

Management hospitalier



Robert Holcman

---


# Management hospitalier

Manuel de gouvernance  
et de droit hospitalier

**3<sup>e</sup> édition**

DUNOD

Illustration de couverture © Fotolia.com – satyrenko

<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<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique</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, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-075900-2

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 .....	29
Chapitre 4	L'évaluation des besoins de santé et des moyens existants .....	53
Chapitre 5	La planification hospitalière .....	63

## Partie 2

### La gouvernance de l'hôpital

Chapitre 6	La gouvernance externe de l'hôpital .....	139
Chapitre 7	La gouvernance interne de l'hôpital .....	207
Chapitre 8	L'organisation interne de l'activité .....	247
Chapitre 9	La coexistence du public et du privé .....	257

## Partie 3

### Qualité des soins, sécurité sanitaire et responsabilité

Chapitre 10	L'amélioration de la qualité des soins .....	279
-------------	--	-----

## SOMMAIRE

Chapitre 11	<b>Les pratiques professionnelles</b> .....	293
Chapitre 12	<b>Accréditation et certification</b> .....	311
Chapitre 13	<b>La sécurité sanitaire</b> .....	337
Chapitre 14	<b>La responsabilité</b> .....	405

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

Chapitre 15	<b>Éthique</b> .....	437
Chapitre 16	<b>Les droits du patient</b> .....	469
Chapitre 17	<b>Déontologie et ordres professionnels</b> .....	535

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

Chapitre 18	<b>Les grandes règles de la comptabilité publique</b> .....	547
Chapitre 19	<b>L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD)</b> .....	567
Chapitre 20	<b>Les achats publics</b> .....	595
Chapitre 21	<b>Les modes de financement jusqu'à la tarification à l'activité (T2A)</b> .....	619
Chapitre 22	<b>Le programme de médicalisation du système d'information (PMSI)</b> .....	623
Chapitre 23	<b>La tarification à l'activité (T2A)</b> .....	639
Chapitre 24	<b>L'évaluation de la performance</b> .....	681

**Partie 6**  
**Les ressources humaines**

Chapitre 25	<b>Les composantes du personnel hospitalier</b> .....	727
Chapitre 26	<b>Les enjeux démographiques</b> .....	769
Chapitre 27	<b>Outils et nomenclatures GRH existants</b> .....	783
Chapitre 28	<b>Observatoires, conseils et commissions</b> .....	791
Chapitre 29	<b>L'organisation du travail dans les établissements de santé</b> .....	807
Chapitre 30	<b>La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences</b> .....	829
	<b>Sigles</b> .....	843
	<b>Tableaux, figures et encadrés</b> .....	851
	<b>Table des matières</b> .....	855
	<b>Index</b> .....	865





# Partie 1

## Systeme hospitalier et hôpitaux

Chapitre 1	<b>L'hôpital dans le système de santé français.....</b>	<b>3</b>
Chapitre 2	<b>Le système hospitalier français.....</b>	<b>9</b>
Chapitre 3	<b>Service public et secteur public hospitaliers.....</b>	<b>29</b>
Chapitre 4	<b>L'évaluation des besoins de santé et des moyens existants.....</b>	<b>53</b>
Chapitre 5	<b>La planification hospitalière.....</b>	<b>63</b>



# **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 472,1 milliards d'euros en 2014. Elles se sont réparties entre ses quatre branches : accidents du travail et maladies professionnelles (13,1 milliards d'euros) ; vieillesse-veuvage (219,9 milliards) ; famille (59 milliards) et maladie-maternité-invalidité-décès (193,2 milliards d'euros). Cette dernière branche a donc représenté, cette année-là, 40,9 % des dépenses de Sécurité sociale (**figure 1.1**).

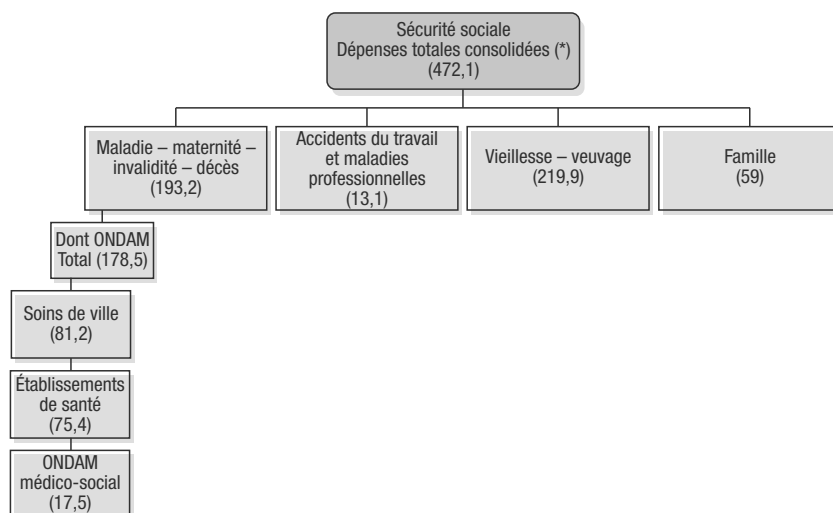


Figure 1.1. Les quatre branches de la sécurité sociale (dépenses des régimes obligatoires, en milliards d'euros)

Source : Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016.

(\*) 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 (92,4 %) de celles de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, le solde étant constitué par la couverture invalidité-décès. Les dépenses de l'assurance maladie sont rassemblées

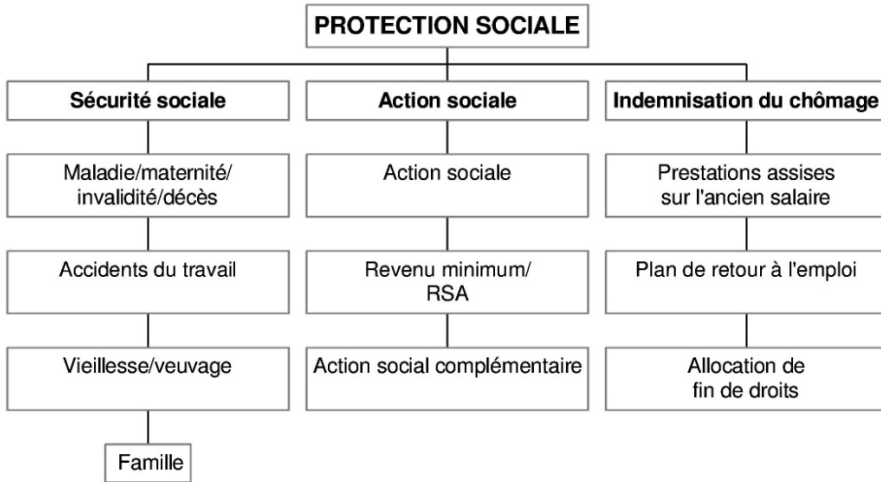


Figure 1.2. La protection sociale

dans l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui s'est élevé à 178,5 milliards d'euros en 2014. 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 sociale.

6

Au sein de l'ONDAM, 45,5 % des dépenses (81,2 milliards d'euros) ont relevé en 2014 des soins de ville ; 42,2 % (75,4 milliards) de l'ONDAM hospitalier ; 9,8 % (17,5 milliards) de l'ONDAM médico-social.

**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 92,9 milliards d'euros en 2014, ce qui représente 52 % de l'ONDAM, 48 % de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, et 19,6 % des dépenses de Sécurité sociale.

Toujours sur la base des chiffres 2014, les 75,4 milliards d'euros de l'ONDAM hospitalier (qui concerne l'ensemble des établissements de santé, publics et privés) ont pesé cette année-là pour 42,2 % des dépenses de l'ONDAM, 39 % des dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, 16 % des dépenses de Sécurité sociale, et 3,5 % de la richesse nationale produite annuellement, telle qu'exprimée par le produit intérieur brut (PIB).

**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 2006<sup>1</sup>. La Cour

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

## 1 • L'hôpital dans le système de santé français

des comptes<sup>2</sup> 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 en croit la Fédération hospitalière de France<sup>3</sup>. En 2014, ce déficit atteint presque 400 millions d'euros.

**Dettes des hôpitaux publics.** En réponse à la demande de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a publié, en avril 2014, un rapport sur la dette des établissements publics de santé (EPS).

La Cour constatait que, en dépit d'un ralentissement récent, la dette à moyen et long terme des établissements publics de santé avait triplé en dix ans, passant de 9,8 milliards d'euros, à 26,5 milliards en 2011, puis 29,3 milliards d'euros en 2012 – soit 1,4 % du PIB. Le service de la dette (charges d'intérêt et obligations annuelles de remboursement des hôpitaux) atteignait 4,1 % des produits d'exploitation fin 2011.

L'évolution de l'endettement des hôpitaux publics trouve pour l'essentiel son origine dans une politique de soutien à l'investissement privilégiant le financement par l'endettement, dans le cadre des plans nationaux « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 » (voir ci-dessous, p. 132).

---

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

3. 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).







# **Chapitre 2**

## **Le système hospitalier français**

PLAN DU CHAPITRE

<b>1. Missions des établissements de santé</b>	<b>11</b>
<b>2. Social, médico-social et sanitaire</b>	<b>13</b>
<b>3. Établissements publics, privés lucratifs, privés PSPH, d'intérêt collectif, de proximité</b>	<b>16</b>
<b>4. L'activité des établissements de santé</b>	<b>19</b>
<b>5. Les autres services de santé</b>	<b>19</b>
<b>6. Les fondations hospitalières</b>	<b>21</b>
<b>7. Le répertoire FINESS</b>	<b>22</b>
<b>8. Statut, financement et nombre d'établissements</b>	<b>23</b>
<b>9. Les modalités de recours aux hôpitaux</b>	<b>25</b>

### 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, 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 ;
- 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, 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. La stratégie nationale de santé 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.

**Missions des établissements de santé.** L'article L. 6111-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi du 21 juillet 2009<sup>1</sup> et par la loi du 26 janvier 2016<sup>2</sup>, 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 ;
- 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. 79) 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 par la même loi, ajoute que les établissements de santé peuvent également, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins aux personnes :

---

1. 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 ».

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

## 2 • Le système hospitalier français

- 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'édictée 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, 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, préorientation 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 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 préorientation 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'insertion 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'associations<sup>3</sup>). 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).

Le décret n° 2010-535 du 20 mai 2010 relatif aux établissements de santé d'intérêt collectif introduit dans le Code de la santé publique l'article D. 6161-2 qui précise que les organismes privés sans but lucratif déclarent la qualité d'établissement de santé privé d'intérêt collectif du ou des établissements de santé qu'ils gèrent au directeur général de l'agence régionale de santé<sup>4</sup> territorialement compétente.

La loi du 21 juillet 2009 précise que les établissements de santé privés qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de cette dernière peuvent continuer d'exercer, dans les mêmes conditions, les

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

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



missions pour lesquelles ils y ont 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<sup>er</sup> janvier 2016.

**Centres de lutte contre le cancer.** Ce sont des personnes morales de droit privé 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. 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 et de recherche en matière de cancérologie.

Leur liste a été initialement fixée par l'arrêté du 16 juin 2005, modifié par l'arrêté du 28 janvier 2011.

**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. Leur objectif est de faire des bénéfices.

**Hôpitaux de proximité.** L'article L. 6111-3-1 du Code de la santé publique 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 où ils sont localisés. Leurs patients bénéficient de consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent ; en cas de nécessité, ils sont orientés vers des structures dispensant des soins de second recours.

Les hôpitaux de proximité pratiquent une activité de médecine, mais pas de chirurgie ou d'obstétrique. Le volume de leur activité de médecine n'excède pas un certain seuil qui sera défini par décret en Conseil d'État. Dans chaque région, en fonction regard des besoins de la population et de l'offre de soins, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé (voir ci-dessous), la liste des hôpitaux de proximité.

**Groupements de coopération sanitaire érigés en établissements de santé.** Depuis l'adoption de la loi du 21 juillet 2009 et du décret 23 juillet 2010<sup>5</sup>, les groupements de coopération sanitaire de moyens (GCSM) sont considérés

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

comme des établissements de santé<sup>6</sup> dès lors qu'un ou plusieurs de leurs membres sont titulaires d'une ou de plusieurs autorisations d'activités de soins, 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. Le GCSM peut être employeur. Il est doté de la personnalité morale : de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics (ou avec des professionnels libéraux) ; de droit privé quand il est fondé uniquement par des acteurs privés ; au choix dans les autres cas. Le décret du 23 juillet 2010 a précisé les modalités d'organisation de ces derniers.

L'article L. 6133-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, précise qu'un GCSM, qui poursuit un but non lucratif, 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 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 21 juillet 2009 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 soit d'origine publique ou d'origine privée. La loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi Fourcade, assouplit le choix du statut juridique du groupement de coopération sanitaire de moyens : hormis les cas où il est composé exclusivement de personnes publiques ou de personnes privées, sa nature juridique est fixée par ses membres dans la convention constitutive (article L. 6133-3 du Code de la santé publique).

**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

---

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

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.** L'activité hospitalière<sup>7</sup> pour l'année 2014 s'est élevée à 17,4 millions de séjours, dont 0,4 millions outre-mer. Les établissements d'Île-de-France ont réalisé 18 % (3 millions) de ces séjours. 63,5 % des séjours sont réalisés par des établissements qui étaient financés par dotation globale (voir ci-dessous).

40 % des séjours sont des séjours de médecine, 31 % des séjours chirurgicaux, 11 % des séjours obstétricaux. 17 % ont comme objet une technique interventionnelle.

**Activité de séances.** En 2014, les établissements de santé ont réalisé 11,2 millions de séances et de forfaits<sup>8</sup>. Cette activité se répartit comme suit : dialyse, 56 % de ces séances et forfaits ; chimiothérapie, 25 % ; radiothérapie<sup>9</sup>, 17 % ; autres séances, 2 %. La région Île-de-France a réalisé, en 2014, 17 % des séances et forfaits.

### 5. LES AUTRES SERVICES DE SANTÉ

**Centres de santé.** S'inscrivant dans la tradition des dispensaires et de la médecine sociale, les centres de santé<sup>10</sup> sont des structures sanitaires de proximité qui dispensent des soins de premier recours sans hébergement, et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et à des actions sociales. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse (article L. 6323-1 du Code de la santé publique). Créés et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale, des établissements de santé, ce sont des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé. Les établissements de santé peuvent créer et gérer des centres de santé.

7. L'activité hospitalière fait chaque année l'objet d'un rapport établi par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH, voir ci-dessous). Les chiffres indiqués portent uniquement sur l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), exclusion faite de l'activité des hôpitaux d'instruction des armées, ce qui représente 99 % de l'activité hospitalière des établissements de santé, tous statuts confondus.

8. Ces termes sont explicités dans la partie consacrée à la tarification à l'activité (T2A).

9. Uniquement établissements anciennement financés sous dotation globale, voir ci-dessous.

10. Article L. 6323-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

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.

**Maisons de santé.** Comme les centres de santé, les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement, et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales (article L. 6323-3 du Code de la santé publique). La différence est qu'elles sont constituées entre des professionnels de santé (professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens) ; elles peuvent associer des personnels médico-sociaux.

**Maisons d'accueil hospitalières.** La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a créé l'article L. 6328-1 du Code de la santé publique, qui confère un statut aux maisons d'accueil hospitalières, structures d'hébergement (existant parfois de longue date) pour les parents et les proches de patients hospitalisés. Les maisons d'accueil hospitalières doivent respecter un cahier des charges national qui précise les conditions dans lesquelles les maisons d'accueil hospitalières peuvent établir des conventions avec les établissements de santé.

**Pôles de santé.** Ils assurent des activités de soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours ; ils peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dispose que les regroupements de professionnels qui, avant sa publication, répondaient à la définition des pôles deviennent – sauf opposition de leur part – des communautés professionnelles territoriales de santé.

**Communautés professionnelles territoriales de santé.** L'article L. 1434-12, introduit dans le Code de la santé publique par la loi du 26 janvier 2016, indique que la communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours, et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé.

Pour ce faire, les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé arrêtent un projet de santé, qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (voir ci-dessous). Ce projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.

**Réseaux de santé.** L'objectif des réseaux de santé est de faciliter l'accès aux soins en encourageant la coordination de l'activité des différents acteurs de la santé : professionnels de santé libéraux ; médecins du travail ; établissements de santé ; groupements de coopération sanitaire ; centres de santé ; institutions sociales ou médico-sociales ; organisations à vocation sanitaire ou sociale ; représentants des usagers (article L. 6321-1 du Code de la santé publique). Ils assurent une prise en charge du patient dans plusieurs domaines : éducation à la santé, prévention, diagnostic et soins – et, à ce titre, peuvent participer à des actions de santé publique. Sous certaines conditions (organisation, fonctionnement, évaluation, critères de qualité), les réseaux de santé peuvent bénéficier de subventions de l'État.

## 6. LES FONDATIONS HOSPITALIÈRES

**Statut.** La 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, a introduit dans le Code de la santé publique l'article L. 6141-7-3, modifié par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011<sup>11</sup>, qui prévoit que les établissements publics de santé peuvent créer une ou plusieurs fondations hospitalières afin de concourir à leurs missions de recherche. Le décret n° 2014-956 du 21 août 2014 relatif aux fondations hospitalières est venu préciser les règles générales régissant l'activité de ces fondations, les modalités du contrôle de l'État, ainsi que les règles applicables en matière financière, de ressources humaines et de comptabilité.

Ce sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif, constituées entre un ou plusieurs établissements publics de santé et, le cas échéant, une ou plusieurs personnes de droit public ou de droit privé. Elles sont créées à l'initiative d'un ou plusieurs établissements publics de santé (article R. 6141-53 du Code de la santé publique).

**Conseil scientifique.** Les fondations hospitalières sont dotées d'un conseil scientifique, composé de personnalités médicales et scientifiques extérieures à la fondation, qui se réunit au moins une fois par an. Il est consulté sur la politique de soutien à la recherche promue par la fondation, sur son programme de travail et sur les orientations de son activité annuelle, et fournit une expertise au directeur de la fondation dans la mise en œuvre de la politique de recherche définie par le conseil d'administration (article R. 6141-60 du Code de la santé publique).

**Ressources.** L'article R. 6141-62 du Code de la santé publique prévoit que les ressources annuelles de la fondation sont composées :

---

11. Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- du revenu de la dotation (constituée par des apports des membres fondateurs en biens matériels et immatériels, en droits ou en ressources définies par les statuts, article R. 6141-61 du Code de la santé publique) ;
- de la fraction consommable de la dotation fixée par les statuts dans la limite annuelle de 20 % de cette dernière<sup>12</sup> ;
- de produits financiers ;
- du produit des dons et legs ;
- de subventions d'organisations internationales, de l'État et des collectivités publiques ;
- du produit de ventes et rémunérations pour services rendus ;
- des revenus tirés de la propriété intellectuelle ;
- des crédits de fonctionnement que lui affectent les membres fondateurs.

**Personnels.** L'article R. 6141-64 du Code de la santé publique précise que les personnels des fondations hospitalières peuvent être :

- des fonctionnaires relevant d'une personne morale de droit public et placés dans une position conforme à leur statut ;
- des agents contractuels mis à disposition de la fondation ;
- des praticiens hospitaliers détachés auprès de la fondation ou mis à disposition ;
- des salariés de droit privé.

## 7. LE RÉPERTOIRE FINESS

**Création.** Le répertoire FINESS a été créé par la circulaire DAGPB/DOMI n° 79-1 du 3 juillet 1979 relative au fichier national des établissements sanitaires et sociaux. Les modalités de sa gestion automatisée ont été précisées par l'arrêté du 15 septembre 1988 relatif à la mise en place d'un système de gestion en temps réel et de consultation par mode vidéotex du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux. C'est un répertoire national dont l'objectif est de dresser et de tenir à jour l'inventaire des établissements du domaine sanitaire et social sur le territoire métropolitain et dans les départements d'outre-mer. Il assure l'immatriculation des établissements et des entités juridiques porteurs d'une autorisation ou d'un agrément. Il attribue un numéro FINESS, considéré comme un identifiant majeur.

**Objectifs.** Les objectifs du répertoire FINESS ont été redéfinis par l'arrêté du 13 novembre 2013 relatif à la mise en place d'un répertoire national des établissements sanitaires et sociaux. Il apporte de l'information dans trois domaines : le

---

12. La part non consommée de la dotation ne peut être inférieure à 10 % de la dotation initiale ou, pour les fondations dont la dotation est supérieure à 10 millions d'euros, à un million d'euros.