

Les établissements de santé

Comité éditorial de l'UVMaF

2014

Table des matières

Introduction.....	4
1. Les établissements publics de santé.....	4
1.1. L'organisation administrative.....	5
1.1.1. Le conseil de surveillance.....	5
1.1.1.1. Sa composition.....	5
1.1.1.2. Ses missions.....	6
1.1.2. Le directoire.....	6
1.1.2.1. Sa composition.....	6
1.1.2.2. Ses missions.....	7
1.1.3. Le directeur.....	7
1.2. Les organes de concertation et de consultation.....	7
1.2.1. La Commission Médicale d'établissement (CME).....	7
1.2.1.1. Sa composition.....	7
1.2.1.2. Ses attributions.....	8
1.2.1.3. Le comité technique d'établissement (CTE).....	8
1.2.1.3.1. Sa composition.....	9
1.2.1.3.2. Ses attributions.....	9
1.2.1.4. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT).....	9
1.2.1.4.1. Sa composition.....	9
1.2.1.4.2. Ses attributions.....	10
1.2.1.5. Le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT)	10
1.2.1.5.1. Sa composition.....	10
1.2.1.5.2. Ses attributions.....	10
1.2.1.6. Les commissions administratives paritaires (CAP).....	11
1.2.1.6.1. Sa composition.....	11
1.2.1.6.2. Ses attributions.....	11
1.2.1.7. Les autres organes, instances et commissions.....	11
1.3. L'organisation interne : les pôles.....	11
1.3.1. La contractualisation interne.....	12
1.3.1.1. Le projet de pôle.....	12
1.3.1.2. Le contrat de pôle.....	12
1.3.1.3. Les acteurs du pôle.....	12
1.3.2. La délégation de gestion.....	13
2. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).....	13
3. Les établissements privés à but lucratif.....	14
4. Le financement des établissements de santé.....	14
4.1. Les tarifs.....	14
4.2. Les facturations spécifiques.....	15

4.3. Bilan de la T2A.....	15
4.4. Le projet FIDES.....	15
4.5. La certification / fiabilisation des comptes.....	16
Annexes.....	16

Objectifs spécifiques

- Connaître l'organisation des établissements de santé et particulièrement de l'hôpital public

Introduction

Il existe 3 grandes catégories d'établissements de santé qui ont été redéfinies par la loi HPST du 21 juillet 2009 :

- Les établissements privés à but lucratif gérés le plus souvent par de grands groupes
- Les établissements privés à but non lucratifs (**ESPIC** (établissement de santé privé d'intérêt collectif): établissement de santé privé d'intérêt collectif)
 - Les centres régionaux de lutte contre le cancer
 - Les autres gérés par des mutuelles, des organismes de sécurité sociale, des fondations
- Les établissements publics de santé

Le secteur public représente 65 % des lits et le secteur privé 35 %.

Les missions des établissements de santé, définies par les articles L.6111-1 à 3 du **CSP** (code de la santé publique), sont :

- Le diagnostic
- Les soins
- La coordination des soins
- La santé publique et les dispositifs de vigilance
- La réflexion éthique
- L'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques
- La création et la gestion d'établissements sociaux et médico-sociaux et de centres de santé

1. Les établissements publics de santé

Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public. Ils assurent une mission de service public et sont soumis au contrôle de l'État. Le plus souvent rattachés à une commune, ils jouissent d'une certaine autonomie de gestion. Il existe différents types d'hôpitaux :

- **Les centres hospitaliers universitaires (CHU)** : ce sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales
- **Les centres hospitaliers (CH)** : leur mission est d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée.
- **Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie** assurent la prise en charge des patients en matière de santé mentale
- **Les hôpitaux d'instruction des armées (HIA)** sont placés sous l'autorité du chef d'état major des armées, et considérés comme des CHU par le ministère de la Santé

Ses missions sont définies par l'article L.6112-1 du CSP.

Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

1. La permanence des soins ;
2. La prise en charge des soins palliatifs ;
3. L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
4. La recherche ;
5. Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
6. La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
7. Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
8. L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé,

personnes et services concernés ;

9. La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;

10. Les actions de santé publique ;

11. La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques

12. Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;

13. 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 ;

14. Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-méxico-judiciaires de sûreté.

L'ensemble des établissements de santé, des formules de coopération d'établissements, des praticiens, des centres de santé, etc. peuvent assurer des missions de service public. (art. L.6112-2 du CSP)

Dans le cadre de l'exercice de ses missions, des principes doivent être garantis aux patients (art. L.6112-3 du CSP) :

- L'égal accès à des soins de qualité
- La permanence de l'accueil et de la prise en charge ou de l'orientation vers un autre établissement
- La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou prévus par le code de la Sécurité Sociale

1.1. L'organisation administrative

« Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire. » Article L. 6141-1 du CSP.

1.1.1. Le conseil de surveillance

Il remplace le conseil d'administration instauré par la loi du 31 décembre 1970.

Ses missions sont recentrées sur les orientations stratégiques et le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il est donc garant d'une saine gestion financière sans pour autant la piloter.

1.1.1.1. Sa composition

Le conseil de surveillance comprend **trois collèges** où siègent :

- Au plus 5 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 5 représentants des personnels médicaux et non médicaux de l'établissement,
- Au plus, 5 personnalités qualifiées, dont des représentants d'usagers.

Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées.

Sont membres avec voix consultative :

- le directeur
- le président de la **CME** (commission médicale d'établissement) (commission médicale d'établissement)
- le **DG-ARS** (directeur général de l'agence régionale de santé)
- un représentant de la cellule d'éthique
- le directeur de la **CPAM** (caisse primaire d'assurance maladie)
- le doyen si **CHU** (centre hospitalier universitaire)
- un représentant des familles (si **USLD** (unité de soins longue durée) ou **EHPAD** (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes))

Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- à plus d'un titre ;
- s'il est sous tutelle ou interdit de vote ou d'inscription sur une liste électorale par un tribunal ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ;
- s'il est lié à l'établissement par contrat ;
- s'il est agent salarié de l'établissement ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'ARS.

1.1.1.2. Ses missions

Il **délibère** sur :

1. le projet d'établissement ;
2. la convention constitutive des CHU et les conventions avec les CHU ;
3. le compte financier et l'affectation des résultats ;
4. toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
5. le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
6. toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
7. 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,
- les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers,
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques,
- les contrats de partenariat public / privé,
- le règlement intérieur de l'établissement.

Ses **autres compétences** sont :

- de faire des observations sur le rapport annuel présenté au DG-ARS
- d'opérer les vérifications et contrôles opportuns et de se faire la communiquer les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission,
- de désigner le commissaire aux comptes,
- d'entendre le directeur sur l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (**EPRD** (état prévisionnel des recettes et dépenses)) et sur le programme d'investissement.

1.1.2. Le directoire

Les objectifs ayant présidé à sa naissance sont une volonté de décloisonnement de l'hôpital et un assouplissement des relations direction / corps médical.

Il est l'héritier du conseil exécutif mais la parité personnels administratifs / personnels médicaux n'est plus exigée.

1.1.2.1. Sa composition

- Le directeur (président)
- Le président de la CME (vice-président)
- Le doyen de la faculté de médecine (vice-président, CHU)
- Un médecin-chercheur (vice-président, CHU)
- Le président de la **CSIMRT** (commission des soins infirmiers et rééducation et médico-technique) (commission des soins infirmiers et rééducation et médico-techniques)
- 7 (CH) à 9 membres (CHU) dont 4 sont nommés par le président du directoire. 3 (CH) et 2 (CHU) sont représentants des professions médicales.

Le directoire comprend une majorité de professionnels médicaux, pharmaciens, odontologistes ou maïeuticiens. Ceux-ci sont nommés après proposition du président de la CME, et, dans les CHU, du directeur de l'**UFR** (unité de formation et de recherche) ou du président du comité de coordination de l'enseignement médical. Les membres nommés par le président du directoire peuvent être dénommés par lui, et leur mandat est lié au sien.

Le mandat est de 4 ans.

Les membres du directoire ne peuvent pas siéger au conseil de surveillance.

1.1.2.2. Ses missions

Le directoire est une nouvelle instance qui appuie et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Instance collégiale, le directoire est un lieu d'échange des points de vue gestionnaires, médicaux et soignants.

Sa mission est d'approuver le projet médical, de préparer le projet d'établissement et de conseiller le directeur.

Le directoire doit se réunir au moins 8 fois par an.

Son rôle est capital dans le droit, mais variable dans la pratique.

1.1.3. Le directeur

Le corps des directeurs d'hôpitaux a été créé en 1941.

C'est le DG-ARS qui le nomme.

Les compétences du **directeur** sont renforcées puisque l'essentiel des pouvoirs jusqu'alors détenus par le conseil d'administration lui sont transférés.

- Il conduit la politique générale de l'établissement, en cohérence avec la politique de santé sur le territoire, permettant une prise en charge optimale des populations.
- Il est le garant du bon fonctionnement et de la performance globale de l'hôpital (gestion des risques, qualité environnementale, sociale et économique...).
- Il est le responsable légal de l'établissement.
- Il est l'ordonnateur de l'état de prévision des recettes et des dépenses.
- Il nomme les personnels non médicaux.
- Il définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité en se conformant au projet médical d'établissement.
- Il nomme les chefs de pôle (pour les chefs de pôle médecins, il nomme sur une liste élaborée par le président de la commission médicale d'établissement).
- Il nomme les directeurs adjoints.

1.2. Les organes de concertation et de consultation

1.2.1. La Commission Médicale d'établissement (CME)

Le corps médical a été représenté à l'hôpital à partir de la loi du 21 décembre 1941 et du décret du 17 avril 1943 qui ont créé la commission médicale consultative (CMC). Elle devient la commission médicale d'établissement (CME) avec la loi du 24 juillet 1987. Sa composition est modifiée par la loi HPST et le décret du 20 septembre 2013. Avec cette loi, les médecins ont plus de poids qu'auparavant ; le président de la commission médicale d'établissement coordonne la politique médicale d'établissement avec le directeur et non plus sous l'autorité de ce dernier dans la gouvernance de l'hôpital.

1.2.1.1. Sa composition

Elle est composée de collèges avec :

- Les chefs de pôles comme membres de droit
- Des représentants des praticiens titulaires
- Des représentants des personnels temporaires ou non titulaires
- Des représentants des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral
- Des représentants des sages-femmes (jusqu'en 2014, il n'y avait qu'un représentant)
- Des représentants des internes
- Des représentants des étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique (pour ces derniers depuis 2013)

1.2.1.2. Ses attributions

Sa mission centrale est la qualité : elle contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration des projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle propose au directeur un programme d'actions et des indicateurs de suivi d'activités dans ces domaines.

Elle donne son avis comme le **CTE** (comité technique d'établissement) sur :

- Le projet de délibération du conseil de surveillance
- Les orientations stratégiques de l'établissement
- Le plan global de financement pluriannuel
- Le plan de redressement
- L'organisation interne de l'établissement
- Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (**GPEC** (gestion prévisionnelle des emplois et compétences))

Elle donne son avis sur d'autres sujets :

- Le projet médical d'établissement
- La politique de coopération territoriale
- La politique de recherche clinique et d'innovation
- La politique de formation des étudiants et internes
- La politique de recrutement des emplois médicaux
- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (**CPOM** (contrat d'objectifs et de moyens))
- Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- Le plan de développement professionnel continu (**DPC** (développement professionnel continu))
- Les modalités de la politique d'intéressement
- Le bilan social
- Le règlement intérieur
- Le programme d'investissement concernant les équipements médicaux

Elle est informée :

- Du rapport annuel d'activité
- Des contrats de pôles
- Du bilan annuel des tableaux de service
- Du projet des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques
- De la programmation de travaux, aménagement de locaux ou acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins

1.2.1.3. Le comité technique d'établissement (CTE)

Une circulaire du 11 décembre 1958 recommande la création d'un comité technique paritaire (CTP). Il devient obligatoire avec la loi du 31 décembre 1970.

La loi du 31 juillet 1991 transforme le CTP en CTE.

1.2.1.3.1. Sa composition

Il est composé de représentants du personnel non médical, élus par collègues sur des listes présentées par les organisations syndicales représentatives de chaque établissement pour chaque catégorie de personnel (A, B, C). Il est présidé par le chef d'établissement ou son représentant, membre de l'équipe de direction.

Le mandat est de 4 ans.

Il doit se réunir au moins 1 fois par trimestre et des experts peuvent être entendus.

1.2.1.3.2. Ses attributions

Le comité technique est une instance de concertation chargée de donner son avis sur les questions et projets de textes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des services.

Il donne son avis comme la CME sur différents points (voir 1.2.1.2) mais aussi sur d'autres sujets :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement
- La politique générale de formation du personnel
- Les critères de répartition de certaines primes
- La politique sociale, la politique d'intéressement et le bilan social
- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques
- Les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers
- Le règlement intérieur de l'établissement

Il est informé :

- De la situation budgétaire
- Des effectifs prévisionnels et réels
- Du CPOM
- De l'EPRD
- De la politique de coopération

Le CTE émet des avis ou des vœux qui sont communiqués au conseil de surveillance et au personnel. Le directeur doit informer les membres du CTE des suites données à ses avis et vœux dans un délai de 2 mois.

1.2.1.4. La commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques (CSIRMT)

Suite au mouvement de revendication des personnels infirmiers à l'automne 1989, la loi du 31 juillet 1991 crée la commission du service des soins infirmiers.

L'ordonnance du 2 mai 2005 la remplace par le CSIRMT avec la participation d'autres catégories de personnels participant aux soins.

1.2.1.4.1. Sa composition

Elle est composée de 3 collègues représentant :

- Les cadres de santé
- Les personnels infirmiers, de rééducation et médico-technique
- Les aides-soignants

Pour les **CH** (centre hospitalier), les membres élus sont au maximum de 30 et pour les **CHU**, de 40. Les mandats sont de 4 ans, renouvelable.

Assistent avec voix consultative :

- Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonateur général des soins
- Les directeurs des soins chargés de la direction des instituts de formation et écoles paramédicales

- Un représentant des étudiants de 3ème année nommé par le directeur de l'établissement
- Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement
- Un représentant de la CME

La présidence est assurée par le coordonateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.

Elle se réunit au moins 3 fois par an.

1.2.1.4.2. Ses attributions

Elle donne un avis sur :

- Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- L'organisation générale des soins infirmiers
- L'accompagnement des malades
- La politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité et de la gestion des risques liés aux soins
- Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
- La recherche et l'innovation, dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique
- La politique de DPC

Elle est informée :

- Du règlement intérieur
- De l'exercice de missions de service public attribuées à l'établissement ou d'activités de soins de l'établissement par des professionnels médicaux libéraux
- Du rapport annuel d'activité

1.2.1.5. Le comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT)

Il est l'héritier du comité d'hygiène et de sécurité créé par l'arrêté du 29 juin 1960. Il est créé par la loi du 23 décembre 1982 réformant le code du travail et les décrets du 16 août 1985 et du 13 février 1991.

Il est une instance de concertation chargée de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des agents dans leur travail.

1.2.1.5.1. Sa composition

Il est présidé par le directeur de l'établissement et composé de représentants désignés par les organisations syndicales. Le nombre varie selon l'effectif des salariés dans l'établissement (de 3 à 9).

Il est composé aussi de membres consultatifs : médecin du travail, directeur des soins, cadre hygiéniste, ingénieur technique. L'inspecteur du travail doit être informé de l'ordre du jour et peut assister aux débats.

Il se réunit au moins 1 fois par trimestre. Une séance extraordinaire est possible si 2 membres représentant le personnel le souhaitent ou après tout accident ayant pu entraîner des conséquences graves.

1.2.1.5.2. Ses attributions

Il donne un avis sur :

- L'observation des dispositions légales et réglementaires en matière d'hygiène et de sécurité au travail
- Le rapport annuel de la situation générale de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail (bilan présenté par le directeur)
- Le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

Il peut conduire des enquêtes relatives aux accidents du travail, aux maladies professionnelles et aux risques professionnels des salariés. Il a un droit d'alerte.

1.2.1.6. Les commissions administratives paritaires (CAP)

Elles délibèrent sur des questions ayant un impact sur la carrière des salariés.

1.2.1.6.1. Sa composition

Elle comporte un nombre égal de représentants de l'administration et de représentants des personnels. Une **CAP** (commission administratives paritaires) est créée pour chaque corps de fonctionnaires.

Le mandat est de 4 ans.

1.2.1.6.2. Ses attributions

Elles donnent des avis considérés comme des mesures préparatoires à la décision finale qui est prise par le directeur de l'établissement qui peut ne pas suivre les avis émis.

Les séances ne sont pas publiques et le vote peut être secret.

1.2.1.7. Les autres organes, instances et commissions

- **CRUQPC** (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge)
- CAL : commission de l'activité libérale
- Commission d'appels d'offres
- Sous-commissions de la CME
- Etc.

1.3. L'organisation interne : les pôles

Dans la perspective du Plan Hôpital 2007, l'hôpital public était à la recherche d'une nouvelle gouvernance en partant du constat d'obsolescence de l'organisation hospitalière en corrélation avec un déficit d'autonomie de ses acteurs. Cet objectif s'est traduit par la mise en place de deux outils : la contractualisation interne et la délégation de signature du directeur de l'hôpital au médecin responsable qui transforme sensiblement la politique de l'hôpital. La création des pôles d'activité en 2005, consacrée en 2009 par la Loi **HPST** (hôpital, patient, santé et territoire), vient consacrer la réforme du management de la santé, en milieu hospitalier.

En pratique, un pôle est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Ils doivent être définis selon « une logique de simplification et de déconcentration »

Le pôle s'appuie sur des objectifs d'activité et de qualité, fondés sur un projet partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction. La création d'un pôle peut répondre à plusieurs logiques :

- Une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (ex : pôles mère-enfant, gériatrie...)
- Une logique d'organes (ex : pôles thorax, tête-cou...)
- Une logique « généraliste (ex : pôles psychiatrie, urgences...)
- Une logique de prestations (ex : pôles pharmacie, biologie...)

Les pôles d'activités clinique et médico-technique sont définis conformément au projet médical d'établissement.

Cette organisation doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement.

Chaque pôle passe un contrat d'objectifs et de moyens avec la direction. La gestion des budgets et des personnels se fait par pôle.

1.3.1. La contractualisation interne

1.3.1.1. Le projet de pôle

C'est le document élaboré par le médecin coordonnateur du pôle en liaison avec le conseil de pôle, retraçant les orientations, la stratégie et l'organisation du pôle, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.

Il a pour objet de préciser, en cohérence avec le projet d'établissement, le projet médical du pôle.

1.3.1.2. Le contrat de pôle

C'est le document élaboré à partir du projet de pôle et définissant les objectifs d'activité, de qualité et financiers, ainsi que les moyens mis à disposition, les indicateurs de suivi et les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion.

Le contrat de pôle est passé entre le pôle et la direction pour une durée de 4 ans. Il est la traduction concrète du projet de pôle.

1.3.1.3. Les acteurs du pôle

Le médecin coordonnateur du pôle

Il est chargé d'élaborer le projet de pôle avec le conseil de pôle et de décider de l'utilisation des moyens du pôle, d'organiser son fonctionnement technique et de mettre en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés.

Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structures prévues par le projet de pôle.

Toutefois les chefferies de service sont maintenues, les chefs de service conservent leurs prérogatives et le conseil de pôle ne se substitue pas au conseil de service.

Le cadre soignant

Il est chargé d'assister dans ses fonctions le médecin coordonnateur en particulier pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités de soins qui relèvent de ses compétences.

Pour les pôles où il y a une maternité, une sage-femme cadre est associée à un cadre de santé.

Le cadre administratif

Il est chargé de seconder dans ses fonctions le médecin coordonnateur en particulier pour l'organisation générale, la gestion et le suivi financier.

Le conseil de pôle

Il est constitué de membres de droit (chefs de service et cadres de santé) et des membres élus (représentants les médecins et les personnels du pôle). Lieu d'expression et de concertation, il prend part à l'ensemble des décisions concernant le pôle.

Il participe à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques.

Il permet l'expression des personnels, favorise les échanges d'informations et fait toutes propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et des structures internes, notamment quant à la permanence des soins et l'établissement des tableaux de service.

1.3.2. La délégation de gestion

Les responsables des pôles bénéficient de « délégations de gestion », accordées par le directeur après la signature du contrat interne. Néanmoins les textes ne précisent ni le contenu ni la portée de ces délégations. Le directeur jouit donc d'une grande latitude d'appréciation, sous réserve d'accorder aux responsables de pôle les délégations de gestion nécessaires à l'exécution du contrat.

Le directeur ne peut déléguer ses compétences aux responsables de pôle que sur des matières entrant dans le champ de la gestion de chaque pôle. Il peut en aller notamment ainsi :

- du recrutement du personnel de remplacement du pôle (la décision de délégation devrait notamment fixer à cet égard un plafond défini en valeur et/ou en mensualités, préciser la durée maximum des contrats et exclure toute décision de renouvellement des contrats qui risquerait, de fait, de conférer à ces personnels la qualité d'agents permanents),
- du changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes,
- de l'élaboration des tableaux mensuels de service des personnels du pôle.

A l'inverse, paraissent devoir être exclues de toute délégation de signature, les questions qui excèdent le champ des attributions du pôle, au premier rang desquelles figurent les décisions qui requièrent la consultation d'une instance d'établissement (CME, CTE, CAP, etc.) Sont ainsi notamment exclues du champ d'une telle délégation les questions relatives :

- à la politique générale des ressources humaines : l'organisation du travail, le recrutement d'agents permanents, l'affectation des agents entre les différents pôles,
- aux marchés publics : dans la mesure où l'on ne peut passer qu'un seul marché public pour l'achat d'une même catégorie de fournitures ou de services.

En conclusion, l'instauration des pôles d'activité a opéré un tournant significatif dans le management hospitalier en permettant le développement d'une stratégie médicale et l'exercice de la gestion, sous la responsabilité du chef de pôle par un trio constitué du médecin, du cadre soignant et de l'assistant de gestion. Ce nouveau mode de management de la santé a le mérite de la transparence et de la précision : ce qui est indispensable au pilotage des activités et au suivi des coûts.

2. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)

La majorité de ces établissements était des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Ils ont pris automatiquement, depuis la loi du 21 juillet 2009 appelée HPST, la qualification d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et assurent à ce titre une ou plusieurs missions de service public. Ces établissements sont gérés par une personne morale de droit privé - une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle. Leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients. En revanche, leur mode de financement est le même que celui des hôpitaux publics, et ils en partagent les valeurs et les principes.

Ils représentent 782 établissements et regroupent presque 62 000 lits.

Pour être reconnu comme ESPIC, l'établissement doit s'engager à :

- respecter l'égal accès à des soins de qualité et la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement ou une autre institution, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé,
- d'appliquer aux assurés sociaux les tarifs prévus par l'autorité administrative compétente.

L'organe délibérant de l'ESPIC délibère, après avis de la conférence médicale et de la commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge des établissements de santé, sur un projet institutionnel.

Ce projet institutionnel définit :

- La politique générale du ou des établissements de santé sur la base notamment d'un projet

d'établissement, du projet médical et des objectifs du schéma régional d'organisation des soins ; le projet institutionnel comporte également un projet relatif à l'évolution des prises en charge des patients.

- Les actions et les projets de coopération.
- L'engagement de l'établissement de santé dans des actions de prévention et les programmes de santé publique qui s'y rapportent.
- La politique générale relative au système d'information de la personne morale gestionnaire, celle de chacun des établissements de santé qu'elle gère ainsi que le programme de déploiement de la télémédecine ; le projet institutionnel identifie les moyens et équipements sanitaires de toute nature et les personnels nécessaires à sa mise en œuvre.
- Les modalités selon lesquelles les usagers et leurs associations représentatives sont associés par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques définies par le projet institutionnel.

Le projet institutionnel est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé à tout moment. Il est transmis au DG-ARS.

3. Les établissements privés à but lucratif

Les établissements à but lucratif (cliniques) sont au nombre de 1 442 et comptent presque 94 000 lits. Ils sont le plus souvent constitués sous forme de sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens. Sur le plan financier, l'établissement passe en effet contrat avec des médecins, associés ou non, pour pouvoir fonctionner. L'évolution récente fait apparaître un rôle croissant des investisseurs extérieurs dans l'hospitalisation privée, notamment sous la forme de chaînes de cliniques qui rachètent des établissements existants et permettent l'apport de capitaux plus importants.

4. Le financement des établissements de santé

La tarification à l'activité (**T2A** (tarification à l'activité)) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses, donc elle suit l'activité produite.

L'objectif est double :

- Une juste redistribution des moyens entre établissements,
- La maîtrise des dépenses.

Le cadre budgétaire est basé sur l'EPRD et le **PGFP** (plan global de financement pluriannuel).

4.1. Les tarifs

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (**PMSI** (programme de médicalisation des systèmes d'information)) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (**GHM** (groupe homogène de malade)) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (**GHS** (groupe homogène de séjour)). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie. Ces tarifs sont majorés ou minorés selon la durée effective du séjour du patient et de sa pathologie. Des enquêtes nationales de coûts à méthodologie commune (**ENCC** (enquête nationale de coûts à méthodologie commune)) produisent des référentiels de coûts ou des valeurs nationales fondés sur l'observation des coûts moyens. Ces référentiels permettent aux établissements de comparer leurs coûts à ceux du référentiel et peuvent être utilisés au niveau national dans le cadre de la construction tarifaire.

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (**Ondam** (objectif national des dépenses d'assurance maladie)) et les politiques de santé publique cadrent aussi les dépenses d'hospitalisation.

Certains inconvénients de la T2A ont vu le jour :

- Tous les établissements n'ont pas les mêmes charges
- Les activités sont plus ou moins « rentables »
- Elle instaure une concurrence entre les établissements
- La qualité du codage des actes est primordiale car elle détermine le budget

La mise en œuvre de la T2A a été progressive et a abouti à une convergence tarifaire entre le privé et le public.

4.2. Les facturations spécifiques

Un nombre important de missions assurées par les établissements est financé par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne (**MIGAC** (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne)), dont les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (**MERRI** (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation)).

Ces financements concernent en fait les activités difficilement identifiables par patient (actions de prévention, dépistage, par exemple) ou nécessitant une permanence quel que soit le niveau effectif d'activité (SAMU, centres anti-poison, équipes mobiles de liaison, par exemple).

Ces missions sont clairement identifiées et rémunérées par établissement, d'après une liste nationale.

Certaines activités spécifiques telles les urgences, la coordination des prélèvements d'organes et les greffes font l'objet d'un financement forfaitisé.

Les coûts fixes de ces activités sont financés par des forfaits annuels (près d'un milliard d'euros par an pour l'ensemble).

Certains médicaments onéreux et dispositifs médicaux sont pris en charge en sus des tarifs de prestations.

Ces listes font l'objet de mises à jour régulières, par arrêté du ministre en charge de la santé et sur recommandations du conseil de l'hospitalisation. L'administration des molécules onéreuses et la pose des dispositifs médicaux doivent répondre à des référentiels de bonnes pratiques, dans le cadre de contrats de bon usage.

4.3. Bilan de la T2A

- Elle a obligé les hôpitaux à avoir une logique de résultats
- Elle a responsabilisé les acteurs de terrain
- Elle a amené de l'équité entre le public et le privé
- Elle oblige à de la transparence
- Le projet médical est placé au cœur de la stratégie de l'établissement
- Elle a justifié de l'organisation en pôles
- Elle a entraîné une restructuration du paysage hospitalier

4.4. Le projet FIDES

La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) représente un enjeu majeur pour la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Les objectifs du projet sont triples :

- mettre à la disposition de la puissance publique (Etat, assurance maladie obligatoire et **ARS** (agence régionale de santé)) les données individuelles et détaillées des établissements hospitaliers publics et ESPIC, au fil de l'eau, et de manière sécurisée ;
- contribuer à renforcer la culture de gestion des établissements publics de santé ;
- et plus généralement, contribuer à accélérer la mise en œuvre des réformes sur la prise en charge des dépenses hospitalières publiques.

Cette expérimentation a débuté en 2010 auprès de 55 établissements de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, a fixé la fin de la généralisation de la facturation individuelle (FIDES) au 1er mars 2016 pour tous les établissements de santé publics et privés non lucratifs et pour tout le périmètre d'activité médecine, chirurgie, obstétrique (activité externe, séjours, urgences, **HAD** (hospitalisation à domicile), dialyse...).

La 1ère phase de cette généralisation concerne les actes et consultations externes.

4.5. La certification / fiabilisation des comptes

La certification des comptes des hôpitaux publics est prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Le bon déroulement de cette certification est conditionné par la fiabilisation préalable des comptes, objectif prioritaire qui concerne tous les établissements publics de santé.

L'entrée en vigueur de la certification des comptes vient couronner un processus d'amélioration continue de la qualité comptable, piloté depuis 2011 par les ministères chargés de l'économie et des finances, du budget et de la santé par l'intermédiaire des ARS et des directions régionales et départementales des finances publiques (DRFIP/DDFIP).

Ainsi, dès 2014, 31 hôpitaux s'engagent concrètement dans la démarche : en 2015 et en 2016, tous les établissements publics dont les recettes dépassent les 100 millions d'euros les rejoindront. Leurs comptes seront examinés par la cour des comptes ou par des commissaires aux comptes, selon les modalités définies dans les décrets.

Cette réforme témoigne des efforts permanents des communautés hospitalières pour renforcer l'efficacité des processus de gestion interne : elle est cohérente avec les autres programmes « performance » conduits actuellement sur le champ de la [facturation](#) (FIDES), des [achats](#) (PHARE) et de la [comptabilité analytique](#).

Annexes

Recommandation

- [Financement des établissements de santé](#)
- [Généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé \(FIDES\)](#)
- [Le conseil de surveillance](#)
- [Legifrance](#)
- [Le management hospitalier](#)
- [Les établissements de santé privés](#)
- [Les pôles d'activité](#)
- [Projet FIDES](#)

Abréviations

- **ARS** : agence régionale de santé
- **CAP** : commission administratives paritaires
- **CH** : centre hospitalier
- **CHU** : centre hospitalier universitaire

- **CME** : commission médicale d'établissement
- **CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- **CPOM** : contrat d'objectifs et de moyens
- **CRUQPC** : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- **CSIMRT** : commission des soins infirmiers et rééducation et médico-technique
- **CSP** : code de la santé publique
- **CTE** : comité technique d'établissement
- **DG-ARS** : directeur général de l'agence régionale de santé
- **DPC** : développement professionnel continu
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **ENCC** : enquête nationale de coûts à méthodologie commune
- **EPRD** : état prévisionnel des recettes et dépenses
- **ESPIC** : établissement de santé privé d'intérêt collectif
- **GHM** : groupe homogène de malade
- **GHS** : groupe homogène de séjour
- **GPEC** : gestion prévisionnelle des emplois et compétences
- **HAD** : hospitalisation à domicile
- **HPST** : hôpital, patient, santé et territoire
- **MERRI** : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
- **MIGAC** : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne
- **Ondam** : objectif national des dépenses d'assurance maladie
- **PGFP** : plan global de financement pluriannuel
- **PMSI** : programme de médicalisation des systèmes d'information
- **T2A** : tarification à l'activité
- **UFR** : unité de formation et de recherche
- **USLD** : unité de soins longue durée