 1956 : Jean Dausset et les « jeunes turcs »
- 1958 : ordonnances du 11, du 13 et 30/12
- 1959 et + : mise en œuvre des ordonnances (Michel Debré)

Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

Le président du conseil des ministres,

Sur le rapport du ministre de l'éducation nationale, du ministre de la santé publique et de la population, du ministre des finances et des affaires économiques, du ministre de l'intérieur, du ministre d'Etat et du ministre du Sahara,

Vu la Constitution, et notamment ses articles 34 et 92;

Le conseil d'Etat entendu;

Le conseil des ministres entendu,

Ordonne :

Art. 1^{er}. — Dans les villes sièges de facultés de médecine, de facultés mixtes de médecine et de pharmacie ou d'écoles nationales de médecine et de pharmacie, les facultés ou écoles et les centres hospitaliers organisent conjointement l'ensemble de leurs services en centres de soins, d'enseignement et de recherche; conformément aux dispositions de la présente ordonnance. Ces centres prennent le nom de « centres hospitaliers et universitaires ».

Le service public hospitalier (1)

LOI n° 70-1318 du 31 décembre 1970
portant réforme hospitalière (1).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. — Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de soins est un des principes fondamentaux de notre législation sanitaire, sous réserve des dispositions prévues par les différents régimes de protection sociale, en vigueur à la date de la présente loi.

La protection sanitaire du pays est assurée par les membres des professions de santé d'une part et par les établissements de soins, publics ou privés, qu'ils participent ou non au fonctionnement du service public hospitalier institué par la présente loi, d'autre part.

CHAPITRE I^{er}

Du service public hospitalier.

SECTION I

Dispositions générales.

Art. 2. — Le service public hospitalier assure les examens de diagnostic, le traitement — notamment les soins d'urgence — des malades, des blessés et des femmes enceintes qui lui sont confiés ou qui s'adressent à lui et leur hébergement éventuel.

De plus, le service public hospitalier :

Concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ;

Concourt aux actions de médecine préventive dont la coordination peut lui être confiée ;

Participe à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

Les praticiens non hospitaliers peuvent recourir à son aide technique.

Art. 3. — Le service public hospitalier est assuré :

1° Par les établissements d'hospitalisation publics ;

2° Par ceux des établissements d'hospitalisation privés qui répondent aux conditions définies aux articles 40, 41 et 42 de la présente loi.

Le service public hospitalier (2)

Les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services.

Ils doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour et de nuit ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement appartenant au service public hospitalier.

Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils ne peuvent organiser des régimes d'hébergement différents selon la volonté exprimée par les malades que dans les limites et selon les modalités prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Les établissements d'hospitalisation privés autres que ceux qui sont mentionnés ci-dessus peuvent être associés au fonctionnement du service public hospitalier en vertu d'accords conclus selon les modalités prévues à l'article 43 de la présente loi.

Un décret pris en conseil des ministres fixe les conditions de participation du service de santé des armées au service public hospitalier.

Faire de l'hôpital une entreprise

- Le but n'est plus l'accroissement des ressources pour répondre aux besoins mais d'améliorer la productivité
- Dès 1976 le VIIème plan (1976-1980) propose une adaptation de la politique hospitalière à la crise économique (rationalisation des équipements et des investissements immobiliers)
- Le VIIIème plan (1981-1985) aggrave la politique de restriction budgétaire (forfait hospitalier, réduction du nombre d'actes)

Régulation marchande acte 1

- Mise en place du budget global
- Remplaçant le prix de journée
- Dans le but de mieux contrôler les budgets (comptabilité)

Décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

CHAPITRE II

Dotation globale et tarifs de prestations.

SECTION I

Dispositions communes aux établissements publics et aux établissements privés participant au service public hospitalier.

Sous-section I.

Fixation de la dotation globale et des tarifs des prestations.

Art. 29. — La dotation globale et les tarifs des prestations mentionnés à l'article 8 et à l'article 11 de la loi susvisée du 19 janvier 1983 sont arrêtés :

1° En ce qui concerne l'administration générale de l'assistance publique à Paris, par le ministre chargé de la santé après avis du conseil de tutelle ;

2° En ce qui concerne les autres établissements publics, par l'autorité administrative qui exerce la tutelle sur les actes du conseil d'administration en vertu de l'article 22 de la loi susvisée du 31 décembre 1970, sur rapport du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales ;

3° En ce qui concerne les établissements privés participant au service public hospitalier, par le commissaire de la République du département d'implantation de l'établissement, sur rapport du directeur départemental des affaires sanitaires et sociales.

Régulation marchande acte 2

**LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991
portant réforme hospitalière (1)**

« *Art. L. 714-11.* – Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

- Démarche par projet et « managérialisme » entrepreneurial
 - Projet médical, de service, de soins infirmiers, social
 - Nouvelle organisation des structures de soins : unités fonctionnelles articulées autour de services ou départements
 - But : responsabiliser les acteurs autour d'un contrat « mis sous tutelle » cf une « professionnalité managérialisée »?

Régulation marchande acte 3

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

Le Premier ministre,
ALAIN JUPPÉ

*Le secrétaire d'Etat à la santé
et à la sécurité sociale,*
HERVÉ GAYMARD

Grâce à la compétence et au dévouement de tous les personnels au service des patients, ceux-ci ont pu bénéficier des meilleurs traitements, dans des hôpitaux qui ont su rester accessibles à tous et prendre en charge de nouveaux besoins.

Il faut préserver cet acquis essentiel et permettre à notre système hospitalier de faire de nouveaux progrès. Tel est l'objectif de la présente ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Cette réforme s'appuie sur les grands principes qui fondent aujourd'hui notre dispositif hospitalier : l'accès de tous à l'hôpital et la possibilité pour les patients de choisir leur mode d'hospitalisation entre les établissements publics de santé et les cliniques privées ; l'unité et l'autonomie des établissements ; la spécificité des différents établissements, qu'il s'agisse des hôpitaux publics en général, qui assurent des missions de service public, et notamment des hôpitaux régionaux, à vocation universitaire, des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux locaux ou qu'il s'agisse des établissements privés participant au service public hospitalier, notamment des centres de lutte contre le cancer.

La réforme vise ainsi, conformément aux orientations présentées au Parlement à la mi-novembre 1995 par le Premier ministre, à mieux organiser l'ensemble du dispositif de prise en charge hospitalière. Il s'agit d'assurer l'accès de tous les malades à des soins dont la qualité et la sécurité doivent être préservées et améliorées, dans le respect des objectifs qui seront désormais définis par le Parlement à la suite de la révision constitutionnelle adoptée par le Congrès le 19 février 1996. Pour tous les acteurs de l'hospitalisation, le malade doit être plus que jamais le cœur de l'action.

Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

- Titre 1 : charte du patient hospitalisé
- Titre 2 : création de l'ANAES (agence d'évaluation)
- Titre 3 : contrat d'objectifs et de moyens (contrat pluriannuel entre ARH et établissements publics ou privés)
- Titre 4 : ARH (agence régionale d'hospitalisation) associant services de l'Etat et de l'assurance maladie
- Titre 5 : dotation globale limitative en fonction de l'objectif national des dépenses de santé fixé par la LFSS (ONDAM)
- Titre 6 : organisation sanitaire (ARH arrêtant le Schéma Régional d'Offre de Soins ou SROS)
- Titre 7 : groupements de coopération sanitaire
- Titre 8 : organisation des établissements (suppression des représentants de la SS dans le CA et augmentation du nombre d'élus locaux)

Présenté au conseil des ministres le 20 novembre 2002
Plan concrétisé par les ordonnances de 2003

Hôpital 2007 : un plan réformateur et innovant

*Moderniser la gestion, favoriser l'investissement,
motiver chaque acteur au quotidien, tels sont les trois
défis qu'il nous faut relever pour rénover et dynamiser
l'hospitalisation publique et privée d'ici 2007.*



Jean-François MATTEI
Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes handicapées

Tarification à l'activité (T2A) : l'action en marche pour les hôpitaux



La tarification à l'activité a pour objectif de rénover et d'harmoniser les modes de financement des établissements publics et privés tout en respectant leurs spécificités : ce nouveau mécanisme de financement, plus incitatif, repose sur une meilleure prise en compte de l'activité médicale et du service rendu aux patients.

Au 1^{er} janvier 2004, les 1 600 établissements publics et privés offrant des activités d'hospitalisation complète ou partielle en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) basculeront dans le nouveau système.

ÉDITORIAL

La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 porte une réforme majeure, une réforme historique. Elle modifie en profondeur l'ensemble de notre système de santé, car elle touche à la modernisation des établissements de santé, à l'accès de tous à des soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé.

4 titres, 133 articles, 310 textes d'application, dont 8 ordonnances: les chiffres disent assez l'envergure du dispositif réglementaire qu'elle a nécessité. Sur les seuls volets consacrés à l'hôpital et aux agences régionales de santé, plus de 90 décrets et arrêtés ont d'ores et déjà été publiés.

Face à cette ampleur, face au bouleversement que la loi induit sur les organisations et les pratiques, il était important de donner à l'ensemble des professionnels concernés « les clés pour comprendre ».

Car cette réforme, ce sont toutes les forces vives de la santé qui la portent et la font vivre.

Si la promulgation de la loi et la publication de ses textes d'application ont constitué des jalons décisifs, ne serait-ce que par la concertation à laquelle elles ont donné lieu, l'essentiel réside dans les efforts que vous tous avez déployés ces derniers mois pour vous approprier la réforme et en assurer le succès.

Cet outil pédagogique, détaillé, précis se veut une aide précieuse, un recours pour vous tous que l'avenir de notre système hospitalier et, plus largement, de notre système de santé préoccupe. C'est pourquoi il sera enrichi au fur et à mesure de la parution de nouveaux textes.

Puisse-t-il vous apporter tous les éclaircissements qui vous sembleront utiles et constituer pour vous une mise en perspective particulièrement riche et stimulante.

Roselyne Bachelot-Narquin,
ministre de la Santé et des Sports



I. L'organisation interne de l'hôpital

1. L'architecture générale de l'organisation interne de l'hôpital • [page 8](#)

Les instances et leurs acteurs

2. Le conseil de surveillance – Composition et fonctionnement • [page 10](#)
3. Le conseil de surveillance – Compétences • [page 15](#)
4. Le directoire – Composition et fonctionnement • [page 18](#)
5. Le directoire – Compétences • [page 20](#)
6. Le directeur : nomination, retrait d'emploi, évaluation, formation • [page 22](#)
7. Le directeur : compétences • [page 25](#)
8. Le président de la CME • [page 28](#)
9. La commission médicale d'établissement – Composition et fonctionnement • [page 30](#)
10. La commission médicale d'établissement – Compétences • [page 33](#)
11. Le comité technique d'établissement • [page 35](#)
12. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques • [page 36](#)

Les pôles d'activité clinique et médico-technique

13. Les chefs de pôle d'activité – Nomination • [page 38](#)
14. Les chefs de pôle d'activité – Missions, fonction • [page 41](#)
15. La constitution des pôles d'activité clinique et médico-technique • [page 45](#)
16. Les structures internes des pôles d'activité clinique et médico-technique • [page 47](#)
17. Le contrat de pôle • [page 49](#)
18. La délégation de signature accordée au chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique • [page 51](#)
19. Le projet de pôle d'activité clinique ou médico-technique • [page 53](#)

La qualité et la sécurité des soins

20. La qualité, la sécurité des soins et les relations avec les usagers – Compétences et organisation interne • [page 55](#)
21. La publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins • [page 58](#)
22. L'activité de pharmacie à usage intérieur (PUI) • [page 60](#)
23. La qualité et la sécurité en biologie médicale • [page 64](#)

Les modalités d'organisation et de gestion des ressources humaines

24. Les évolutions en matière de ressources humaines médicales et non médicales à l'hôpital (fiche de synthèse) • [page 70](#)
25. Loi HPST : qui nomme qui ? • [page 74](#)
26. Les praticiens recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus • [page 76](#)
27. L'admission, au sein de l'établissement public de santé, de professionnels exerçant à titre libéral • [page 80](#)
28. Focus : Le règlement intérieur • [page 83](#)

II. Les relations avec l'Agence régionale de santé et l'organisation de l'offre de soins

29. L'architecture générale du système régional de santé • [page 86](#)
30. Le projet régional de santé et les schémas régionaux • [page 91](#)
31. Le territoire de santé et la conférence de territoire • [page 96](#)
32. L'Agence régionale de santé et les contrats – Le CPOM • [page 100](#)
33. L'Agence régionale de santé et les contrats • [page 104](#)
34. Les missions de service public • [page 107](#)
35. La procédure de délivrance d'autorisation • [page 110](#)
36. La tutelle de l'Agence régionale de santé • [page 113](#)
37. Les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile – L'hospitalisation à domicile • [page 116](#)
38. Les relations entre l'hôpital et les acteurs de premier recours • [page 119](#)
39. Les centres de santé créés ou gérés par un établissement de santé • [page 122](#)
40. Les missions des pharmacies d'officine • [page 125](#)
41. La biologie médicale dans l'organisation de l'offre de soins • [page 127](#)

III. La coopération entre établissements de santé

42. Les modes de coopération qui demeurent et ceux qui disparaissent • [page 132](#)
43. La communauté hospitalière de territoire – Membres, création, résiliation, instances • [page 135](#)
44. La communauté hospitalière de territoire – Objet et fonctionnement • [page 138](#)
45. Le groupement de coopération sanitaire de moyens • [page 141](#)
46. Le groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé • [page 149](#)
47. Le rôle des Agences régionales de santé en matière de coopération • [page 152](#)

Glossaire • [page 157](#)

Bibliographie • [page 159](#)

Un patron à l'hôpital

L'architecture nouvelle traduit la nouvelle répartition des compétences

Architecture antérieure	Architecture nouvelle
Conseil d'administration	Conseil de surveillance
Directeur, président du conseil exécutif	Directeur, président du directoire
Conseil exécutif	Directoire
Responsable de pôle	Chef de pôle
Chef de service	Responsable de structure interne

À RETENIR

- Le directeur dispose de très larges compétences dans la conduite de l'établissement, qu'il exerce en propre ou après concertation du directoire.
- Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination, de proposition de nomination et d'admission par contrat de professionnels libéraux.

Compétences du conseil d'administration	Compétences du conseil de surveillance et du président du directoire	
	Le conseil de surveillance	Le président du directoire
Approbation du projet d'établissement et autorisation au directeur de signer le CPOM	Projet d'établissement	Signature CPOM
Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	Avis	X
EPRD, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations		X
Plan de redressement		X
Comptes et affectation des résultats d'exploitation	X	
Organisation interne de l'établissement en pôles		X
« Clinique ouverte » (art. L 6146-10 CSP)	Dispositif abrogé par la loi HPST	
Politique sociale et modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social		X
Mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé et d'actions de coopération (conventions GCS, GIE, GIP), définie par le projet d'établissement et le CPOM	X CHT avec CHU Fusion	X
Acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans	Avis	X
Baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales	Avis	X
Convention constitutive des CHU et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5	X	
Prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale		X
Règlement intérieur	Avis	X

Points à retenir de la loi

- L'Agence Régionale de Santé remplace l'ARH
 - Regroupe différents acteurs (ARH, DDASS, DRASS, URCAM, CRAM, etc.)
 - L'échelon départemental disparaît (DDASS)
 - Le contrôle par les contrats (CPOM) se pérennise
 - Deviennent outils de pilotage / organisation et financement des soins au niveau régional
 - La « mission de service public » est consacrée
 - Tout établissement (privé) peut le revendiquer
 - Ce n'est plus le statut qui compte mais la mission
 - Fin du service public « hospitalier »?
- La loi HPST identifie 14 missions de service public pour lesquelles le SROS définit les besoins à l'échelle de chaque territoire de santé.
 - Si les établissements publics de santé restent tous titulaires de missions de service public, des établissements privés peuvent en être attributaires, lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé. D'autres acteurs de santé peuvent également être en charge de missions de service public, ou simplement associés à leur mise en œuvre. Ce sera par exemple le cas des professionnels de santé libéraux dans le cadre de la permanence des soins.
 - L'attribution d'une ou plusieurs missions de service public emporte des engagements des établissements attributaires, en termes d'accès aux soins, de permanence de l'accueil et de la prise en charge, et de garantie de tarifs secteur I. Ces obligations engagent également les praticiens exerçant dans les structures.
 - C'est le directeur général de l'ARS qui décide de l'attribution complémentaire de ces missions de service public, en fonction de l'analyse des besoins.
 - Le CPOM de l'établissement précise les missions de service public qui lui sont confiées.

De la socialisation à la marchandisation

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

Vers une marchandisation forcée

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)

Depuis 2009...d'autres lois et plans

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)

Résumé des réformes

N° 587

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2021-2022

Rapport remis à la Présidence du Sénat le 29 août 2022
Remis à la Présidence du Sénat le 29 août 2022

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission d'enquête (I) sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France.

Président

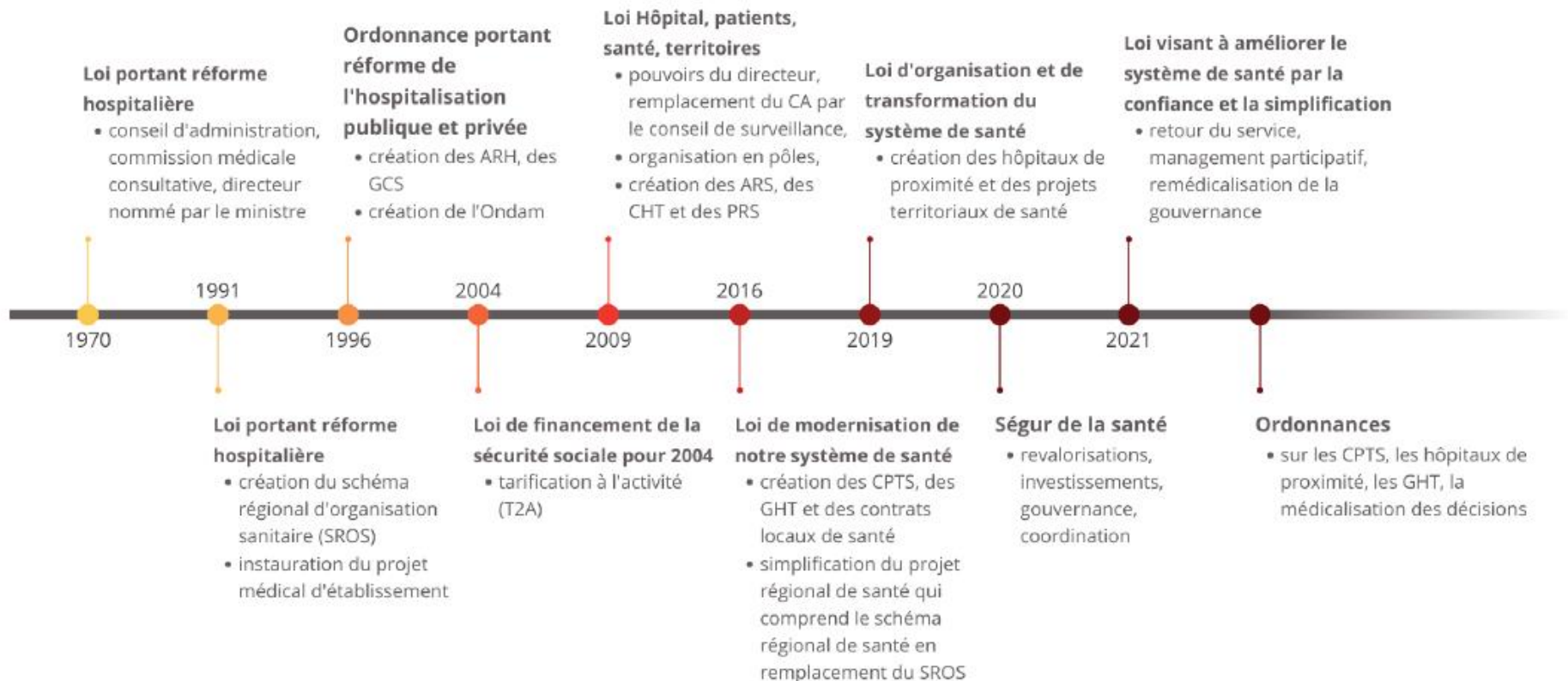
M. Bernard JOMIER.

Rapporteur

Mme Catherine DEROCHE.

Sénateur et Sénatrice

Tome I - Rapport



CONSÉQUENCES DES RÉFORMES HOSPITALIÈRES

Comment l'état organise la privatisation de l'hôpital public

Depuis le début des années 1980, le secteur hospitalier fait l'objet de réformes incessantes dont la pandémie du COVID 19 a mis en lumière les limites. D'un côté, l'État réforme en profondeur le secteur public hospitalier en intervenant de façon croissante dans la gestion des établissements, mais également en mettant en place un mode de financement ayant pour objectifs de mimer le fonctionnement d'un marché. De l'autre, les pouvoirs publics, après avoir organisé le retrait du secteur public hospitalier, favorisent le développement d'un secteur lucratif d'hospitalisation.

“

L'application des techniques managériales s'est accélérée à partir du début des années 2000, avec l'arrivée de Jean-François Mattei au ministère de la Santé. L'objectif affiché de la réforme est de favoriser la mise en œuvre de mécanismes de contractualisation interne au sein des établissements.

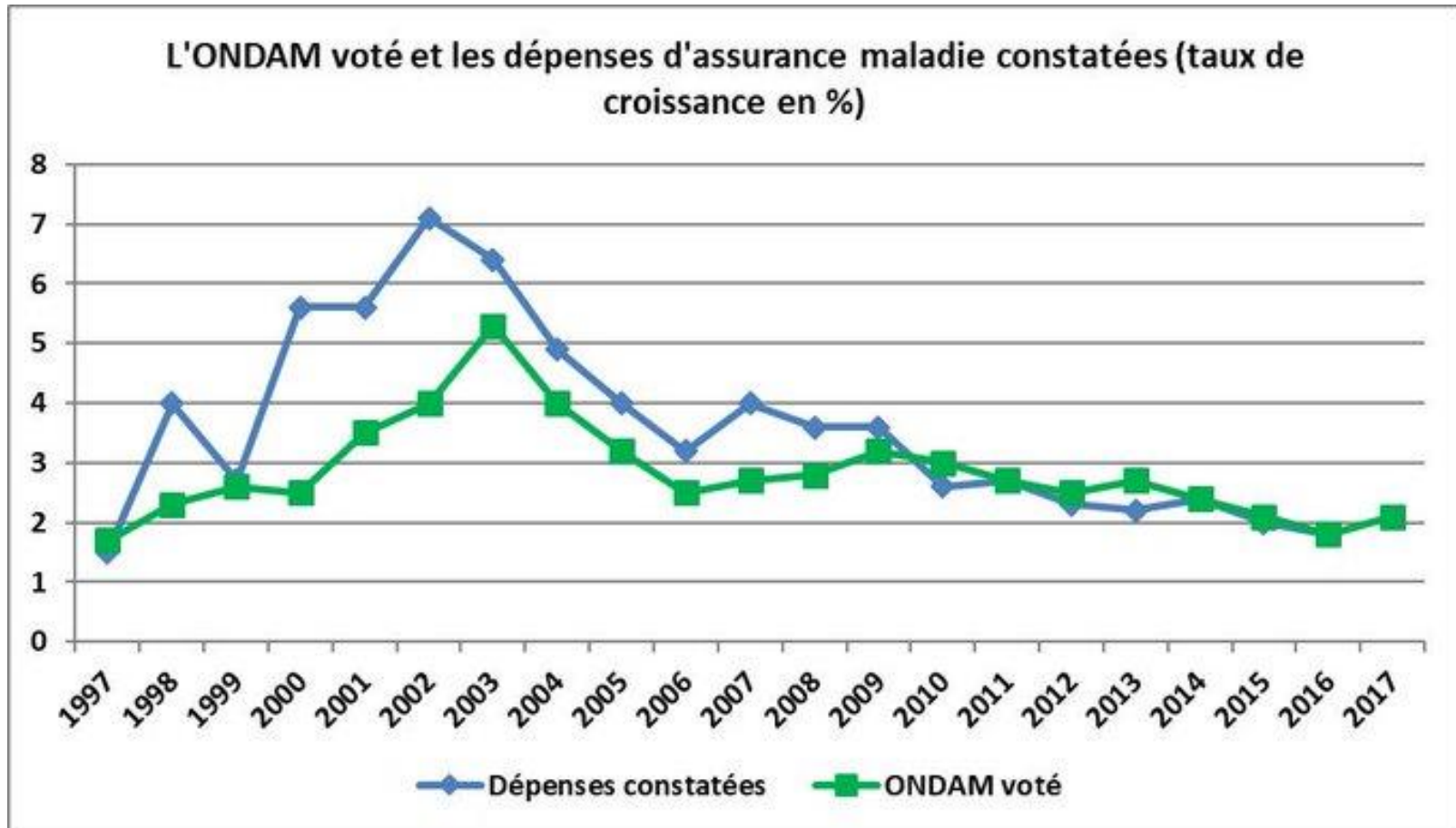
”

“

Depuis le début des années 2000, le secteur privé lucratif se transforme de façon profonde, notamment avec le développement d'un complexe médico-industriel composé de groupes internationaux cotés en bourse et rassemblant des entreprises assez diverses, des sociétés d'assurance, des structures financières.

”

Objectifs tenus...à quels prix?

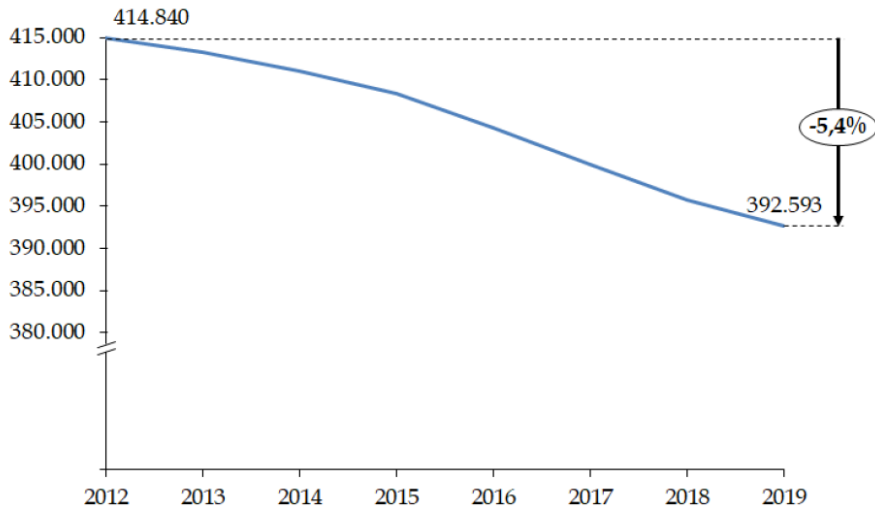


Une décennie d'austérité : 2010-2020

- L'Austérité budgétaire s'aggrave
 - Comme pour tous les services publics
 - Par « nécessité » financière (la dette publique!)
- Mais une austérité à deux vitesses
 - Une médecine libérale ménagée
 - L'hôpital dans la tempête budgétaire
- La régulation budgétaire et centralisée de l'hôpital
 - Le gel du point d'indice pour les travailleurs de l'hôpital
 - L'ONDAM : de l'objectif de dépenses au budget fermé
 - L'inanité d'une T2A dans une enveloppe fermée
 - Le mot d'ordre du « virage ambulatoire » comme paravent à la régulation budgétaire
 - Forte augmentation de la productivité mais dégradation des conditions de travail

Moins de lits pour plus d'efficacité?

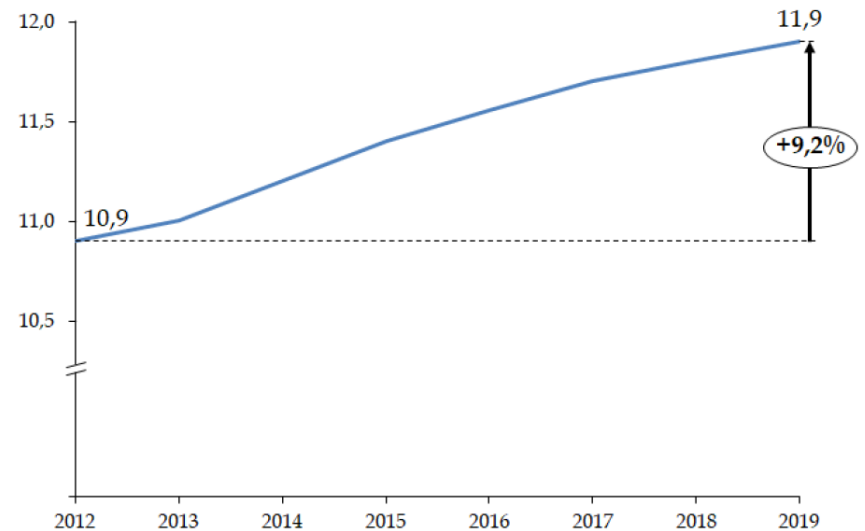
Évolution du nombre de lits d'hôpital en France entre 2012 et 2019



Source : Commission d'enquête sur l'hôpital, d'après les chiffres de l'OCDE

Évolution du nombre de séjours dans les hôpitaux en France entre 2012 et 2019

(en millions)



Source : Commission d'enquête sur l'hôpital, d'après les chiffres de la Drees

L'activité hospitalière a augmenté de 9,2% entre 2013 et 2019 (+1,3%/an), alors que le personnel a augmenté de 1,8% sur la même période

Edouard Couty au temps du Covid

Le regard historique est important pour la prospective. Après les actes fondateurs (1945, 1958 et 1970) et l'ère des bâtisseurs qui résultent d'une forte volonté politique et qui ont permis à l'hôpital public et plus largement à notre système de santé de devenir un des meilleurs du monde, nous avons connu une période que j'appelle « l'ère des gestionnaires et des compromis » au cours de laquelle l'influence des professionnels d'abord et celle des régulateurs ensuite ont été déterminantes surtout dans les quinze dernières années. La crise sanitaire exceptionnelle que nous traversons révèle à tous ce que les spécialistes connaissaient : le manque d'investissement dans le secteur, le manque d'attractivité de l'hôpital, le cloisonnement excessif des différents secteurs, le risque de dérive marchande et de délitement de tout le système de soins. Ce moment exceptionnel appelle une nouvelle ère marquée par une volonté politique forte de refondation de notre système de soins et du service public hospitalier autour des valeurs auxquelles nous tenons : solidarité, égalité d'accès, qualité, sécurité.

Et pourtant, que s'est-il passé? Le « Ségur », presque rien, et puis le PLFSS pour 2024!

CONCLUSIONS

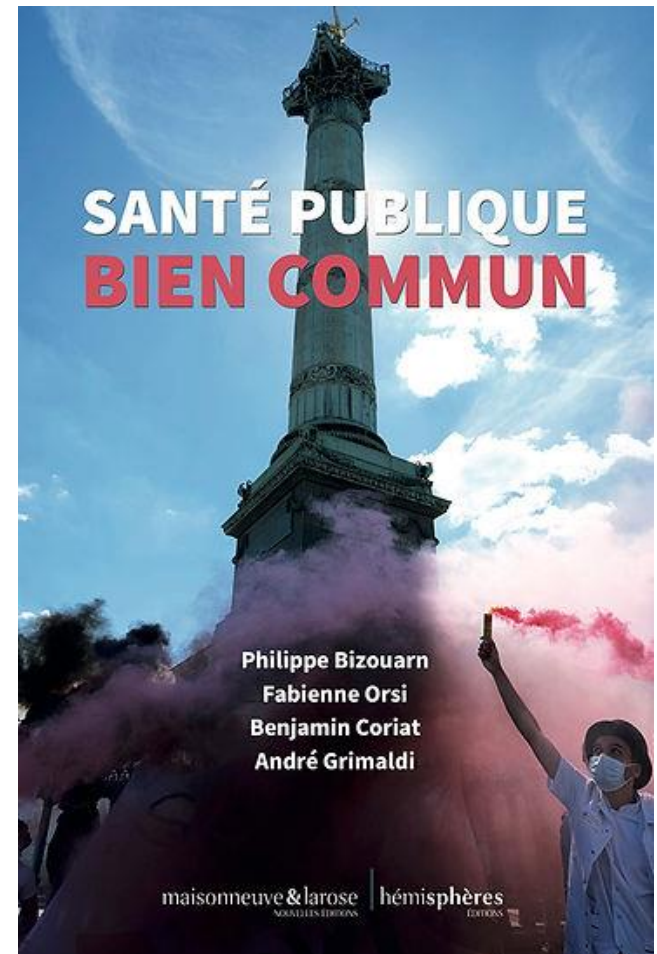
L'hôpital, bouc émissaire de la politique budgétaire

À l'encontre de toute évidence, les défenseurs d'une réorganisation du travail continuent de promouvoir à la fois des indicateurs de rentabilité ineptes et une vision techniciste de la médecine qui prétend substituer l'innovation aux relations humaines. Alors que la montée de la précarité et des souffrances sociales née de décennies de politiques néolibérales conduit une part croissante de la population à trouver refuge dans des services hospitaliers sous tension, l'hôpital se trouve devoir résister aussi bien aux manquements de la médecine de ville qu'à la concurrence de cliniques privées largement dispensées des obligations de service public. À l'heure où les mobilisations pour le défendre s'intensifient, un débat s'impose sur les missions de l'hôpital et les moyens qui lui sont accordés (2019)



Merci!

L'hôpital est en crise, depuis si longtemps, par défaut de moyens, conséquence des politiques publiques. Quand on a cru que la crise sanitaire allait permettre une remise en question des politiques néo-libérales de santé publique, il s'avère qu'en 2022, rien n'a été fait – au contraire de ce qu'affirme le gouvernement en répétant que des milliards ont été alloués à l'hôpital public. Dès lors, l'absence ressentie par les professionnels de réponses adéquates a conduit ceux-ci à douter de l'avenir de leur profession. La crise hospitalière est bien une crise économique et financière, qu'on peut reconnaître à certains traits quantitatifs comme le manque de lits et de personnel, obligeant les décideurs à trouver des solutions économiques et financières. La crise hospitalière et celle vécue par les soignants est aussi une crise morale. En s'élargissant à l'humanité du soin, la notion de crise perdrait tout contour matériellement identifiable. Une crise économique se traite économiquement, une crise de l'humanité du soin s'éprouve au cœur des corps soignants, sans possibilité de se résoudre uniquement par des mesures matérielles.





SOS

L'hôpital public

UN BIEN COMMUN

NE JAMAIS PRONONCER "RENTABILITÉ" A BORD
D'UN HOSTO...

