

# THÈSE

Pour obtenir le grade de  
Docteur

---

**Délivré par l'Université Montpellier 1.**

**Préparée au sein de l'école doctorale de  
Droit et Science politique**

**Et de l'unité de recherche**

**UMR 5815 Dynamiques du Droit.**

**Spécialité : Droit privé**

**Présentée par M. Jean-Louis ROMANENS :**

**PERMANENCES, MUTATIONS ET RENOUVEAU  
DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

**Soutenue le 2 juin 2014 devant le jury composé de :**

**Monsieur Benoît APOLLIS**, Maître de conférences,  
Directeur de l'IPAG à l'Université Paris-Ouest Nanterre La Défense ;  
**Monsieur Edouard COUTY**,  
Conseiller-Maître honoraire à la Cour des comptes,  
Directeur honoraire de l'hospitalisation et de l'offre de soins au  
Ministère de la santé, Enseignant en Chaire santé Sciences-Po Paris ;  
**Monsieur Jean GOURDOU**, Professeur  
à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour,  
Directeur du Centre de recherches Pau Droit public, **Rapporteur ;**  
**Monsieur Alfonso LOPEZ DE LA OSA ESCRIBANO**, *Profesor*  
*Contratado Doctor* à l'Université Complutense de Madrid, Professeur  
associé à l'Université de Pau et des pays de l'Adour, **Rapporteur ;**  
**Monsieur François VIALLA**, Professeur  
à l'Université de Pau et des Pays de l'Adour,  
Directeur du Centre d'études et de recherches Droit et Santé  
à l'Université de Montpellier 1, UMR 5815, **Directeur de recherches.**

*« La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur ».*

*Ma reconnaissance se porte d'une part vers l'institution hospitalière, au travers de l'Ecole des hautes études en santé publique, et des établissements de Dijon, de Blois, de Castres-Mazamet, et de la Réunion dont les communautés m'ont fait découvrir l'humanité hospitalière, le sens de l'accompagnement, et l'héritage qu'il nous est donné de porter.*

*Je pense à mon grand-père, président du conseil d'administration d'un Centre hospitalier régional et universitaire, et je remercie ma fille Sophie pour son soutien et sa lecture.*

*Ma gratitude se dirige vers la Faculté, et l'Ecole doctorale de Droit et de Science politique de Montpellier qui m'ont accueilli et permis, avec l'appui immédiat de Monsieur le Professeur François VIALLA, de renouer avec deux années de doctorat entamées à Dijon il y a 42 ans.*

*Je suis enfin personnellement reconnaissant à Monsieur le Professeur François VIALLA d'avoir, pendant près de quatre ans, avec bienveillance su favoriser ces retrouvailles et notamment de m'avoir permis d'approfondir la dimension éthique du droit de la santé dans un Centre d'études et de recherche droit et santé accueillant le droit public dans le droit privé, infusant par la recherche et l'enseignement, le droit savant dans le droit vivant.*

# PERMANENCES, MUTATIONS ET RENOUVEAU DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

*« Rien ne naît, ni ne périt,  
mais des choses déjà existantes se combinent,  
puis se séparent de nouveau. »<sup>1</sup>*

THESE présentée par

Monsieur Jean-Louis ROMANENS,

Ancien élève de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique,

Directeur honoraire de Groupe hospitalier.

---

<sup>1</sup> ANAXAGORE, 500 - 428 A. J.-C.

**Résumé :** Le corpus législatif initié le 21 juillet 2009 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a posé un nouveau paradigme juridique de service public hospitalier. Aussi avons-nous interrogé ce concept, ses servitudes, sa permanence mais aussi ses mutations et apparent renouveau. Le concept de service public hospitalier, sans doute le premier service public de notre histoire, est issu d'une lente maturation. Celle de la règle-précepte « Servir l'Autre », apparue canoniquement dès le Concile d'Orléans de 511. Depuis mille cinq cents ans, il a souvent muté mais a conservé ce contenu mental, sur lequel s'est greffée l'expérimentation hospitalière. Deux nouvelles mutations se sont développées dans la dernière décennie. Dans une rupture juridique formelle qui distingue mission de service public ouverte à tout acteur de santé, et garanties de service public d'égalité, permanence, mutabilité, le service public d'origine hospitalière s'est construit une euro-compatibilité. En retour, essentiellement porté par l'hôpital français et ses neuf millions d'hospitalisations par an, il a modelé le concept de service d'intérêt économique général de l'Union européenne. Par une autre mutation de sa gestion autonome, il a trouvé l'éthique d'une nouvelle synergie entre qualité médicale systémique, et management économique fondé sur l'activité. Cependant, pèsent sur son avenir d'autres impératifs. D'une part, les coopérations entre établissements nécessitent leur élévation au rang de missions de service public. Et une gestion des représentants des usagers et des différents personnels hospitaliers doit être intégrée au management. D'autre part, les lourds enjeux actuels de santé publique aggravant les déficits sociaux, paralysés par le corporatisme, exigent rapidement des prises en charge personnalisées en parcours de santé des affections chroniques, de la dépendance et des populations en fracture sanitaire. L'essor d'une mission de service public de santé de territoire, ouverte à tout acteur de santé, dont nous proposons la législation, permettrait de mieux contribuer à la coordination inter professionnelle et à la pertinence du système de santé. En prolongement, nous proposons des modalités législatives et organisationnelles de création d'entités spécifiques par les établissements de santé, dans des territoires d'exception convenus avec l'Agence régionale de santé. Il s'agirait de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé de médecine ambulatoire de prévention, éducation thérapeutique, soins organiques, de santé mentale, de suivi de rééducation-réadaptation et médico-social. Ces PHIS, centres de santé inclus dans des pôles de santé, permettraient aux établissements de rétablir des accessibilités populationnelles adaptées à chaque problématique territoriale, d'améliorer la relation ville-hôpital, et un enseignement-recherche valorisant la médecine générale. Dans sa société et pour le citoyen, le service public hospitalier se doit de rester l'expérience de l'avenir.

**Summary: Permanencies, mutations and revival of hospital public utilities:** The legislative corpus initiated on July, 21st, 2009, by the law reforming the hospital and relative to the patients, health and territories, put a new legal paradigm concerning the hospital public utilities. So we have questioned this concept, its constraints, its permanencies but also mutations and apparent revival. The concept of a public hospital service, may be the first public service created in our history, emerged from a slow maturation, based on that rule: "serve the other one", canonically appeared during the Orleans Council, 511. Since one thousand and five hundred years, it has often mutate but has kept this mental content, on which transplanted the hospital experiment. Two new mutations were developed during the last decade. In a formal legal break-off, distinguishing public services missions opened to any health actor, and the public utilities' guaranties of equality, continuity, mutability, the public utilities originating from hospital, leaving its organicity, built for itself a euro-compatibility. In return, mainly supported by the French hospital and its nine million hospitalizations a year, it shaped the concept of general economic interest service of the European Union. Through another mutation of its autonomous management, it has found the ethic of a new synergy between systemic medical quality and economic management grounded on activeness. However, it weighs on its future, other imperatives. On one hand, the cooperations between establishments require their elevation into a public utilities mission rank. And a management of the user's representatives and the various hospital staff must be integrated to the strategy. On the other hand, the heavy current stakes in public health, worsening the social deficits, paralyzed by the corporatism and sanitary powerlessness, would quickly require a personalized coverage in health routes of chronic diseases, and of populations in social dislocation. The rise of a territory health public utilities mission opened to any health actor whose legislation we propose, would contribute to the inter-professional coordination and the relevance of the health system. In continuation, we propose legislative and organizational modalities of creation of specific entities by the health establishments, in territories of exception agreed with the Regional Health Agency (Agence Régionale de Santé). It would be a matter of Inter professional hospital poles of health (PHIS) on ambulatory medicine of prevention, therapeutic education, organic care, mental care, reeducation and rehabilitation follow-up. Health centers included into health poles, they would allow restoring population accessibilities adapted to each territory, bettering the town-hospital relationship, and a research-teaching valuing the general medicine. In its society and for the citizen, the public hospital utilities have to stay the experiment of future.

---

## **Discipline : Droit de la santé**

---

**Mots-clés :** Droit de la santé, garanties et missions de service public hospitalier, hôpital, management, parcours de soins, prévention, soins, suivi, rééducation, réadaptation, médico-social, santé mentale, maladies chroniques, coordination, schéma régional, territorialisation, premier recours, coopération, histoire des hôpitaux.

**Keywords:** Health law, public guaranties and utilities missions, hospital history, public sector, France, management, care, health and territories routes, prevention, , personalized organic and mental care, follow-up, reeducation, rehabilitation, chronic diseases, dependency.

---

**Intitulé et adresse de l'U.F.R. ou du Laboratoire :** Dynamiques du Droit, Centre Européen d'Etudes et de Recherche Droit et Santé, 39 rue de l'Université, 34090 MONTPELLIER CEDEX 2.

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>7</b>
<i>Section 1 : Genèse du concept de service public hospitalier .....</i>	<i>8</i>
<i>Section 2 : Mutation, permanence, renouveau contemporain ?.....</i>	<i>37</i>
<b>PARTIE I – MUTATIONS, PERMANENCES DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER 51</b>	
<b>Titre 1. Le service public hospitalier en mutation permanente.....</b>	<b>53</b>
CHAPITRE 1 : LA REFORME JURIDIQUE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER .....	54
CHAPITRE 2 : LA TRAJECTOIRE DE MANAGEMENT DE L'HÔPITAL.....	95
<b>Titre 2. Le service public hospitalier dans la permanence de son être.....</b>	<b>176</b>
CHAPITRE 1 : LA PERMANENCE D'UN PARADIGME NATIONAL.....	176
CHAPITRE 2 : A LA RECHERCHE DE NOUVELLES PERTINENCES.....	206
<b>PARTIE II - POUR UN RENOUVEAU DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....</b>	<b>235</b>
<b>Titre 1. Les enjeux d'un renouveau du système de santé.....</b>	<b>237</b>
CHAPITRE 1 : LES ACTEURS ENTOURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....	240
CHAPITRE 2 : LE CONTEXTE ET LES STRATEGIES D'UN RENOUVEAU.....	279
<b>Titre 2. Instauration de deux novations de service public.....</b>	<b>287</b>
CHAPITRE 1 : VERS UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC DE SANTE DE TERRITOIRE.....	288
CHAPITRE 2 : VERS DES POLES HOSPITALIERS INTERPROFESSIONNELS DE SANTE.....	311
<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>344</b>
<b>INDEX ALPHABETIQUE.....</b>	<b>354</b>
<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>358</b>
<b>NOTE DOCUMENTAIRE ET JURISPRUDENCE .....</b>	<b>362</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>361</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>373</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>381</b>

# INTRODUCTION GENERALE

« *Ars longa, vita brevis, occasio praeceps,  
experimentum periculosum,  
judicium difficile* »<sup>2</sup>

Le corpus législatif initié le 21 juillet 2009 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a posé un nouveau paradigme juridique de service public hospitalier. Aussi avons-nous interrogé ce concept, ses servitudes, sa permanence mais aussi ses mutations et apparent renouveau.

A titre introductif, nous examinerons la **genèse du concept de service public hospitalier (S1)**, puis ses **mutations, permanence et renouveau contemporain (S2)**.

---

<sup>2</sup> HIPPOCRATE DE COS, (460-370 av. J.-C.), traduction proposée : « *La vie est courte, l'art est long, l'instant favorable est fugitif, l'expérience incertaine, et la décision difficile* », cité par Jean-Paul PLANTIVE, *Le latin en cent citations*, Le Polygraphe, 2012, p.20

## Section 1 Genèse du concept de service public hospitalier

La suppression,<sup>3</sup> la refondation, puis la prochaine réintroduction du service public hospitalier dans la loi se sont diversement vues annoncées<sup>4</sup> depuis le 21 juillet 2009 : « L'hôpital retrouvera son statut de service public »<sup>5</sup>, « Le terme service public hospitalier sera réintroduit dans la loi »<sup>6</sup>. Plus prudemment, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013<sup>7</sup>, a évoqué la perspective d'une « redéfinition » du service public hospitalier.

La mise en œuvre du bloc législatif HPST<sup>8</sup> a certes infligé une occultation au concept de service public hospitalier qui n'est en effet plus explicitement mentionné par la loi. Son caractère organique, c'est-à-dire en rapport avec l'organisation d'ensemble du système de santé, qui avait été consacré par la réforme hospitalière de 1970<sup>9</sup> a été gommé du Code de la Santé publique. Une part du service public hospitalier a été juridiquement déplacée vers l'ensemble des établissements de santé, par l'objectivation de missions de service public fonctionnellement -et non organiquement- accessibles à la plupart des acteurs de santé. Peut-être principalement pour le rendre acceptable par le libéralisme économique européen et partant, euro-compatible.

---

<sup>3</sup> MOQUET-ANGER, (M.-L.), « *Droit hospitalier* », LGDJ, 2010, p.51 : « Le XXI<sup>e</sup> siècle pourrait apparaître comme étant celui de la mise à mort du service public hospitalier ».

<sup>4</sup> ROMANENS (J.-L.) : - *Le service public de l'hôpital, mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé*, Revue Droit et Santé, numéro spécial 50 auteurs, Bordeaux, BNDS, Les Etudes hospitalières, 2013. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds),

- ROMANENS (J.-L.), *Service public hospitalier : genèse d'un concept*, Revue Droit et Santé, numéro 54, Bordeaux, BNDS, Les Etudes hospitalières, 2013. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)

<sup>5</sup> HOLLANDE, François, *Le changement c'est maintenant*, profession de foi adressée aux électeurs avant le premier tour de l'élection présidentielle du 22 avril 2012, p.3.

<sup>6</sup> TOURAINE (M), Ministre des Affaires sociales et de la santé, Inauguration du Salon de la santé et de l'autonomie 2012.

<sup>7</sup> Projet de Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, NOR : EFIX1235628L, Article 47 I. : I. - Dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier, les dispositions du VII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et du 3° de l'article L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale sont abrogées. »

<sup>8</sup> 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 Bachelot, ou loi HPST ; coordonnée par l'Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 ; modifiée par la Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 dite loi Fourcade.

<sup>9</sup> Loi n° 71-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (JO du 3 janvier 1971).



La notion de service public a-t-elle pour autant été effacée du paradigme hospitalier ? La vivacité des réactions de l'opinion lorsque ce facteur de cohésion sociale semble menacé, la sensibilité du professionnel hospitalier public à cette valeur montrent le contraire. Ils correspondent à l'attachement social manifesté au service de l'hôpital public par les citoyens<sup>10</sup> et par les patients<sup>11</sup>. A l'analyse de l'intensité et de la tonalité des controverses suscitées par ses récentes modifications par voie législative, le service public de l'hôpital apparaît avoir acquis une valeur sacralisée au cours de notre histoire, au point de participer de la métonymie usuelle « hôpital- hôpital public », et de la synecdoque<sup>12</sup> sociologique d'« hôpital public » pour « service public hospitalier ». Le public est très attentif au concept de service public et notamment dans son versant hospitalier, tant culturellement qu'en raison de l'incertitude socio-économique, de la crise des valeurs collectives, et du libéralisme médical privé.

En réalité, les établissements publics de santé assurent la très grande partie des quatorze missions de service public nouvellement énumérées par l'article L. 6112-1 du CSP<sup>13</sup>. Au

---

<sup>10</sup> CEVIPOF-CNRS (Centre de recherches politiques de Sciences Po), *Le baromètre confiance en politique*, 5 au 20 décembre 2012 : 82% de l'échantillon de 1509 personnes représentatives de la population française de plus de 18 ans se déclarent plutôt confiants ou très confiants dans les hôpitaux. A titre relatif, la police se situe à 66%, les grandes entreprises publiques à 46%, les grandes entreprises privées à 42%, les syndicats à 35%, les banques à 25%, les médias à 23%, et les partis politiques à 12%.

<sup>11</sup> Directeur d'hôpital de 1970 à 2007 pendant 37 ans dont 25 en tant que chef d'établissements publics de santé, j'ai pu constater au sein de quatre établissements successifs de taille et de régions différentes y compris en outre-mer, dans les résultats questionnaires adressés par les hospitalisés, des pourcentages de personnes « satisfaites ou très satisfaites » de leur séjour, se situant de manière constante autour de 80%. J'ai aussi pu constater la sensibilité de l'opinion et des médias au bon fonctionnement -ou aux incidents même non médicaux- caractérisant « l'hôpital » d'une ville et de sa région.

<sup>12</sup> LE ROBERT, tome 6, p.441 : « Figure de rhétorique qui consiste à prendre le plus pour le moins, la partie pour le tout...ou inversement ».

<sup>13</sup> 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 postuniversitaire ; 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 en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale. 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-médoco-judiciaires de sûreté.

surcroît, l'article L. 6112-3-1 CSP<sup>14</sup> continue de demander aux hôpitaux publics d'assurer, es-statut, l'ensemble des garanties de service public, noyau de persistance légale d'un service public hospitalier : l'égal accès de tout patient à des soins de qualité, une permanence de l'accueil et de la prise en charge ou une orientation adéquate, ainsi que des tarifs prévus au code de la sécurité sociale<sup>15</sup>. Autre élément fondamental de persistance du service public hospitalier, ce dernier a légalement conservé la spécificité de l'impératif de mutabilité et d'adaptabilité. Ainsi, selon les articles L. 6141-7-1 et L. 6131-2, seuls les hôpitaux publics peuvent être respectivement transformés, fusionnés ou placés en position de coopération, communauté hospitalière de territoire dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Egalité d'accès, accessibilité financière, universalité, permanence, mutabilité, adaptabilité : la notion de service public hospitalier, nonobstant la suppression de sa mention textuelle, conserve tous les éléments de fond d'une existence juridique. Pouvait-on juridiquement supprimer ce qu'une civilisation a forgé en quinze siècles ? Car la caractérisation moderne du service hospitalier paraît s'être dessinée à chaque époque.

Nous conviendrons d'utiliser indifféremment dans cette thèse, les deux locutions de service hospitalier et celle de service public hospitalier, même si ce dernier métalangage juridique,

---

<sup>14</sup> Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3. Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale. Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 du même code, sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>15</sup> L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1° L'égal accès à des soins de qualité. 2° 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 ; 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de ré hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge. Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.

effleuré à propos de ses administrateurs<sup>16</sup>, n'est apparu qu'à la charnière des XIXe et XXe siècles.

Le rétablissement formel de sa mention législative est annoncé dans le cadre d'une prochaine loi de politique de santé publique, qui révoquerait dès 2014 l'obsolescence de sa devancière de 2004<sup>17</sup>.

Loin des péripéties actuelles, plaçons-nous en perspective historique<sup>18</sup> : un service public apporté par l'hôpital dans sa permanence, ses mutations, ses renouveaux sont apparus dès le début du VIe S., dans le très haut Moyen-Age occidental, il y a un millénaire et demi<sup>19</sup>. Le temps va conférer au service hospitalier en France, un caractère juridique durablement et implicitement sacralisé, car « il n'existe pas d'hôpitaux avant la diffusion du christianisme<sup>20,21</sup> ».

« Service » fait fondamentalement écho à servir l'Autre. Originellement, servir à la fois le « pauvre », le faible, le prochain, la société (le public), des règles, la spiritualité individuelle. Le Maître doit servir en étant soumis et dévoué. Une déontologie est née. Ce service est organisé collectivement, ce qui représente un saut de civilisation au cours du VIe siècle, période pourtant fort difficile de notre histoire sociale. Le secours à autrui s'organise politiquement en obéissant à des convictions supérieures. Notons que cette démarche est, encore aujourd'hui, le fait de peu de sociétés dans le monde. « Public » signifie qui s'adresse

---

<sup>16</sup> Loi du 16 Vendémiaire an V (7 octobre 1796)

<sup>17</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (JORF n° 185 du 11 août). Ses objectifs quantifiés et ses plans stratégiques se limitaient à la période 2004-2008.

<sup>18</sup> ROMANENS (J.-L.), *Service public hospitalier, genèse d'un concept*, Revue Droit et santé, mai 2013, n° 53, p. 276 à 289, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds), et *Genèse du concept de service public hospitalier*, Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, n° 150, mars 2014, pp.41 à 55, [www2.biusante.parisdescartes.fr](http://www2.biusante.parisdescartes.fr).

<sup>19</sup> IMBERT (J.), *Histoire des hôpitaux en France*, sous la direction de Jean IMBERT (et auteur de la période de la Révolution à 1941) en collaboration avec Michel MOLLAT (pour la période médiévale), Jean-Pierre GUITTON (pour la monarchie absolue), Pierre RAYNAUD et Louis VEYRET (à partir de 1941), Privat, Toulouse, novembre 1982, 559 pages. Cet ouvrage collectif nous a fourni un nombre de données qu'il aurait été difficile d'isoler et d'énumérer ici. Par ailleurs, les différentes réalités régionales qu'il mentionne sont en précise concordance avec les éléments ponctuels analysés dans notre ouvrage : ARTIGAUT (René) et ROMANENS (Jean-Louis), *Mille ans d'hôpitaux à Castres*, Centre Hospitalier Général de Castres (TARN), juin 1991, 73 p., Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr).

<sup>20</sup> SOCIETE FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HOPITAUX (site), [www2.biusante.parisdescartes.fr](http://www2.biusante.parisdescartes.fr).

<sup>21</sup> GALLO (M.), *L'âme de la France*, Tome 1, Fayard, 2007, page 57 : « Car peu à peu, en deux siècles – des années 300 aux années 500 – la Gaule romaine s'est, comme l'Empire, mais plus que la plupart des autres provinces, christianisée ».

au peuple, qui est accessible, ouvert à tous. Le service public de l'hôpital prend ainsi très tôt son caractère de permanence, de continuité, d'universalité et d'égalité. « Hôpital » recouvre dans cette étude, une multitude d'appellations, de structures qui évoluent dans le temps et dans l'espace régional, qui varie lui-même. Le terme apparaît au XIIe siècle (*hôpital*) contraction de *hospitalis (domus)*, la maison où l'on reçoit des hôtes<sup>22</sup>, provenant du latin *hospes (hospita* au féminin) désignant l'hôte qui donne ou qui reçoit l'hospitalité, ou bien l'étranger voyageur<sup>23</sup>. Les institutions hospitalières changent, mutent en permanence, sans plan général tout au moins jusqu'à nos jours. Elles semblent obéir à la « main invisible » de l'offre de volonté locale et de la demande de service hospitalier. Cette adaptabilité aux besoins lui confère ce qui sera appelé plus tard mutabilité. Maison-Dieu, hôpital monastique, léproserie, hôpital, hôtel-Dieu, hôpital général, hôpital militaire, hospice, asile, lazaret, hôpital psychiatrique, sanatorium, hôpital local, centre hospitalier, ces dénominations se succéderont en changeant parfois légèrement de sens.

Le service hospitalier public, fondé conceptuellement sur la charité et la sollicitude, ne se départit toujours pas aujourd'hui d'une préoccupation sinon de gratuité d'usage<sup>24</sup>, tout au moins de primauté du soin sur le paiement.

Observons que le service hospitalier émerge lors de temps assez obscurs. Au VIe siècle, l'« armée »<sup>25</sup> est celle de son chef, la justice est celle du seigneur, les conflits particuliers du domaine privé. En revanche, le service de l'hôpital, précurseur d'un service collectif à autrui est porteur d'une idée messianique.

Dans nos développements, « Genèse » s'entendra « de la façon dont un objet d'étude est devenu ce qu'il est au moment considéré, c'est-à-dire la suite des formes successives qu'il a présentées, considérées dans leur rapport avec les circonstances où s'est produit ce développement<sup>26</sup> ». Tandis que la notion de « Concept » sera entendue comme l'écrit Jean

---

<sup>22</sup> LE ROBERT, 1976, tome 3, p. 520.

<sup>23</sup> GAFFIOT, 2009. *Voluntate hospitem, necessitate hostem* (Cicéron, Phil. 12) ; Ton hôte par inclination, ton ennemi par nécessité.

<sup>24</sup> La part de dépenses payées par les ménages se limite à 5,4% dans un hôpital, contre 15,4% en établissement privé de statut commercial, DREES *Comptes nationaux de la santé* 2007, sur les calculs du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

<sup>25</sup> Dictionnaire LE ROBERT : Le mot féodal d'« ost » ou « Host » apparaît vers 1050 remplacé par « armée » à partir du XIV au XVI e siècle.

<sup>26</sup> LALANDE, *Vocabulaire philosophique*, Genèse, cité dans Le Robert 1976, tome 3, p.254.

Favier en tant que « Idée générale et abstraite construite [ou découverte] par l'esprit soit à partir de l'expérience, soit à partir d'un contenu mental inné<sup>27</sup> ». « La découverte [elle-même] s'inscrit dans une dynamique aux longues racines. [...] Pour prendre place parmi les progrès qu'enregistre l'histoire, elle doit répondre à un besoin, et celui-ci ne saurait se définir que dans une conjoncture politique, économique et, on l'oublie trop souvent, intellectuelle ». [En outre, la découverte] « se fonde sur des moyens qui sont d'ordre financier mais parmi lesquels on ne saurait oublier l'expérience accumulée<sup>28</sup>, celle des générations, comme celle de l'individu qui cherche et qui trouve : une expérience faite d'autant d'échecs et de fausses routes que de certitudes vérifiées et de progrès irréversibles<sup>29</sup> ».

La genèse du concept de service public hospitalier s'articulerait ainsi autour de l'expérience humaine à partir des connaissances du moment mais en fonction de convictions spirituelles. Aussi, tenterons nous en cette introduction, d'examiner si et comment le service public hospitalier s'est forgé sur **l'expérience du possible** (§1), dans un **contenu mental** (§2).

## **§1 L'expérience du possible**

### A. L'empirisme premier du soin et du droit.

Du VI<sup>e</sup> siècle à la fin de l'Ancien Régime, soins et droit paraissent essentiellement obéir à des circonstances sociales subies.

#### I. Peut-on approcher les grandes lignes des soins pratiqués ?

Les maux de société forment alors un florilège difficile à imaginer aujourd'hui, sauf à se reporter à une majorité de régions de la planète. Pauvreté générale et mendicité, famines et malnutrition, insécurité des déplacements, attaques de routiers, jacqueries, guerres entre peuples, religieuses, seigneuriales, usure, climat, maladies endémiques (lèpre), épidémiques (peste) forment le cours de l'histoire sociale. Le XIII<sup>e</sup> siècle compte deux mille léproseries. La grande peste du milieu du XIV<sup>e</sup> siècle éteint la moitié de la population. La guerre « de cent

---

<sup>27</sup> Dictionnaire LE ROBERT, Paris, 1976, tome 1, page 870.

<sup>28</sup> A notre regret, nous ne traiterons pas de l'immense sujet de l'expérience proprement médicale, qui nécessiterait un développement particulier. Nous l'envisagerons sous l'angle général du soin, avec lequel elle se confond jusqu'au XVI<sup>e</sup> siècle au moins, pour trop s'en détacher aujourd'hui. Notons que le rôle du service public hospitalier a cependant toujours été primordial dans la recherche et l'enseignement médical : aujourd'hui encore, la quasi-totalité de l'enseignement de la médecine est réalisée à l'hôpital public.

<sup>29</sup> FAVIER (J.), *Les grandes découvertes, d'Alexandre à Magellan*, Fayard, Paris, 1991, pp.7 et 8.

ans » contre les Anglais, de 1337 aux victoires du milieu du XVe siècle, dévaste le pays et la population. Peut-être les XIIe et XIIIe siècles constituent-ils une période relativement moins difficile. Ils correspondent aussi à une multiplication des fondations hospitalières. Les personnes à secourir ne sont pas moins nombreuses et diverses. Malades, lépreux, pestiférés, blessés, vieillards, femmes en couches, enfants abandonnés, prostituées, « pauvres » mendiants et vagabonds (natifs ou non), militaires blessés, victimes civiles, captifs des « barbaresques », pèlerins, forment la part importante de la population. Sans compter bien sûr les patients ayant eu recours comme il était fréquent aux guérisseurs et rebouteux, ni les « simulateurs et larrons » que les frères portiers cherchent à confondre.

Les remèdes sont réduits. La tâche est immense. Faute de chercher à guérir, elle consiste néanmoins à favoriser la guérison en soignant et en prenant en sollicitude des besoins primaires : alimenter, mettre au chaud<sup>30</sup>, protéger du danger, donner une meilleure hygiène. Mais aussi en étant proche, en réconfortant et élevant l'âme. Le soin passe parfois par la pharmacopée végétale du « jardin des simples <sup>31</sup> » de l'hôpital ou par certaines « thériaques », préparations complexes et polyvalentes, plus élaborées et coûteuses.

Peut-on approcher jusqu'à ce XVIIe siècle la conception du soin médical, notamment hospitalier ? Il serait sans doute aventureux de tenter de définir une théorie globalisante du soin médical depuis la naissance des hôpitaux en France, encore moins de retracer les différentes sortes d'exercice et de généraliser les niveaux de pratique des médecins. En effet, la profession n'est pas réglementée, leur formation n'est pas encore unifiée et progressivement réglementée, et même différentes écoles s'opposent totalement, voire se combattent violemment.

Nous ne mentionnerions pas le rayonnement antique de l'histoire médicale égyptienne, ni la fondation de la médecine grecque par Hippocrate (~460, ~370 av J.C.), s'ils n'avaient permis à Galien<sup>32</sup>(129-216) d'élaborer un système explicatif global de la médecine<sup>33</sup> qui fut enseigné pendant tout le Moyen-Age et la Renaissance. Soit, dans l'occident chrétien, du début du Ve

---

<sup>30</sup> Les malades dorment nus, à plusieurs dans un même lit avec l'utilisation de la « chaleur animale », cependant peu prophylactique. Pasteur est encore loin.

<sup>31</sup> Jardin de plantes médicinales, de tradition antique restaurée par les hôpitaux monastiques.

<sup>32</sup> Les enseignements du grec Claude GALIEN (129 -211), un des fondateurs de la médecine et de la pharmacie, ont dominé ceux des différentes médecines chrétiennes, juives et arabes pendant tout le Moyen Age.

<sup>33</sup> BOUDON-MILLOT (V.), *passim*. *Galien de Pergame, un médecin grec à Rome*, Paris, Les Belles Lettres, 2012. Cet ouvrage nous a fourni la majeure part de notre approche de la médecine galénique.

siècle à la fin du XVI<sup>e</sup> siècle au moins, ainsi durant environ 1100 ans. Or son œuvre autobiographique très abondante nous permet de bien connaître son influence dans le monde connu. Et partant d'approcher ce qui a constitué dans le service hospitalier de France, un idéal médical plus ou moins bien appliqué.

Essayons ainsi d'ébaucher une représentation des soins au travers de la théorie médicale appuyant la transcendance spirituelle hospitalière, c'est-à-dire ce contenu mental dépassant l'ordre des réalités, supposant l'intervention d'un principe déterminé. Ce que Galien exprime<sup>34</sup>. Service public hospitalier et fondements de la médecine participent d'une même idée première. Cependant, la conception caritative n'existe encore pas au II<sup>e</sup> siècle.

Galien est formé à Pergame (Grèce d'Asie mineure) dans l'Asclépieion, « vaste ensemble cumulant les fonctions de lieu de culte et de grand centre hospitalier<sup>35</sup> » dont il sera le serviteur. Dans cette Merveille du monde parmi sept, et plus particulièrement dans son hôpital (*iatreion*), de nombreux et riches malades des gens oisifs et cultivés, se racontent dans une ambiance d'établissement thermal, leurs rêves de la nuit distillés en incubation par Télésphore fils d'Asclépios, et débattent de l'interprétation qui leur en a été délivrée. Si l'*iatreion* utilise pour la guérison un panthéisme syncrétique, il est évidemment très éloigné, dans tous ses autres aspects, du futur hôpital chrétien d'occident destiné au service des pauvres et des faibles et dans lequel la divinité n'aura pas de rôle thérapeutique opératif direct. Cependant, il sera le berceau de la révolution galénique fondée sur deux piliers, d'une part l'expérience (*empeiria*), d'autre part le raisonnement (*logos*). Le service public hospitalier se constituera aussi sur trois bases, l'expérience, le raisonnement et l'immanence. Galien va se détacher des écoles durement concurrentes entre elles depuis la fin de l'Antiquité. En effet, s'opposent notamment, l'école empirique s'appuyant uniquement sur l'expérience, l'école dogmatique ou logique qui ne part que de la raison, l'école méthodique issue d'une scission de la précédente prétendant que même l'état du malade et les circonstances ne sont pas utiles à être connues. On devine à quel point ces conceptions n'augmentaient pas les chances de rémission du patient. L'enseignement galénique va fournir une deuxième refondation de la médecine, notamment hospitalière. Et former dès le Ve siècle en occident, les bases médicales du soin aux malades jusqu'au cours du XVII<sup>e</sup> siècle. Certes,

---

<sup>34</sup> « Alors ce qui lui semblait d'abord peu de chose, je veux dire la recherche de l'utilité des parties, constituera pour lui [tout homme qui regarde les choses avec un sens libre], le principe d'une théologie parfaite, laquelle est une œuvre plus grande et beaucoup plus importante que toute la médecine », in BOUDOT-MILLON, Ibid.

<sup>35</sup> BOUDON-MILLOT, Ibid.

le pronostic en cas de fièvre va consister seulement à prévoir l'apparition de nouvelles crises et les fièvres sont ainsi prévues tierces, quarts etc...Mais le pronostic va s'appuyer sur une connaissance de l'anatomie par la dissection pratiquée sur des animaux organiquement proches de l'homme. De plus Galien met à l'honneur l'examen du pouls (sphygmologie) dont il répertorie une infinie variété. Il développe la physiologie en expliquant le fonctionnement du corps par une série de « facultés » de génération, de nutrition et d'accroissement. Ainsi que le rôle du « pneuma », sorte d'air qui peut être psychique dans le cerveau, vital dans le cœur et les artères, naturel dans le foie et les veines. Plus globalement, et dans la tradition hippocratique, le corps est pensé comme le résultat d'un mélange de quatre éléments primordiaux : air, feu, eau, terre. Ces éléments sont la source aussi des humeurs qui sont encore au nombre de quatre : sang, phlegme, bile jaune et bile noire dont l'équilibre va conditionner la santé. La substance du corps se caractérise de nouveau par quatre qualités : le chaud, le froid, le sec et l'humide. La crase, ou mélange, ou tempérament de ces humeurs et de leurs qualités, doit être atteint dans un équilibre propre à chaque corps humain. La thérapeutique va donc consister à rétablir des équilibres par des purges ou une modification de régime de vie au sens large : boissons, aliments, veille, sommeil, exercice, repos, frictions et bains<sup>36</sup> ». Dans la chirurgie, la saignée à certains endroits du corps suivant l'affection, occupe une place de choix afin de diminuer la pléthore d'humeurs. Mais Galien, médecin des gladiateurs, apporte une contribution essentielle au traitement des plaies, à la réduction des fractures, aux amputations, à l'extraction des pointes, à la rupture de la paroi abdominale, aux luxations fractures notamment du crâne, à éviter la gangrène, établir des attelles et bandages. Mais encore aux traitements de la cataracte, aux paracentèses, à l'ablation de la luvette ou de polypes.

Ses avancées en pharmacologie lui valent d'avoir donné à la pharmacologie moderne son nom de pharmacie galénique. Mais surtout d'avoir légué son savoir, amélioré par ses emprunts et voyages, sur les substances végétales, minérales et animales, et surtout sur leur bonne composition, association et dosage. Notamment dans des thériaques pouvant intégrer jusqu'à soixante-dix ingrédients. Cette pharmacopée reste d'efficacité grossière, voire dangereuse,

---

<sup>36</sup> BOUDON-MILLOT (V.), Ibid. p.264: « Si le raisonnement obéit ici à une logique assez implacable, dans les faits, le plus souvent, les malades ne se voyaient guère proposer qu'une adaptation de leur régime destinée à modifier et rétablir le bon tempérament, à l'aide notamment d'aliments ou de médicaments asséchants, humidifiants, refroidissants ou réchauffants. Voire dans le cas de pléthore, une saignée ou tout autre moyen évacuant pour éliminer les liquides corporels superflus ( sang, phlegme, bile jaune, bile noire), et enfin, dans les cas les plus graves, une chirurgie ».



dans certaines mains. En tout état de cause son coût la réserve à la clientèle fortunée. Elle est donc assez peu mise en pratique dans les hôpitaux sauf dans ses applications les plus banales et peu iatrogènes. Nous n'irons cependant pas jusqu'à attribuer à ses nombreuses prescriptions épistolaires liées à une notoriété dans tout le monde connu, la paternité de la télémédecine.

Son effort de rigueur, de synthèse et de système explicatif des maladies a été connu au travers d'une production littéraire médicale gigantesque en grec et latin, de sa traduction de son œuvre en arabe, en arménien et jusqu'en Chine. Rappelons-le, son influence sur notre système de soins et d'enseignement l'a placé pendant 1100 ans au centre de l'empirisme médical et hospitalier. D'autant que les hôpitaux de notre pays, et leur médecine, placés dans un conservatisme ecclésial, qui en revanche a maintenu leur existence et leur esprit, furent assez peu perméables à d'autres évolutions médicales comme celle induite, à partir de l'an mille, par le médecin perse Avicenne<sup>37</sup>. Cette compréhension de la philosophie et de la médecine de type galénique nous a permis d'approcher le canevas approximatif du possible de ce qui a été variablement proposé aux patients du service hospitalier français du Ve au XVIe siècle.

Du XIVE au XVIIe S., le service hospitalier se spécialise. Les hôpitaux pour malades sont progressivement distingués des hospices pour incurables et des refuges pour sans-abri. Les malades des hôpitaux commencent à être isolés, mieux préservés, bénéficient des enseignements de la médecine galénique<sup>38</sup>, d'initiatives prophylactiques et de vellétés de diagnostics. Notamment les lépreux, pestiférés, insensés, syphilitiques. Le service hospitalier utilise des barbiers, puis des chirurgiens, puis des médecins pour « faire recouvrer la santé ». Cette très relative médicalisation tient, ou est la conséquence, de l'exclusion des pauvres mendians des hôtels-Dieu vers une simple assistance réalisée dans les bureaux des pauvres. Puis d'un enfermement dans les « Hôpitaux généraux » où le travail contribue au salut : Louis XIV rend le 14 juin 1662 un Edit qui ordonne leur généralisation à des fins sociales. Elle se réalise progressivement, mais localement, le service hospitalier continuant souvent de pratiquer à la fois une médicalisation et une assistance, dans la grande tradition hospitalière. Au XVII e S., une sorte d'ordre moral issu de la Réforme catholique, et la création liée de nombreux Ordres, va amener un regain d'organisation voire de planification dans les soins. Cette novation prépare la réorganisation médicale du service hospitalier de la fin de l'Ancien

---

<sup>37</sup> SINOUE (G), *Avicenne ou la route d'Ispahan*, Editions Denoël, Paris 1989.

<sup>38</sup> Les enseignements du grec Claude GALIEN (129 -211), un des fondateurs de la médecine et de la pharmacie, ont dominé ceux des différentes médecines chrétiennes, juives et arabes pendant tout le Moyen Age.

Régime, influencée par la conception des hôpitaux militaires. Le service public hospitalier permettra au XIXe siècle, la naissance de la médecine anatomo-clinique qui placera alors la France en tête du progrès médical. Remplaçant la bi millénaire médecine des symptômes, la médecine des signes ou clinique au lit du malade facilitant l'enseignement, bénéficie enfin de la grande quantité et diversité des malades des hôpitaux. L'organisation de ceux-ci permet par l'organisation systématique des autopsies, de répertorier les lésions des organes<sup>39</sup>. La juxtaposition des résultats des deux approches systémiques intra vitam et post mortem permettra le progrès du diagnostic médical<sup>40</sup>. Au XXe siècle, la méthode expérimentale<sup>41</sup> appliquée dans l'hôpital permettra l'essai clinique, méthode de référence permettant d'affirmer des relations de cause à effet dans le domaine médical. A partir de ces faits objectifs, différentes méthodes actuelles, synthétisées en préconisation ou recommandations professionnelles, ont permis la mise en œuvre de pratiques médicales évaluées. En France, le courant d'épidémiologie clinique en résultant depuis 1990, est porté essentiellement par le service hospitalier et structuré par la Haute autorité de santé. Nous analyserons plus loin cette avancée majeure dans le management médico technique de l'hôpital.

## II. Quelles sont les interactions entre soin et droit ?

Caractéristique héritée de leur mode de création et de leur sacralité, les hôpitaux sont originellement autonomes. Antérieurs à la centralisation, ils préfigurent la décentralisation et ne la quitteront jamais<sup>42</sup>.

Selon la Société française d'histoire des hôpitaux<sup>43</sup>, il peut être considéré que le premier hôpital de France connu est celui de l'hospice que Césaire, évêque d'Arles de 503 jusqu'à sa mort en 543, créa près de sa demeure. Il ne subsiste de cette primeur, aucune trace physique ni charte de fondation connue. Aussi, l'hôpital fondé à Lyon vers 542-549, à l'initiative de son

---

<sup>39</sup> A Montpellier, vers 1530, RONDELET préconise et pratique les dissections. Elles ne sont pas encore systématiques et sont comparées aux seuls symptômes, souvent considérés comme maladies intrinsèques.

<sup>40</sup> SUBTIL (E.), *René Théophile Laennec*, Paris, L'Harmattan, 2004.

<sup>41</sup> Les principes de la méthode expérimentale sont diffusés par Claude BERNARD à partir de 1865.

<sup>42</sup> Sauf dans les quelques mois séparant la loi 11 juillet 1794 (22 messidor an II) et le décret du 24 octobre 1795 (2 brumaire An III), courte période pendant laquelle les trois cinquièmes (cf. IMBERT Jean, *Ibid.*, p.283) des biens des hôpitaux civils sont spoliés par la Convention et par là même d'une grande partie des revenus dont dépendaient largement les soins à une population affectée par des temps difficiles.

<sup>43</sup> SOCIETE FRANCAISE D'HISTOIRE DES HÔPITAUX, site électronique, [www.bium.univ-paris5.fr](http://www.bium.univ-paris5.fr).

évêque Sacerdos, passe pour être le premier en date des véritables établissements hospitaliers de notre pays, dotés d'institutions stables et d'une charte constitutive.

Les évêques, les conciles élaborent dès le Concile d'Orléans de 511 de premières règles-préceptes. Evoquons leur aspect normatif. En ce haut Moyen-Age (VI<sup>e</sup> siècle), le droit canon<sup>44</sup> constitue une source juridique puissante, essentielle et relativement formalisée parmi la variété des droits, coutumes, usages et pratiques en vigueur. Plus particulièrement, les ordonnances des conciles, les décrets pontificaux vont normaliser les règles hospitalières. Le Concile œcuménique du Latran de 1215 introduit un principe de normalisation écrite qui généralise la notion de statuts dans les grands hôpitaux et de règlements dans tous les établissements. Ces textes se subdivisent en parties normatives, ou de prescriptions au personnel religieux, ou portant sur les actes pratiques quotidiens. Les monastères mêlent à cela les règles de saint Augustin d'Hippone (début du Ve s.) source des règles de saint Benoît de Nursie (milieu du VI<sup>e</sup> s.), elles-mêmes codifiées par Saint benoît d'Aniane et lors des Conciles d'Aix la Chapelle, au début du IX<sup>e</sup> siècle. Dans leur patristique<sup>45</sup>, les ordres religieux hospitaliers spécialisés des XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> siècles, Hospitaliers de Saint Jean de Jérusalem, du Saint- Esprit<sup>46</sup>, des Trinitaires, du Saint Sépulcre, prolongeront la naissance de ce droit hospitalier. Le décret « *Quia contingit* » du Concile de Vienne en 1311 inscrit dans ce droit les diverses innovations conceptuelles des XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles : efficacité et compétence de gestion, rôle social et de soin des hôpitaux auprès de leur caractère religieux, rôle de tranquillité publique, tutelle communale.

Au XVI<sup>e</sup> siècle, se déclare la volonté royale de « mettre en bon ordre les hôtels-Dieu, hôpitaux, maladreries et autres lieux piétables ». Premier embryon de planification hospitalière, elle préfigure la future mutabilité publique du service hospitalier. La nouvelle fonction de « Grand Aumônier du Roi » est prolongée par des « juges ordinaires » et commissaires pour l'application de la première réforme hospitalière royale. Il s'agit de L'Edit de Fontainebleau du 15 décembre 1543, étendu par l'arrêt du Parlement de Paris du 15

---

<sup>44</sup> Canon : Loi ecclésiastique et spécialement règle, décret des conciles en matière de foi et de discipline. (Dictionnaire LE ROBERT, Paris, 1976, tome 1, page 623).

<sup>45</sup> Patristique : Etude, connaissance des ouvrages, de la biographie des Pères de l'Eglise (Dictionnaire LE ROBERT, Paris, 1676, tome 5, page 54).

<sup>46</sup> Ordre fondé par Gui de Montpellier en 1180, ainsi que le rappelle une plaque sur le site des vestiges de sa fondation vers 1185 de l'église et de l'Hôpital du Saint-Esprit qui se dressent à Montpellier, allée du Saint-Esprit, au bas du Corum.

décembre 1544 et par de nombreux autres édits dans les deux décennies suivantes. Il s'agit de la première ébauche de l'étatisme qui va infiltrer le service public hospitalier. « Soucieux de renforcer son influence face à l'Église forte de ses œuvres de bienfaisance, le pouvoir royal créa des établissements d'État parmi lesquels : l'hôpital des pauvres honteux (1576, Henri III), l'hôpital militaire pour invalides (1604, Henri IV), l'hôpital Saint-Louis à Paris (1619, Louis XIII), l'hôpital général de Paris qui centralisa les cinq établissements de la capitale (1656, Louis XIV)<sup>47</sup> ».

Par Edit du 14 juin 1662, « Louis XIV ordonna la création d'un hôpital général dans toutes les grandes villes de France, destiné originellement à enfermer les mendiants, mais en fait rapidement transformé en institution seulement vouée à l'accueil de tous les déshérités : vieillards indigents, orphelins et enfants abandonnés, infirmes et insensés ». Cette déclaration sépare deux services publics différents mais interpénétrés :

Malades, enfants, pestiférés, militaires, sont soignés en leur corps dans l'hôpital « hôtel-Dieu ». Des reconversions et créations d'établissements et de lits permettent l'ébauche de spécialisations s'accompagnant de médicalisation et d'hygiène. Par exemple en direction des incurables, « hydropiques<sup>48</sup> », femmes en couches, « passants », soldats malades, enfants abandonnés au « tour<sup>49</sup> » ou recueillis, aveugles<sup>50</sup>, « oblats » (anciens soldats).

D'autre part, les pauvres mendiants et vagabonds, qui ont perdu de leur symbolique et font maintenant peur à la société sont soignés socialement si l'on peut dire et de manière sécuritaire, spirituelle, économique. En tout cas, plus ou moins enfermés mais assez peu dans les petites villes<sup>51</sup>, dans des asiles hospitaliers ou dans les nouveaux « hôpitaux généraux ». L'« hôpital général » constitue-t-il un hôpital dans le sens moderne de porteur d'un service

---

<sup>47</sup> SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HÔPITAUX, Ibid.

<sup>48</sup> Hydropisie, accumulation de sérosité dans une partie du corps. Les hydropiques étaient accueillis en Hôpital des Enflés.

<sup>49</sup> Certains hôpitaux ménageaient des tours, sorte de tourniquets permettant d'abandonner des enfants depuis la rue.

<sup>50</sup> En « aveugleries »

<sup>51</sup> ARTIGAUT (R.) et ROMANENS (J.-L.), *Mille ans d'hôpitaux à Castres*, Centre Hospitalier Général de Castres (Tarn), juin 1991, 73 p., Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr), page 30.

public hospitalier ? Il en a en toujours été distingué<sup>52</sup> et porte une autre et nouvelle notion de service public national d'assistance (et non hospitalier stricto sensu) qui sera consacré par la Déclaration d'Etat du 18 juillet 1724, avec celle d'un embryon de prix de journée partiellement pris en charge par l'Etat. S'adressant aux mendiants internés ou à domicile ou recevant des secours, « filles », enfants délaissés, malades mentaux, soldats invalides, ce service poursuit un objectif essentiellement de rédemption sociale, et un enseignement de base y est dispensé. Cependant et on s'en doute, ce système - que nous qualifierions aujourd'hui de technocratique - fonctionna mal. Et l'assistance locale hospitalière englobant les deux aspects continuera de primer hors des grandes villes, sans notion d'enfermement.

Viennent ainsi de se dédoubler dans le service public, le service de l'individu, de l'Etat, de l'ordre public et l'assistance locale aux plus faibles ou marginaux.

#### B. L'adaptabilité moderne.

En décembre 1791, le Comité des secours publics de la Législative, recensait, selon son Président, Jacques Tenon, environ 2326 « hôtels-Dieu, hôpitaux, hospices, et autres établissements de charité ». Pour un pays de 33 millions d'habitants en 1801<sup>53</sup>. Après plus d'un millénaire d'expérience de service public, l'œuvre hospitalière, plus que millénaire accomplie *sui generis*, mettait trois catégories d'établissements au service de la population<sup>54</sup> :

Pour environ quarante mille assistés dans 1398 établissements, l'« hôpital », qui est plutôt rural et de petite taille, avec un quart du nombre de lits, soigne davantage la « pauvreté » que la maladie. Les invalides, incurables, vieillards, enfants (jusqu'à sept ans) abandonnés qu'on instruit<sup>55</sup>, pauvres qu'on secourt par des dons, déterminent sa mission.

---

<sup>52</sup> IMBERT (J.), (dir.), *Histoire des hôpitaux*, Privat 1982, Toulouse, p. 163 rappelle que Louis XIV indiquait ne pas souhaiter « affaiblir ou diminuer les Hôtels-Dieu que j'ai destiné aux malades qui sont les plus pauvres et les plus misérables, mais, au contraire, de soutenir et de fortifier ces deux sortes d'hôpitaux » (Lettre-circulaire de 1676 consacrée aux hôpitaux généraux).

<sup>53</sup> Premier recensement scientifique de notre pays, [www.insee.fr/fr/ppp](http://www.insee.fr/fr/ppp), *Le recensement de la population dans l'histoire*. Rappelons de nouveau que chaque lit est destiné à plusieurs « enfermés » ou hébergés ou blessés ou malades.

<sup>54</sup> JOERGER (Muriel), *La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime*, Annales E.S.C., 1977, pp.1025-1051.

<sup>55</sup> Ainsi l'« Ecole Mage » dans l'ex « Hôpital Mage » de Montpellier, à l'angle de la rue de l'Université (ex- rue Blanquerie) et de la rue de l'Ecole Mage, entrées actuelles de la Faculté de Droit et de Sciences politiques de Montpellier.

A côté, le service de vingt- cinq mille malades environ, dans 387 établissements, l'« hôtel-Dieu », plutôt urbain et de grande taille, avec un cinquième du nombre de lits. Un tiers de ceux-ci à vocation médicale ou plutôt physiologique, apporte aide matérielle, morale, spirituelle. Cet hôtel-Dieu continue de porter le concept de service public hospitalier.

Enfin, l' « hôpital général », plutôt régional, accueille, dans 177 établissements, les rejetés de l'hôtel-Dieu et de la société. S'y côtoient aliénés, épileptiques, marginaux, vénériens, paralysés, miséreux en chômage ou malades, enfants délinquants et de plus de sept ans. C'est un « hôpital » tenant surtout de l'hospice et du bureau des pauvres.

L'hôpital hôtel-Dieu soulage aussi la misère, dans des conditions et un contexte de soins aujourd'hui peu imaginables. Il est aussi et déjà un service public organique et global, se dépensant avec des moyens réduits à l'assistance tant des individus que de la société et à la lutte contre les maladies avec des connaissances empiriques. En cette fin d'Ancien Régime, il commence à soigner de manière plus systémique, tout au moins dans notre acception moderne. Sous l'influence du développement des hôpitaux militaires émerge une idée de sécularisation<sup>56</sup>, ancêtre de laïcité et de neutralité, mais aussi des « topographies médicales » des régions sont élaborées, des recherches hygiénistes en architecture sont menées. Le barbier devient chirurgien sous hiérarchie des médecins. L'apothicaire s'installe. La mise au chaud et la suralimentation des patients soignent à la fois la misère et la maladie. C'est considérable dans le contexte sanitaire et social. De tous temps, le service public de l'hôpital a pratiqué le pragmatisme du possible.

La Révolution va ébranler le service hospitalier par la courte nationalisation prononcée par la loi du 23 messidor An II évoquée supra. Son personnel religieux est persécuté. Dans un contexte de déroute institutionnelle et économique rendant son rôle essentiel pour les plus faibles, le service hospitalier confirme une permanence sociétale qui est sans doute la plus ancienne à ne s'être jamais éteinte depuis la naissance de la France<sup>57</sup>. La future neutralité du service public hospitalier se dégage au travers d'une laïcisation brutale des personnels hospitaliers. « Le décret du 28 octobre 1789 supprima les vœux en religion, ce qui eut pour

---

<sup>56</sup> Ordonnance de Colbert de 1689 sur les armées navales et arsenaux de la marine, livre XXème, hôpitaux et séminaires des armées navales : les officiers de marine ne pourront « se mêler en quelque manière que ce soit du spirituel de l'hôpital, n'y pareillement les missionnaires du temporel ».

<sup>57</sup> Si on place cette naissance lors du baptême de Clovis, daté à partir du 25 décembre 496.

Aujourd'hui encore, le service hospitalier tend à être une des seules permanences d'accueil et de prise en charge opérationnelle 24/7/365 dans notre société.

effet de tarir le recrutement des hospitaliers. La loi du 5 novembre 1790 supprima les ordres religieux, avec cependant une réserve en faveur des sœurs hospitalières. Les religieux des ordres masculins furent remplacés par des laïcs. Le décret du 18 août 1792 voulut donner un coup de grâce aux corporations religieuses en les déclarant éteintes « même celles uniquement vouées au service des hôpitaux et au soulagement des malades »<sup>58</sup>.

Le Directoire va poser de nouvelles règles d'organisation qui seront prolongées jusqu'en 1941 et formeront le droit commun de l'hospitalisation. Ainsi, la loi du 16 vendémiaire An V (7 octobre 1796) « municipalise » les hôpitaux et abroge ainsi le principe révolutionnaire de l'assistance nationale, resté sans effet. Tous les « hospices civils » d'un arrondissement sont dirigés par une commission d'arrondissement constituée de cinq notables, qui surveille leur budget unique (Arrêté du Directoire du 23 brumaire an V). Ces administrateurs avant la lettre sont considérés comme « chargés d'un service ou d'un mandat public » ce qui annonce la notion juridique de service public hospitalier. Le maire de la commune est qualifié de « président-né » par circulaires de l'An VIII et de l'An IX du ministère de l'intérieur. L'apparition de l'organicité<sup>59</sup> du service public hospitalier se traduit ainsi dans la législation. Rattachés à la commune sous la Révolution, les hôpitaux et hospices voient leur autonomie reconnue par la loi du 7 août 1851. Juridiquement indépendants des communes, ils disposent de la personnalité morale, donc d'un patrimoine et d'un budget propre. Les malades sans ressources purent être hospitalisés dans n'importe quel établissement : les communes d'origine ou les conseils généraux devaient payer un prix de journée.

L'Etat cherchera à nommer certains administrateurs. Il y parviendra par la loi du 5 août 1879. Depuis lors, l'Etat tente d'influer sur les hôpitaux par la désignation de ses responsables principaux. Aujourd'hui, en nommant les directeurs. De plus en plus, l'Etat développe un contrôle de tutelle administrative indirecte, à défaut de politique économique globale et de financement direct. Les quelques contributions marginales qu'il fournit au service public hospitalier sont loin de compenser les charges politiques et administratives qu'il lui impose. C'est encore vrai aujourd'hui. Le contrôle sans financement forme la stratégie quasi constante de l'Etat. Il ne cherche pas non plus à organiser le système hospitalier, et cela durera jusqu'en

---

<sup>58</sup> SOCIETE FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HOPITAUX, Ibid.

<sup>59</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur, page 22 : « Traditionnellement, la notion de service public renvoie aux missions d'intérêt général (critère matériel), poursuivies à titre principal par des établissements publics (critère organique), régies par un régime exorbitant de droit commun (critère fonctionnel), [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

1945. En revanche l'Etat tente longuement et parvient, de la loi conventionnelle du 24 vendémiaire an V à la loi du 7 août 1851 et jusqu'à celle du 15 juillet 1893, à faire porter aux collectivités locales la charge des déshérités malades en hôpital ou vieillards, infirmes ou incurables en hospices.

Un hésitant système de domicile dit de secours est alors créé, ancêtre de la carte hospitalière. Ainsi qu'un embryon de prix de journée qui se développera jusqu'à l'instauration du « budget global » dans les hôpitaux publics en 1982. Certains patients sortent de la condition d'assistés. Ce sont les accidentés du travail par les lois du 9 avril 1898 et du 31 mars 1905. Etendue progressivement aux bénéficiaires de sociétés de secours mutuel, la clientèle hospitalière s'élargit en outre aux assurés sociaux par la loi du 5 avril 1928. Fruit de l'évolution économique, des progrès scientifiques médicaux et du début de concurrence des cliniques privées, s'entame une modernisation *sui generis* des installations du service public hospitalier. Et par là même, une évolution de son regard sur les patients. De même, le regard des patients sur les hôpitaux évolue et par là même celui de la société et des institutions. Le Conseil d'Etat estime en 1935 qu'une faute simple d'organisation et de fonctionnement du service public hospitalier suffit à engager sa responsabilité<sup>60</sup>.

Mais il faudra attendre la loi du 21 décembre 1941 portant réforme hospitalière, son décret portant règlement d'administration publique du 17 avril 1943 et leur traduction réglementaire à partir de 1945, pour voir confirmé légalement le principe de l'accès aux soins de tous les citoyens par l'universalité d'accès au service public hospitalier. L'hôpital est régularisé dans son statut d'établissement public autonome doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Son rattachement, dans la plupart des cas communal, s'exprime par sa commission administrative et les pouvoirs d'ordonnancement et de nomination du maire. L'Etat confirme sa « tutelle » actionnée par le préfet et apparaît en 1921 un Ministère de la santé qui se borne à un début de plan général d'organisation. La mutabilité ou adaptabilité du service hospitalier va continuer à reposer sur les ressources des collectivités locales, des legs et des taxes spécifiques plus rares.

---

<sup>60</sup> CE Sect. 8 nov. 1935, *Dame Vion, Dame Philipponeau*, Rec. 1019 et 1020. Puis la faute médicale simple suffira pour engager la responsabilité de l'hôpital (CE Ass. 10 avril 1992, *Epoux V.*, Rec.171). Puis sera admise la responsabilité sans faute sur le fondement du risque (CE Ass. 9 avril 1993, *Bianchi*, Rec.126), contrebalancée par l'article 1142-1 CSP prescrivant la nécessité d'une faute et ce pour tout acteur de santé. Cf. *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, Ouvrage collectif : LONG (M.), WEIL (P.), BRAIBANT (G.), DELVOLVE (P.), GENEVOIS (B.), Paris, Dalloz, 18<sup>e</sup> édition, 2011, p.674.



Aussi le développement des lois d'assistance et la création des assurances sociales en 1945 trouveront un système hospitalier encore inadapté à cette nouvelle donne, qui métamorphose la demande, la solvabilité et la nature de l'exigence du public. « L'on soignait mal et l'on guérissait peu dans l'hôpital des débuts de la IIIe République. Les seuls médecins présents étaient le plus souvent encore étudiants et le mot « infirmière » désignait un personnel sans formation. [En revanche,] c'est dans les hôpitaux que les Français, sous la Ve République, sont le plus sérieusement pris en charge lorsque les frappent la maladie ou l'accident ; les meilleurs praticiens y exercent et le personnel paramédical est particulièrement qualifié. »<sup>61</sup>

L'expérience du possible, accompagnée par de nombreuses mutations juridiques, va se traduire en trois siècles par un financement de plus en plus socialisé et lié à l'activité, ainsi attaché à un service public apporté à la société.

Mettant fin à une introduction erratique, partielle et progressive depuis l'Ancien Régime, de différents prix de journée, la législation de 1941-1943<sup>62</sup> va systématiser, unifier et normaliser leurs calcul et utilisation. Jugée inflationniste, cette tarification journalière sera transformée par la loi du 19 janvier 1983<sup>63</sup> en un budget global annuel, versé chaque mois par douzième. Puis la loi du 18 décembre 2003<sup>64</sup> remplacera le budget global par une tarification à l'activité médicale dans le cadre d'une enveloppe financière fermée pour éviter les effets inflationnistes de la multiplication des actes<sup>65</sup>. L'application de la tarification à l'activité médicale<sup>66</sup> (T2A) et son extension à l'établissement public de santé prend sa source doctrinale dans le concept néo-libéral de « modernisation de l'Etat » et de révision générale des politiques publiques (RGPP).

Fait singulier, une production de secteur public et donc de service public n'est plus essentiellement portée par une allocation quasi forfaitaire de ressources publiques mais conditionnée par sa performance concurrentielle, engendrant des ressources permettant et

---

<sup>61</sup> CHEVANDIER (C.), *Les hôpitaux dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, 2009, sommaire.

<sup>62</sup> Loi du 21 décembre 1941 portant réforme hospitalière et décret portant règlement d'administration publique du 17 avril 1943.

<sup>63</sup> Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la sécurité sociale). Loi dite Bérégovoy. JORF 20/1/1983.

<sup>64</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 (dite loi T2A), NOR : SANX0300139L, JORF du 19.

<sup>65</sup> SOCIETE FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HOPITAUX, *ibid.*

<sup>66</sup> Cependant, les ressources hospitalières ne proviennent pas entièrement de la tarification à l'activité médicale.

encadrant son activité<sup>67</sup>. Par la T2A, le service public hospitalier a déplacé une légitimité extrinsèque conférée par la loi, à une légitimité intrinsèque générée par la confiance de ses patients<sup>68</sup>.

L'équilibre contemporain du service public hospitalier est maintenant établi entre d'une part son socle institutionnel local et étatique, et d'autre part son ancrage économique et social. Il va continuer de garantir sa singulière autonomie. Ses caractéristiques vont se développer dans une confluence économique, scientifique, juridique portée par le contenu mental exceptionnel généré par son histoire.

## **§2 Un contenu mental**

Le service public hospitalier s'est formé dans une expérimentation du possible exceptionnellement longue. Peut-être, avons-nous avancé, constitue-t-il dans notre pays et en Europe, la plus ancienne de toutes les pratiques sociales d'intérêt général coordonnées par une autorité publique commune. Mais pourquoi et pour quoi ?

Il paraît avoir été porté par un contenu mental dépassant l'ordre des réalités, supposant l'intervention d'un principe déterminé et lui fournissant une **origine transcendante**<sup>69</sup>(A). Son chemin mental semble avoir conféré à sa nature un **contenu immanent**. (B)

### A. Une origine transcendante

Suivant Jean Imbert<sup>70</sup>, le terme d'hôpital désigne au départ [VIe S.] une maison destinée à recevoir tous les malheureux touchés par l'âge (enfants abandonnés, vieillards pauvres), par la maladie et par les infirmités ; cette hospitalité, étendue aux voyageurs et aux pèlerins, est alors essentiellement issue de la charité chrétienne qui évoluera en assistance et bienfaisance.

---

<sup>67</sup> La T2A s'inscrit dans une Evaluation (mensuelle et annuelle) Prévisionnelle des Recettes permettant des Dépenses équivalentes (EPRD). Cf. article L. 6145-1 et suivants CSP codifiant l'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

<sup>68</sup> Une légitimité intrinsèque est apportée par la loi. Elle garantit des ressources forfaitaires variant peu (budget global par exemple), destinées à une production indéterminée *a priori* et sans lien direct avec la ressource. A l'inverse, dans l'esprit de la réforme de modernisation de l'Etat, ainsi appliquée par le service public hospitalier, une légitimité extrinsèque provenant de l'efficacité et de la confiance des patients se mesure (T2A) par une production dont le niveau conditionne les ressources du service public.

<sup>69</sup> Dictionnaire LE ROBERT, Paris, 1976, tome 3, page 605 : transcendance « se dit de ce qui est contenu dans la nature d'un être » ; et tome 6, page 626, immanence : « qui s'élève au-dessus d'un niveau donné ».

<sup>70</sup>IMBERT (J.), *Ibid.*, p. 8.

## 1. Le devoir de charité

Dès 511, lors de la fin du règne de Clovis, le concile d'Orléans confirmait aux évêques la prescription pontificale de réserver le quart des revenus de leur église à l'hospitalisation des pauvres, des faibles et des voyageurs.

Après avoir évoqué tout à l'heure l'aspect juridique des prescriptions conciliaires et pontificales, analysons maintenant leur contenu spirituel. Fondamentalement, droit canonique et règlements hospitaliers trouvent leur essence dans les citations du Christ, relatées par les Evangiles. Ainsi, dans celui de saint Jean (6,37) : « Si quelqu'un vient vers moi, je ne le renverrai pas ». Ou de saint Matthieu (25,35) : « J'étais un hôte et vous m'avez reçu ».

Ou de saint Luc, évangéliste, homme de science, vraisemblablement un médecin<sup>71</sup> : « Un homme descendait de Jérusalem à Jéricho. Il tomba entre les mains de brigands qui le dépouillèrent, le battirent et s'en allèrent en le laissant à demi-mort... Mais un Samaritain en voyage vint à passer près de cet homme, il le vit et fut touché de compassion. S'étant approché, il versa de l'huile et du vin sur ses plaies et les banda. Puis il le mit sur sa propre monture et l'emmena dans une auberge où il prit soin de lui. Le lendemain, il sortit deux deniers et les donna à l'aubergiste en lui disant : « Prends soin de cet homme, et tout ce que tu dépenseras de plus, je te le rendrai à mon retour ».<sup>72 73</sup>

Continuité, mutabilité, égalité, neutralité, gratuité, accessibilité du service public de l'hôpital sont déjà contenues dans cette spiritualité. Le message évangélique va se prescrire durablement à la conscience collective et à l'éthique hospitalière par la voix de quelques personnages ecclésiastiques. En tête des influences, se place la Règle d'Augustin d'Hippone (Saint-Augustin, 354-430), dont le préambule cite Matthieu (22, 35-40) : « Avant tout, frères très chers, aimons Dieu, aimons le prochain ». La Règle pose en principe fondamental

---

<sup>71</sup> DANIEL-ROPS de l'Académie française, *Jésus en son temps*, Copyright F. Brouty, J. Fayard et Cie, 1945, Bruxelles, Club international du livre, p. 57 : « Artiste, saint Luc était aussi un homme de science. Un médecin, nous assure une tradition qui remonte à Saint-Paul lui-même. Des thèses ont prouvé que sa langue témoigne d'une érudition médicale solide, fondée sur Hippocrate, Dioscoride et d'autres. »

<sup>72</sup> DOLTO (F.), *L'évangile au risque de la psychanalyse*, Jean-Pierre Delarge éditeur, Paris, 1977, p. 153, qui cite et commente la parabole du Bon Samaritain retracée dans l'Evangile selon Saint Luc, chapitre X. Versets 25 à 37 ;

<sup>73</sup> VIALLA (F.), RDS 57, p.939, *Protection de l'intégrité corporelle des enfants*, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr). Et : RDS 52, mars 2013, p.141, *Privé de vie privée : « Vol retour » au-dessus d'un nid de coucou ?*, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

l'amour du prochain (*dilectio proximité*). La charité (du latin *carus*<sup>74</sup>) va donner un sens irréversible aux règles, coutumes, éthique, statuts hospitaliers jusqu'à nos jours. « L'origine même de la prise en charge, tant sanitaire que médico-sociale, est ancrée dans la charité et la relation de soins, au sens large *-care* et *cure-* ; elle n'est donc pas dénuée d'une certaine enveloppe mystique »<sup>75</sup>. La Règle de Saint-Benoît de Nursie (env.485-547), nous l'avons évoqué, reprendra les préceptes de Saint-Augustin ; notamment le concept de servir : « Le maître doit servir plus que présider » (*prodesse magis quam praesse*). Cette notion centrale vient d'être de nouveau exprimée par l'autorité suprême de l'Eglise<sup>76</sup>. Le lieu de soins s'appellera par extension service hospitalier. Sans doute, la locution de service public hospitalier lui doit-elle quelque chose. Repris et codifié plus tard par Saint-Benoît d'Aniane (750-821), l'idéal du « servir » fait de bonté et d'amour évangélique, d'hospitalité en direction des humbles, va se diffuser au fil des siècles dans tous les ordres religieux hospitaliers. Par figuration significative, le frère portier des hôpitaux des abbayes bénédictines doit voir dans le pauvre qui se présente, l'image du Christ<sup>77</sup>. Servir le pauvre ainsi que des règles ecclésiales va conduire à une évolution et à une extension lors des XIIe et XIIIe siècles : celle de servir tant le prochain, que sa spiritualité personnelle, et aussi la société. Louis IX (Saint-Louis) conçoit son pouvoir comme la forme suprême du service au prochain. « La charité hospitalière fut une des formes concrètes de la spiritualité, laïque autant que cléricale à partir du XIe siècle »<sup>78</sup>. Dons, donations, aumônes, ressources de l'Eglise locale, indulgences, legs, se multiplient. Le territoire se couvre de plus de deux mille léproseries. L'éveil collectif de la spiritualité conduit à la multiplication des fondations ecclésiastiques ou laïques canoniales. Elles complètent et renouvellent les initiatives épiscopales puis monastiques, notamment bénédictines précédemment évoquées. La bienfaisance se déplace vers les centres urbains, portée par une floraison d'ordres hospitaliers spécialisés. L'Ordre des Hospitaliers de Saint-Jean de Jérusalem, l'Ordre du Saint-Esprit, l'Ordre du Saint-Sépulcre, l'Ordre des Trinitaires, précités, l'Ordre des Frères Prêcheurs comptent parmi les plus influents. Ils s'inspirent pour la

---

<sup>74</sup> Charité, Xe s ; du latin ecclésiastique *Caritas*, de *carus*, cher : 1° amour de Dieu et du prochain en vue de dieu ; 2° amour du prochain, Dictionnaire LE ROBERT, Paris, 1976, tome 1, p.718.

<sup>75</sup> VIALLA (F.), *Le libre exercice du culte dans les établissements médico-sociaux*, In : *La religion dans les établissements de santé*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2013, p. 177.

<sup>76</sup> Le Pape François le 19 mars 2013 : « N'oublions pas que le vrai pouvoir est le service ».

<sup>77</sup> ARTIGAUT(R.) et ROMANENS (J.-L.), *Ibid*.

<sup>78</sup> IMBERT (J.), *Ibid*, p. 36.

plupart de la spiritualité augustinienne. Ces valeurs unifient partiellement les règles de vie des moines, la conception de l'hospitalité, la nature de la considération due aux malades, à leur accueil et à leurs soins. Ces règles constituent l'embryon du droit hospitalier et des projets d'établissement qui aujourd'hui structurent l'action de tous les hôpitaux publics.

## 2. De l'assistance à la bienfaisance

Vers la fin du Moyen-Age, commence à s'affirmer le caractère social du soin au malade auprès de son caractère religieux et son rôle dans l'amélioration de l'ordre public. A partir du XVIe S., le pauvre perd une part de son caractère transcendantal. Il devient bénéficiaire d'une assistance sociale. Elle consiste en des secours du bureau des pauvres, éventuellement à domicile ; ou bien en un internement asilaire difficile à mettre en œuvre. Ces missions de relatif enfermement se distinguent du soin hospitalier des hôpitaux-Dieu, même si une ambivalence existe hors des grandes villes où se situent les Hôpitaux généraux. L'Edit du 14 juin 1662 contribue à couvrir le royaume de ces « hôpitaux généraux » spécifiques, pour y loger, plus ou moins enfermer et nourrir les pauvres mendiants. On les formera à la piété et aux métiers dont ils sont capables. Ces établissements particuliers mêlent charité, assistance, police et valeurs sociales<sup>79</sup>. A partir du règne personnel de Louis XIV, et du poids pris par Colbert, très favorable -sa correspondance l'atteste- à cette forme d'assistance par le travail, le réseau d'hôpitaux généraux s'affirme<sup>80</sup>. Plus tard, la déclaration d'Etat du 17 juillet 1724 fera

---

<sup>79</sup> DOMAT JEAN (1625-1696) : (sic) « Il s'ensuit de ces principes que ceux qui se trouvent dans le besoin de choses absolument nécessaires pour la vie, & qui sont hors d'état de les avoir pour leur travail ; on un titre & un droit naturel qui leur affecte la part nécessaire pour leur besoin sur les biens que Dieu a donnez aux autres. & comme il ne leur est pas permis de prendre cette part, si elle ne leur est pas donnée, c'est une loy indispensable à ceux qui peuvent de secourir les pauvres, de leur donner cette part, qui est entre leurs mains, & de s'acquitter de ce devoir. » Et « Comme les hôpitaux sont établis, pour pourvoir aux nécessités des pauvres & que ces nécessités sont de plusieurs sortes, on a aussi plusieurs sortes d'hôpitaux. Quelques-uns sont pour les malades dont on peut guérir(G.NOSOCOMIA), & ceux-là ne sont pour chaque pauvre que pour quelques temps, d'autres sont pour les maux qui sont incurables, il y en a pour les enfans exposez, pour les orphelins (H. ORPHANATTOPIA), et pour d'autres sortes d'enfans jusqu'à un certain âge ; pour des filles, pour des veuves, pour des vieillards (J. GERONTOCOMIA), pour les passans (XENODOCHIA),... » ([1]). Et aussi : « La police temporelle a aussi son utilité dans les établissements d'hôpitaux, en ce qu'on tire ceux qu'on y reçoit de la nécessité de vaguer mendiants leur pain, & de la fainéantise qui multiplie les larcins, les vols et les meurtres. Et les hôpitaux, sur tout ceux qu'on appelle hôpitaux généraux, ont encore cette utilité pour la religion & la police, que les aumônes sont plus utilement employées, que les pauvres sont mieux secourus, qu'ils ne sauraient l'être dans les autres lieux où leur pauvreté pourroit leur permettre de se retirer ; & qu'ainsi cessant de vaguer, ils sont beaucoup moins à charge au public », *Les Loix civiles dans leur ordre naturel, Le Droit Public, et legum delectus*, (1697) nouvelle éd. Par HERICOURT et de BOUCHEVRET, &c. GANEAU, M.DCC.XLV, Titre XVIII Des Hôpitaux, p.501-51.

de l'assistance un service public d'Etat. Mais localement, l'hôpital continuera souvent de mêler assistance et soin.

La Réforme catholique stimule le service des hôpitaux, en accord avec la philosophie humaniste voire janséniste<sup>81</sup> du XVIIe siècle. Cette Contre-Réforme traduit une aspiration de la société : mettre au travail des mendiants, les séparer du monde dans des hôpitaux généraux, c'est les contraindre à faire leur salut. Un groupe d'action catholique, la Compagnie du Saint-Sacrement pèse dans ce sens<sup>82</sup>. Un grand nombre d'initiatives privées permet de conforter leur service public. Parallèlement, un mouvement d'opinion, général dans le royaume, élève l'importance du soin aux malades. Ceux qui en ont les moyens le doivent « pour la gloire de Dieu et le soulagement du prochain »<sup>83</sup>. Dans ce climat d'« ordre moral » l'hôpital est celui « des âmes et des corps », le temps d'hôpital celui d'un « temps de grâce ». Le personnel est constitué de sœurs religieuses<sup>84</sup> et de servantes bénévoles. Se développe un foisonnement d'ordres hospitaliers, de congrégations hospitalières surtout de femmes<sup>85</sup>, parfois de simple implantation locale, dépendant des seuls évêques. Les « filles » consacrent gratuitement leur vie au service des pauvres de l'hôpital, pour le pur amour de Dieu...elles servent, pansent, médicamentent les malades et infirmes de l'hôtel-Dieu ou les blessés. Les pauvres sont leur

---

<sup>80</sup> IMBERT (J.), *Ibid.*, page 170 s. Se mêlent l'« ordre moral » de la contre-réforme, un humanisme traduit par Domat (*Ibid.*), une mystique du travail de cet âge mercantiliste conduit par Colbert, celle du goût de l'ordre de la période classique mettant à l'écart ceux qui refusent celui de Dieu, du roi, de la famille. Les hôpitaux généraux représentent ainsi une dérivation de l'esprit primordial du service public hospitalier. Elle se développera encore au XVIIIe siècle et s'éteindra dans la deuxième partie du XXe siècle sous la forme d'hospices.

<sup>81</sup> Exprimée notamment par Jean DOMAT, précité sur les indications de Monsieur le Professeur François VIALLA.

<sup>82</sup> IMBERT (J.), *Ibid.*, page 167.

<sup>83</sup> IMBERT (J.), *Ibid.*, qui cite l'« Instruction » du Duc de Luynes (1658).

<sup>84</sup> HUGO, *Les Misérables*, 1862, Première partie Fantine, Livre septième, L'affaire Champmathieu, Chapitre I, La soeur Simplicie : « Vincent de Paul a divinement fixé la figure de la soeur de charité dans ces admirables paroles où il mêle tant de liberté à tant de servitude. Elles n'auront pour monastère que la maison des malades, pour cellule qu'une chambre de louage, pour chapelle que l'église de leur paroisse, pour cloître que les rues de la ville ou les salles des hôpitaux, pour clôture que l'obéissance, pour grille que la crainte de Dieu, pour voile que la modestie. Cet idéal était vivant dans la soeur Simplicie. »

<sup>85</sup> La Congrégation des Filles de la Charité en est l'exemple type à partir de 1627. Elle tiendra son service, avec d'autres congrégations, dans nombre d'hôpitaux jusqu'à la fin du XXe S. Nous avons en tant que Directeur connu et apprécié la collaboration de ces congrégations de 1970 à 1996.

seigneur et maître qu'elles servent avec une charité respectueuse, regardant Jésus-Christ en leur personne.<sup>86</sup>

A côté de l'impératif de charité par piété et d'obéissance à un précepte supérieur, commence cependant à sourdre de manière complémentaire, la notion de bienfaisance. Le mot (bien-faisant) semble naître au début du XVIIIe siècle sous la plume de l'Abbé de Saint-Pierre<sup>87</sup> et annonce la coloration de philanthropie de l'esprit des Lumières. Bienfaisance et philanthropie procèdent du devoir de faire le bien pour l'amour des hommes en général. Par cet impératif rationnel de solidarité humaine se traduisant en devoir civil, les pauvres, malades, déshérités de toutes sortes commencent à acquérir des droits.

## B. La conquête de l'immanence

Le service public de l'hôpital vient d'intérioriser une évolution de son devoir de charité, celui de faire le bien. Et ce bien doit être dispensé à celui à qui il est dû parce qu'il est homme. Ce nouveau « saut de civilisation » du service public hospitalier va s'épanouir dans la révolution scientifique et économique moderne (1) et se théoriser dans un corpus juridique (2).

### 1- Le possible scientifique et économique

De la fin de l'Ancien régime à la seconde guerre mondiale, la progression du revenu de la Nation ne profite guère aux hôpitaux. Certes, l'Assistance médicale gratuite (1893), la possibilité de malades payants (1851), le statut des accidentés du travail (1898), les assurances sociales (1928), les revenus des rentes et du patrimoine hospitalier, les frais de séjour des militaires, les subventions communales, le développement du mouvement mutualiste, la création des premières cliniques privées commerciales, créent les prémices d'un changement d'optique sur le patient.

Mais le service public hospitalier, pris dans « l'effet ciseau » du carcan communal et du désintérêt de l'Etat, stagne dans l'impécuniosité. Le service public hospitalier est le parent pauvre des institutions nationales. Nonobstant, il puise dans son immanence pour progresser dans le possible. Renouveau architectural, fonctionnalisation, spécialisation (vénéériens, convalescents, contagieux, aliénés, tuberculeux), amélioration du confort d'accueil et de

---

<sup>86</sup> IMBERT (J.), *Ibid.*, pp. 207 à 210.

<sup>87</sup> DE SAINT-PIERRE (Abbé Charles-Irénée Castel), *De la douceur*, page 1 du chapitre « Economie bien-faizante », Brisson, Paris et Amsterdam, 1740.

l'alimentation, du matériel médico-chirurgical, diagnostics et thérapeutiques en progrès, permettent la diminution de la mortalité et de la durée de séjour.

A la Libération, la France dévastée reconstruit ses infrastructures principales. Elle ne peut se consacrer simultanément au relèvement du service hospitalier, par ailleurs non concerné par le plan Marshall des Etats-Unis. Ni l'adapter au progrès technologique paradoxalement engendré par la guerre. Ni lui permettre de répondre aux besoins de Français marqués par le conflit. Ni prendre en compte la nouvelle demande et solvabilité des patients dues à l'instauration en 1946 des assurances sociales pour un grand nombre de français. Vont se conjuguer une nouvelle vision politique et sociale, un déficit cumulé de soins, une appétence de prise en charge sanitaire sociologiquement élargie et une conjoncture économique favorable. Il faut alors assurer à toutes les classes sociales un accès aux développements de la technique et de la médecine. Aussi, de 1960 à 1982, les hôpitaux vont bénéficier de l'optimisme économique des « trente glorieuses » qui va permettre l'attention de l'Etat<sup>88</sup>. Le service public hospitalier peut s'engager dans un développement immobilier et humain prodigieux<sup>89</sup>. Pour cela et à défaut de planification administrative opérationnelle, il sera fait appel aux valeurs stratégiques du service public hospitalier, paradigme constitué au fil des siècles par une transcendance devenant virtuelle et par le fondement progressif d'une immanence. Ces valeurs du service public hospitalier sont formalisées dans un corpus énoncé pour la première fois, par la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970. Ainsi, si le droit encadre le fait social<sup>90</sup>, il peut aussi le promouvoir dans les conjonctures favorables. Et dans ce cas, le droit ne fait qu'encadrer les nouvelles circonstances sociales.

## 2- L'encadrement juridique contemporain

Les prescriptions d'essence caritative avaient fondé au Moyen-Age le concept de service au prochain. Après quinze siècles d'évolution, il est repris, encadré, élargi dans celui de service

---

<sup>88</sup> L'Etat va autoriser la reconstruction de la très grande partie des hôpitaux et instaurer pendant cette période un régime de subventionnement de 40% du montant plafonné des dépenses hors TVA des chantiers. Les hôpitaux paieront le « hors plafond », la TVA, et financeront le solde par emprunt et autofinancement.

<sup>89</sup> Pour citer un exemple parmi bien d'autres, l'auteur contribuera de 1973 à 1982 à la reconstruction quasi-totale des 1300 lits du Centre hospitalier de Blois et à la refondation de ses ressources humaines qui évolueront de 600 à 1400 personnels.

<sup>90</sup> DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Chapitre 1, 1895, Nouvelle édition, Editions Flammarion, Paris, 2010, p. 108. Pour Durkheim, le fait social représente « un certain état de l'âme collective ».



public hospitalier par la loi du 31 décembre 1970<sup>91</sup>. La formulation est organique, déjà fonctionnelle, annonce aussi les garanties et les missions de service public de la législation HPST. En fait la réforme hospitalière de 1970 fonde législativement le service public hospitalier organique dans les termes suivants, « 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. » La réforme ajoute que « les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services [et] doivent être en mesure d'accueillir les malades, de jour comme de nuit, ou en cas d'impossibilité d'assurer leur admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier. Et qu'ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins, ni 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».

Pourtant le service public hospitalier ne comprend encore pas les notions de soins de qualité, d'accessibilité tarifaire<sup>92</sup>. Ni le catalogue des quatorze « missions de service public »<sup>93</sup> accessibles sous conditions à la plupart des acteurs de santé<sup>94</sup>, mais cependant assumées de fait en très grande partie, de nouveau, par les établissements publics. N'apparaissent encore pas les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, aujourd'hui le fait quasi-exclusif de l'hôpital public<sup>95</sup>. Ni les adaptations récentes à l'idée de neutralité et de laïcité.<sup>96</sup>

---

<sup>91</sup> Loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970, JO du 3 janvier 1971.

<sup>92</sup> Article L. 6112-3-1 CSP (L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 1<sup>er</sup>-V).

<sup>93</sup> Article L. 6112-1 CSP (L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 1<sup>er</sup>-IV) : Missions de service public sans qualificatif générique. Sont-elles « en santé publique », ou « en santé » ? Le législateur a manqué d'imagination, ou n'a pas su énoncer ce qu'il ne concevait pas clairement.

<sup>94</sup> Articles L. 6112-1 et L. 6112-2 CSP (L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 1<sup>er</sup>-IV).

<sup>95</sup> [www.fhp.fr](http://www.fhp.fr). Note de synthèse du 4/3/2012 de la Fédération de l'hospitalisation privée : *Campagne tarifaire 2012 : Enveloppe MIGAC*, « Avec 1,1% de crédits MIGAC en 2010, des marges de progression existent pour les cliniques et hôpitaux privés... ».

Cependant l'essentiel est là, dans la projection des « lois de Rolland »<sup>97</sup>. Celles-ci ont formulé vers 1938, dans un contexte étatique volontariste, les principes généraux de service public que le service hospitalier avait longuement conçu et mis en pratique :

- Continuité par régularité de fonctionnement, absence de retard de service.
- Mutabilité par adaptation permanente aux besoins, modification unilatérale du service par primauté de l'intérêt général ou collectif.
- Egalité des prestations fournies et des charges demandées, absence de discrimination, réserve des agents.

De plus, aux termes de la loi du 31 décembre 1970, le service public hospitalier organiquement assuré par les établissements hospitaliers public, pouvait dès cette législation voir l'association sous conditions ou par accords, des établissements privés commerciaux, et la participation des établissements privés à but non lucratif et du service de santé des armées.

A partir de 1991-2001, la spécificité organique du service public hospitalier se voit « entamée...dès l'unification de la notion, et en grande partie du régime de l'établissement de santé instaurés par la loi du 31 juillet 1991<sup>98</sup> »<sup>99</sup>.

La loi HPST achèvera de transposer à l'ensemble des établissements de santé les missions de soins<sup>100</sup> du service public hospitalier, faisant office de modèle. Le système de santé s'est approprié progressivement une part des valeurs et missions du service public hospitalier, ce dernier poursuivant son influence messianique sur l'organisation des soins. Ainsi en 1999,

---

<sup>96</sup> FORTIER (V.), VIALLA (F.), (dir.), *La religion dans les établissements de santé*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2013.

<sup>97</sup> ROLLAND (Louis), 1877-1956. Reprenant les travaux de Duguít, il formule au sein de « l'Ecole de Bordeaux » (Rolland, Jèze, Bonnard, de Laubadère) les axiomes modernes du concept de service public constituant les « Lois de Rolland »

<sup>98</sup> Loi « Evin » n° 91-748 du 31 juillet 1991.

<sup>99</sup> LEMOYNE DE FORGES (J.-M.), « *Etablissements de santé et service public* », RGDM, n° spécial, 2011, p. 76.

<sup>100</sup> Article L. 6111-1 CSP : « Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile. Ils participent 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 en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. »

l'institution de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>101</sup>, marque une nouvelle influence du principe de service public d'égalité, dans l'accès aux soins.

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (« loi Evin ») entérine la forte mutation des années 1990 dans le management du service public hospitalier. Elle engage sa dynamisation qualitative, concertée, médico économique dans les établissements publics de santé par le PMSI, l'évaluation des pratiques professionnelles, le projet d'établissement.

Elle systématise une rénovation de la planification par les SROSS et CROSS, par les conférences de secteur et la rénovation des outils de coopération. Dans les décennies 1990 et 2000, des impératifs innovants ont cherché leur cohabitation avec les principes et valeurs d'un service public hospitalier plutôt circonspect. Ont fait irruption, avec des formes entrepreneuriales, la systématisation de la qualité et de la sécurité, des indicateurs d'efficience et rentabilité médico économique, la coordination des acteurs de santé, une convergence tarifaire avec le secteur commercial, une nouvelle gouvernance interne.

Toujours paradoxalement, le contrôle étatique du service public hospitalier a imposé tout à la fois un éloignement de l'influence locale, un mouvement d'étatisation indirect par des agences régionalement déconcentrées et de manière plus administrative qu'entrepreneuriale.

Plus récemment, la loi du 4 mars 2002<sup>102</sup> dite Kouchner a apporté au patient de tous les établissements de santé, ce que nous osons appeler un service des droits de la personne hospitalisée. Soit un accès libre et direct à son dossier médical (avec une réserve pour la psychiatrie), un droit à l'information claire et complète avant toute décision, la possibilité de désigner une personne de confiance pour traiter avec le médecin, le droit et le devoir d'exprimer un consentement libre et éclairé avant tout acte médical. Mais aussi une possibilité d'indemnisation, hors faute médicale, en cas d'accident, cela au titre de la solidarité nationale et en cas de faute médicale, la possibilité de recours à une procédure amiable.

Ainsi, nous verrons que le concept organique de service public hospitalier est resté sanctuarisé dans les garanties apportées par l'établissement public de santé et dans une moindre mesure par l'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC). Il s'est déplacé de manière adjacente en des missions de service public non marchandes et hors soins, accessibles à tout

---

<sup>101</sup> Art. L. 111-1 CSS (Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, modifiée par la Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001)

<sup>102</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JORF du 5), dite loi Kouchner.

établissement de santé mais en fait essentiellement de nouveau assumées par l'hôpital public. Cette généralisation juridique s'est produite dans une consonance de service d'intérêt général des droits de la personne et aussi de service à un ayant-droit.

Le service public hospitalier s'est vu confronté depuis 1991 à une continuité de réformes rapprochant son mode d'activité de celui du secteur commercial. Ce qui l'a rendu potentiellement vulnérable au droit européen qui de plus ne connaît que la notion de service d'intérêt général (SIG). Ce dernier<sup>103</sup> est soit non-économique (SNEIG) et hors marché : c'est le cas, et sans doute une raison d'être, des quatorze missions de service public de l'article L. 6112-1 introduites par la loi HPST, largement non marchandes. Le SIG peut aussi être de nature économique (SEIG) mais susceptible d'être soumis par les états membres de l'Union européenne à des obligations spécifiques de service public et bénéficier ainsi de dérogations à la concurrence. Les principes fondamentaux de ces obligations de service public doivent résider dans l'égalité, la continuité et l'adaptation et dans des mesures variables dans la gratuité, la transparence et la participation<sup>104</sup>. Ce sont précisément les obligations des établissements publics de santé introduits par la loi HPST dans les articles L. 6112-3-1, L. 6141-7-1 et 6131-2 CSP. Le corpus législatif HPST, à partir du 21 juillet 2009 essaie de rendre le service public hospitalier « à la française » acceptable par la conception néo-libérale de service public d'intérêt général du droit de l'Union européenne et cette dernière a fait sienne les concepts du service public hospitalier élaborés depuis quinze siècles en France.

Dans l'avenir, les véritables enjeux externes et internes actuels du service public hospitalier se situeront au moins sur deux autres plans. L'enjeu très lourd des maladies chroniques ne pourra être relevé si un service public hospitalier renouvelé, coordonné dans une dynamique locale de coopération inter- professionnelle de santé se situant au plus près, pour, et dans l'intérêt particulier de la personne, ne se dirige vers une nouvelle forme d'assistance individuelle au bien-être de santé. D'autre part, le développement spectaculaire du service public hospitalier depuis un demi-siècle et la nouvelle complexité qui en est résulté, ont amplifié certains corporatismes. Un clivage relatif<sup>105</sup> s'est formé entre le « guérir », plutôt médical, permis par

---

<sup>103</sup> Hors service sociaux d'intérêt général, et services universels qui sortent de notre propos.

<sup>104</sup> ESPLUGAS (P.), *Notion de service public – Droit interne et droit de l'Union européenne*, JCA 01,2011, Fascicule 149, 25 octobre 2010 (Passim).

<sup>105</sup> ROTHIER BAUTZER (E.), *Les professionnels de santé au prisme des maladies chroniques*, Revue Hospitalière de France, n° 550, Janvier - Février 2013, sur la distinction anglophone du cure (guérir) et du care (soigner).

un haut niveau scientifique et technique, et le « soin », plutôt infirmier comprenant le soin et la multiséculaire sollicitude à la personne<sup>106</sup>. Maladies chroniques et sollicitude dans le soin représentent les nouveaux enjeux d'un service public de santé. Or la sollicitude, « attention soutenue à la fois soucieuse et affectueuse à l'égard d'un être cher<sup>107</sup> » est enfant de la charité. Elle s'est prolongée dans le servir, l'assistance, la bienfaisance qui sont les matrices du service public hospitalier depuis déjà mille cinq cents ans. Pour Saint-Exupéry, « une civilisation est un héritage de croyances, de coutumes et de connaissances, lentement acquises au cours des siècles, difficiles parfois à justifier par la logique, mais qui se justifient d'elles-mêmes comme des chemins s'ils conduisent quelque part, puisqu'elles ouvrent à l'homme son étendue intérieure<sup>108</sup> ».

Pourrons continuer d'écrire demain : « Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation<sup>109</sup> d'un peuple »<sup>110</sup> ?

## Section 2 : Mutation, permanence et renouveau ?

« Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2012 pour 2013 prévoit, dans la perspective du rétablissement dans la loi de la notion de service public hospitalier, la fin de la convergence tarifaire... »<sup>111</sup>.

Si selon Durkheim, le droit encadre le fait social, la loi dite HPST<sup>112</sup> s'est délibérément placée en posture réformatrice d'un service public hospitalier organique dont le concept formel et

---

<sup>106</sup> VIALLA (F.), RDS 57, p.939, *Protection de l'intégrité corporelle des enfants*, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

<sup>107</sup> Dictionnaire LE ROBERT, 1976, tome 6, p.288.

<sup>108</sup> SAINT-EXUPERY, *Pilote de guerre*, XIV, p.104.

<sup>109</sup> Dictionnaire LE ROBERT, 1976, tome 1, p.786 : Civilisation : « Ensemble des phénomènes sociaux, à caractères religieux, moraux, esthétiques, scientifiques, techniques, communs à une grande société ou à un groupe de sociétés ». Citation de Saint-Exupéry Ibid.

<sup>110</sup> TENON (J.), *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Imprimerie de Ph.-D. Pierres, 1788, reprint par Doin éditeurs/Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 1998, cité par GUIBERT (G), DE MONTALEMBERT (P), VERDIER (F), *Directeur d'hôpital, l'essor d'une profession*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011, p.9.

<sup>111</sup> Dossiers législatifs - Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr).

organisé, même s'il existait matériellement auparavant, était apparu pour la première fois dans la loi Boulin de 1970<sup>113</sup>, « une des plus belles constructions juridiques du XXe siècle »<sup>114</sup>.

La loi Bachelot a-t-elle provoqué une véritable mutation, au point d'opérer dans la vie de cette valeur hospitalière, une variation génomique brusque d'un ou plusieurs éventuels caractères héréditaires ? Cette réforme a-t-elle bien mesuré, au-delà des manifestations de certaines organisations hospitalières lors des discussions parlementaires, l'impact socio-politique profond de la tentative ? L'expérience a cependant porté : le décret d'application des missions de service public<sup>115</sup> a vu différer sa publication pendant près de trois ans jusqu'au 26 avril 2012. Ses apports techniques ou novateurs retiendront notre analyse. Mais la véritable signification de sa parution réside peut-être dans le début d'une tolérance sociologique de l'apport de la loi HPST, hors sa valeur symbolique voire expiatoire.

Est-ce à dire que la permanence ontologique du service public de l'hôpital n'apparaît plus menacée ? Enracinée depuis le VIe siècle dans des valeurs caritatives chrétiennes, et une des sources du droit de la santé, sa permanence en tant qu'« être » - au sens de Parménide<sup>116</sup> - n'oublie pas de se conjuguer dans le système de santé, au changement permanent décrit par Héraclite<sup>117</sup>.

Peut-on considérer que le service public de l'hôpital conserve la **permanence de son être**, y compris dans son devenir (§2), en dépit et peut-être grâce à son **changement permanent** (§1) ?

---

<sup>112</sup> Loi dite Bachelot n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative aux patients, à la santé et aux territoires, coordonnée par l'ordonnance n° 2012-177 du 23 février 2010, et modifiée par la loi dite Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011.

<sup>113</sup> Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière (JORF du 3 janvier)

<sup>114</sup> MOQUET-ANGER (M.-L.), « *Droit hospitalier* », LGDJ, 2010, p.51.

<sup>115</sup> Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public codifié à l'article R. 1434-4-1 du CSP et publié au JO du 26 avril 2012.

<sup>116</sup> Seul l'être « est », selon Parménide, philosophe grec du début du Ve siècle av. J.-C.

<sup>117</sup> La seule chose qui persiste à travers le changement, c'est le changement lui-même, selon Héraclite, philosophe grec de la fin du VIe siècle av. J.-C.

## § 1- Le service public de l'hôpital : la poursuite du changement permanent ?

Le service public de l'hôpital aurait-il muté de manière importante dans la confluence de la trajectoire de management de son support, l'hôpital, et de la réforme juridique du service public hospitalier ?

Des éléments de rupture ou de continuité, liées à la loi HPST ont été avancées<sup>118</sup> au lendemain de sa parution. D'une part ceux de la continuité de l'intervention étatique, de la coopération public-privé, de la recherche de rentabilité. D'autre part, ceux de la rupture de l'influence communale, ainsi que de la notion de service public notamment par la suppression de son caractère organique à l'hôpital public. Enfin, ceux des missions de service public - portées de sept à quatorze, afin de limiter l'hospitalo-centrisme et de déférer aux directives européennes. D'autres facteurs apparaissent aujourd'hui en perspective, s'apparentent à des mutations, mais à l'intérieur d'une espèce juridique finalement inchangée : le service public hospitalier.

Aussi, la loi HPST a donné une légitimité fonctionnelle extrinsèque à de nombreux acteurs et à tous les établissements de santé entendus dans une conception extensive<sup>119</sup> pour prétendre assurer le rôle de soins constituant depuis 1970 l'essence du service public des établissements publics. Les établissements de soins privés, par leurs missions de soins généralisées, alignées sur celles des établissements publics, codifiées, liées à un schéma régional, parfois contractualisées, ont dû s'approprier les valeurs de service public d'intérêt général ; ce qui s'est traduit par la modification de leur dénomination d'établissements, non plus de soins mais de santé.

D'activités premières et structurantes du système de santé en 1970, les missions de service public posées par la loi HPST sont devenues résiduelles au plan des soins. Ne s'agit-il pas cependant d'un retour à une forme première de service public liée à une fonctionnalité particulière d'intérêt général non économique ?

En effet, les quatorze missions détaillées par la loi HPST ne peuvent être abondées par tarification à l'activité (T2A), à l'instar des activités cliniques et médico techniques, mais par

---

<sup>118</sup> CLEMENT (J.-M.), « *La loi HPST : rupture ou continuité* », RGDM, n° spécial, 2011, pp. 13 et 26.

<sup>119</sup> Voir différentes reconnaissances jurisprudentielles de la qualité d'établissement de santé sous l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique Dalloz 2013 », 27<sup>e</sup> édition, page 1087, à un cabinet médical où sont pratiquées des endoscopies digestives, à un cabinet de médecine de ville comportant une unité de chimiothérapie et un centre de radiothérapie, à une structure d'anesthésie et de chimiothérapie ambulatoire, à un cabinet de médecine de ville pratiquant une activité de chirurgie ambulatoire.

des tarifs de prestations, dotations finançant des missions d'intérêt général (MIG), dotations annuelles de fonctionnement, et ainsi n'entrent pas dans le champ économique concurrentiel. Et cette nouvelle approche a rendu le service public à la française « euro-compatible »<sup>120</sup>.

Enfin, seulement quatre nouvelles missions de service public naissent de la loi HPST : la permanence des soins (en établissements de santé), la prise en charge des soins palliatifs, les actions de santé publique, et la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement. Elles correspondent comme leurs homologues premières, non proprement à des soins, mais, plus logiquement, se limitent soit à une prise en charge, soit à des catégories de personnes soit à une amélioration ou rationalisation de la qualité des soins, du système de santé ou de l'accès aux soins.

Ces mutations à l'intérieur du service public de l'hôpital prennent une dimension singulière dans la trajectoire managériale entamée de conserve par l'hôpital lui-même. L'hôpital « n'est ni une administration, ni une entreprise...mais avant tout un service public en concurrence<sup>121</sup> ». Au regard de ses missions de soins et de service public, l'hôpital se trouve nouvellement (Art. L. 6112-2 CSP) dans une position d'acteur de soins non plus premier mais, *horresco referens*, en concurrence, cependant très particulière<sup>122</sup>, avec les autres établissements de santé, publics de toutes tailles, privés d'intérêt collectif, privés à but lucratif autonomes ou appartenant à des groupes économiques. Ou même simples cabinets médicaux sans personnalité morale, centres de santé, maisons de santé et pôles de santé, groupements de coopération sanitaire, personnes titulaires d'une autorisation d'équipement en matériel lourd, praticiens exerçant dans toutes ces structures. Comment s'établit cette concurrence ?

Le décret du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public<sup>123</sup> s'était fait attendre pendant près de trois ans après la loi HPST et « sans lui, il s'avérait juridiquement et pratiquement

---

<sup>120</sup> TRUCHET (D), « Renoncer à l'expression « service public », AJDA 2008, p.553.

<sup>121</sup> ROMATET (J.-J.), *Règles et statuts publics et modernisation des hôpitaux*, in : (dir.) TABUTEAU (D.), *Service public et santé*, Editions de santé/Presses de Sciences Po, 2012, p.122.

<sup>122</sup> RAJA (C.), *Droit de la concurrence et droit de la santé*, thèse soutenue le 18 novembre 2010 : « L'unification progressive du système hospitalier, par l'attribution aux établissements de missions identiques, a fait basculer le fondement de la coopération hospitalière de la simple limitation de la concurrence entre établissements vers un objectif protéiforme et bien plus large de complémentarité effective de leurs activités ». (Avec les références : J. MOREAU et D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 6ème Ed., Dalloz, 2004, spéc. p. 173 et sur les modifications issues de la loi de 2009 ; D. TRUCHET, *Droit de la santé publique*, 7ème Ed. Dalloz, 2009). « L'objectif consiste donc bien à éviter qu'une organisation des soins concurrentielle inefficace nuise à l'intérêt général, plutôt qu'à supprimer toute possibilité de concurrence entre l'ensemble des offreurs ».

<sup>123</sup> Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du code de la santé publique, NOR : ETSH1203073D, JORF du 26.



impossible pour les ARS de mettre en œuvre les missions de service public dans le cadre de l'adoption des PRS et de la négociation des SROS de quatrième génération »<sup>124</sup>.

L'hôpital doit aujourd'hui se porter candidat à ces missions de service public au même rang que tout acteur de santé, avec un dossier de pertinence<sup>125</sup> d'offre et d'étude de marché et de besoins fondé sur de nouvelles données<sup>126</sup>. Et ce dans différentes procédures d'attribution - ce qui est nouveau conceptuellement- suivant des processus décrits dans le code de la santé publique, ou dans le code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou dans le code de procédure pénale.

Ou bien, ce qui est une véritable mutation dans sa cohabitation avec le service public, suivant une procédure d'attribution obéissant à plusieurs étapes :

- Reconnaissance éventuellement prioritaire aux établissements qui assureraient ces missions le 21 juillet 2009<sup>127</sup>.
- Estimation de la couverture du besoin de la population apprécié au regard des orientations et des objectifs du programme régional de santé (PRS).
- En cas d'insuffisance de couverture, appel à candidature publié avec cahier des charges mentionnant notamment la définition de la mission, les obligations liées à son exercice, les modalités et indicateurs de suivi à inclure dans un contrat spécifique ou dans un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM), ainsi que les des moyens consacrés à la mission.

La compensation financière de ces missions n'est pas liée. D'autre part le décret du 24 avril 2012<sup>128</sup> pose que cette procédure d'attribution ne saurait être assimilée à celle applicable aux marchés publics<sup>129</sup>. Aussi ces missions permettent-elles une compensation de service public

---

<sup>124</sup> LARD-HUCHET (B. de), « Missions de service public, le décret que l'on n'attendait plus », Revue hospitalière de France, n° 546, mai-juin 2012, p.41.

<sup>125</sup> Pertinence, pertinent : nous en utiliserons dans cet ouvrage les définitions suivantes : « qui convient exactement à l'objet dont il s'agit », et par extension, « qui dénote du bon sens, de la justesse d'esprit, de la compétence » données par le dictionnaire LE ROBERT, tome 5, page 144, édition de 1976.

<sup>126</sup> Article R. 6112-2 créé par le décret n°2012-561 du 24 avril 2012 (Ibid.), art. 2 : « Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate, après confrontation des besoins tel qu'ils résultent du schéma régional d'organisation des soins avec la liste prévue à l'article R. 6112-7, qu'une ou plusieurs missions, mentionnées à l'article R. 1434-4-1 ne sont pas assurées, il ouvre une procédure d'appel à candidatures ».

<sup>127</sup> Article L. 6112-2, dernier alinéa, CSP.

<sup>128</sup> Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du code de la santé publique, NOR : ETSH1203073D, JORF du 26.

<sup>129</sup> Article R. 6112-1 CSP créé par le décret n°2012-561 du 24 avril 2012 (Ibid.), art. 2 : « Le code des marchés publics n'est pas applicable pour l'attribution des missions de service public organisée par la présente section ».

aide d'Etat au sens du TFUE<sup>130</sup> compatible avec le marché intérieur dans le cadre d'un service d'intérêt économique général (SIEG).

Par ailleurs, la procédure d'appel d'offre, par sa conformité avec la procédure européenne de mandatement, permet d'échapper à la qualification d' « aide d'Etat » non compatible avec le marché intérieur<sup>131</sup>. Enfin les compensations financières seront considérées pour certaines missions de services sociaux<sup>132</sup> d'intérêt général (SSIG) comme non susceptibles d'être qualifiées aides d'Etat.

Voilà le service public de l'hôpital placé dans un contexte à la fois résiduel, non économiquement concurrentiel, mais sanitaire concurrentiel notamment des hôpitaux publics et privés d'intérêt collectif (ESPIC) candidats à ces missions. Paradoxe dans le paradoxe, l'hospitalisation privée rarement postulante à ces missions non commerciales, conteste par plainte devant la Commission européenne<sup>133</sup> mais sans succès la nature des aides d'Etat reçues par les hôpitaux qui postulent ou se voient imposer des missions de service public.

A cette nouvelle donne sanitaire qui devrait apporter d'autres péripéties, se greffe en miroir le nouveau contexte interne de management de l'hôpital public. La loi dite HPST du 21 juillet 2009, couronne<sup>134</sup> et prolonge<sup>135</sup> la mutation la plus fondamentale, celle de son management médico économique. La création, la généralisation dans les décennies 1980 et 1990 du programme médicalisé du système d'information (PMSI) puis l'instauration en 2004 du système de tarification à l'activité (T2A) d'une part, l'évaluation de la qualité des soins,

---

<sup>130</sup> Traité de fonctionnement de l'Union européenne, art. 107, ex-art. 86 traité CE.

<sup>131</sup> « Aides d'Etat ; Institutions et politiques de l'Union Européenne », [www.fhf.fr/Newsletters](http://www.fhf.fr/Newsletters), 2 août 2012.

<sup>132</sup> ESPLUGAS (P.), « *Notion de service public - droit interne et droit de l'union européenne* », JCA, fascicule 149, § 66 à 69, 25 octobre 2010.

<sup>133</sup> DECISION SANTE, 10/2011, n° 278, *Convergence public/privé : la FHP-MCO saisit la commission européenne*, page 7 : « La Fédération hospitalière privée - médecine chirurgie obstétrique (FHP-MCO) a rendu publique, le 8 septembre 2011, sa plainte devant la Commission européenne pour « aides d'Etat illicites au profit des établissements publics de santé ». L'Union nationale des cliniques psychiatriques (UNCPSY), syndicat affilié à la FHP, avait déjà déposé plainte pour les mêmes raisons en 2008, mais la Commission européenne n'a toujours pas rendu sa décision ». La commission européenne possède une compétence d'exécution, et a la faculté (article 211 TCE) de formuler des recommandations ou des avis, ce qui lui permet d'attirer l'attention des États membres sur d'éventuelles insuffisances ou infractions. Elle peut aussi engager discrétionnairement des actions devant la Cour de justice de l'Union européenne contre un État qui aurait manqué à ses obligations (articles 226 et 228 TCE).

<sup>134</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>135</sup> Par l'Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2011 de coordination avec la loi dite HPST.

accréditation et analyse d'activité<sup>136</sup> d'autre part, ont permis de bâtir des bases révolutionnaires, de données analytiques et comparatives. La mutation de l'auto-connaissance de l'hôpital, de l'environnement sanitaire<sup>137</sup>, des potentialités médicales et économiques internes, le management par la qualité, par la gestion des risques et l'accréditation permettent d'isoler et de choisir et renforcer les activités cliniques et médico techniques exercées. La gestion médico économique de l'hôpital s'est installée dans une meilleure efficacité du soin. Son approche analytique va permettre de mieux cerner les impacts de coût et d'activité des missions de service public, de les inclure dans la démarche stratégique de l'établissement, de se positionner dans les dossiers d'appel d'offres et d'en suivre l'efficacité en lien avec les objectifs du CPOM.

Tension encore entre l'activité non concurrentielle des missions de service public à indemnisation non économique, et une mission de soins appliquant les lois de l'entreprise, notamment celles de limitation des dépenses aux seules recettes (EPRD<sup>138</sup>) ou de nécessité de portefeuille d'activités coordonnées et cohérentes. Nous voilà assez loin de l'approximation d'encadrement et de définition du service public hospitalier de 1970.

L'hôpital public aurait-il dès lors à retrouver son statut de service public ? Mais l'a-t-il perdu ? Et dans ce cas, *cur aliquid potius nihil* ? Pourquoi en subsiste-t-il quelque chose, plutôt que rien ?

## **§ 2 - Le service public de l'hôpital : la permanence dans le nouveau ?**

Le service public de l'hôpital trouvera-t-il encore son nouveau dans la permanence de son être ?

L'historique des réformes hospitalières<sup>139</sup> marque la permanence, dans les hôpitaux, des valeurs d'égalité d'accueil, de *continuité* de fonctionnement et de remarquable *adaptabilité* aux évolutions de la société, caractéristiques du service public.

Créé dès le Ve siècle par des chrétiens encouragés par l'Eglise, pour les malheureux, les personnes âgées, les pèlerins, le service hospitalier marque un saut de civilisation : la prise en

---

<sup>136</sup> Loi n° 2004 - 810 du 13 août 2004 sur l'assurance maladie ; Loi dite HPST du 21 juillet 2009 et son ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2011 ; Articles 6113-1 et s. du CSP.

<sup>137</sup> ROMANENS (J.-L.), « *Des chiffres et des hommes* », Revue Décision Santé, septembre 2011, p. 25

<sup>138</sup> Evaluation prévisionnelle des recettes et des dépenses (L.6145-1 CSP). Par ce suivi permanent interne, contrôlé par l'ARS, l'hôpital public ne peut avoir de dépenses qu'à la seule hauteur des recettes créées par son activité.

<sup>139</sup> IRDES, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, *Historique des réformes hospitalières en France*, MAJ septembre 2011, [www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBil](http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBil).

charge collective, organisée et charitable des plus faibles. Naît ainsi notre future *fraternité* républicaine. Avec ensuite une consonance de santé publique mêlée de souci d'ordre public, le douzième siècle verra les léproseries prendre soin et éloigner leurs malades des villes. Après l'essai de leur nationalisation le 23 messidor an II, les hôpitaux sont *municipalisés* le 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796) ; la loi du 7 août 1851 leur donne la *liberté* de l'autonomie et reconnaît les établissements privés. Les hôpitaux publics détiennent déjà une parcelle du *civisme*, c'est-à-dire du dévouement à la chose publique, de la *citoyenneté* d'appartenance à la Cité, et recherchent la difficile *civilité* de respect des règles de conduite admises dans une société. Le chirurgien Jacques Tenon écrivait en 1788<sup>140</sup> la phrase célèbre, qui se vérifie encore à l'échelle mondiale : « Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple ». Par effet réciproque, « de la fin du XIXe au début du XXIe siècle, l'hôpital connaît une formidable mutation. Hier lieu d'accueil, l'hôpital est devenu un endroit où s'exerce la citoyenneté »<sup>141</sup>. Depuis quinze siècles, s'est enraciné dans notre conscience collective, chez l'acteur et dans l'institution hospitalière, le lien indéfectible entre essence sociale et service public.

La doctrine a formulé une part de cette valeur en 1938 par les « lois de Rolland »<sup>142</sup>. Sa reconnaissance des concepts d'égalité, de continuité et d'adaptabilité a trouvé une formalisation dans l'article premier de la loi dite HPST<sup>143</sup> qui garantit à tout patient l'égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge (...), la prise en charge à des tarifs (opposables) dans le cadre d'une mission de service public. Mais n'est-ce pas (si on excepte l'enclave du secteur médical dit libéral à l'hôpital, objet de critiques aujourd'hui étouffées) légalement<sup>144</sup> le propre de toutes les missions qu'exerce l'établissement public de santé en tant qu'établissement de santé au sens de l'article L. 6111-1 CSP ?

---

<sup>140</sup> TENON (J.), « *Mémoire sur les hôpitaux de Paris* », Doin éditeurs/Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 1998.

<sup>141</sup> CHEVANDIER (C.), *L'hôpital dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, 2009, sommaire.

<sup>142</sup> ROLLAND (Louis), 1877-1956. Reprenant les travaux de Duguit, il formule au sein de « l'Ecole de Bordeaux » (Rolland, Jèze, Bonnard, de Laubadère) les axiomes modernes du concept de service public constituant les « Lois de Rolland »

<sup>143</sup> Article L. 6112-3 du CSP.

<sup>144</sup> Art. L. 6112- 3-1 du CSP.

Plus largement, l'hôpital, en tant qu'établissement public et au-delà de son autonomie, assume administrativement de nombreuses missions d'intérêt général soit de fait, soit par tradition, soit « demandées » par l'Etat.

Le dirigisme, l'intervention, la pression étatique sur l'institution et les personnes qui la conduisent, le statut de son directeur, nommé, révocable, encadré par l'autorité publique, trouvent dans l'hôpital un moyen d'action juridiquement favorisé, administrativement le plus aisé et son opérateur le plus puissant, souvent le plus apte. Citons par quelques exemples qui ne se voudront pas fastidieux et qui ne seront pas exhaustifs. Ainsi des obligations non ou mal compensées de communautés hospitalières de territoire, de plans de crise sanitaire, de rétrocessions médicamenteuses au public, de léonins « contrats » prévisionnels d'objectifs et de moyens, de rémunération des étudiants en médecine, de gestion déficitaire des écoles de formation para médicales, l'obligation d'une trésorerie publique, d'une imposition et d'une taxe de transports fondées sur les salaires ainsi que d'une multitude de petites actions que les ARS ou les collectivités ne peuvent assurer.

En outre, les missions d'intérêt général (MIG), qu'elles soient fléchées en contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou en aides d'Etat congrues, constituent des augmentations permanentes et objectivées des quatorze missions de base. Ainsi<sup>145</sup> des équipes hospitalières de liaison et consultations hospitalières en addictologie, équipes mobiles de gériatrie, consultations « mémoire », prise en charge de la douleur chronique rebelle, consultations de génétique, nutrition parentérale à domicile, centres périnataux de proximité, représentent des formes décentralisées et évolutives d'application-extension des missions de service public du Code de la santé publique.

La permanence historique, éthique, conceptuelle, fonctionnelle, extensive du service public de l'hôpital possède de la sorte une constante structurelle très forte expliquant la « singularité de l'hôpital, tant institution qu'organisation de l'histoire contemporaine de la santé »<sup>146</sup>.

Comment évaluer les effets conjugués pour l'hôpital, de la réforme de son service public, de la trajectoire de son management sur la permanence de son être ?

Suivant l'adage hospitalier, « le patient vote avec ses pieds » : à côté de l'adressage de son médecin traitant, le citoyen marque de lui-même et de plus en plus, sa préférence de lieu de soins. Corollairement, se vérifie dans le domaine de la santé le postulat du secteur

---

<sup>145</sup> Fiches action de MIG 2011 de l'ARS Languedoc Roussillon.

<sup>146</sup> CHAUVEAU (S.), « *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles* », Presses de Sciences Po, Les tribunes de la santé, 2011/4 n° 33, p.81-89.

commercial, que « la qualité est ce qu'en dit le client »<sup>147</sup>. Nous plaçant dans une vision centrée sur le patient, ce dont il n'est plus possible de s'exonérer, examinons les données publiées par la Fédération hospitalière de France<sup>148</sup>. De 2002 à 2009 inclus, la part en France de soins du secteur public et parapublic a cru (critères 0 nuit, et 1 nuit ou plus) en chirurgie (27,1 à 31%, et 45,9 à 52,4%), en médecine (61,4 à 63,2%, et 79,4 à 81,8%), en obstétrique (73,6 à 80,5%, et 68,5 à 73,2%). Objectivement, le service public de l'hôpital, lié à son service de soins - deux notions distinctes mais encore indissociables - paraissent réussir la mutation de leur permanence.

La présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 a annoncé<sup>149</sup> « une reconnaissance du service public hospitalier, re-proclamée », un gel du périmètre de la T2A, et un arrêt d'une convergence tarifaire entre les établissements de santé public et privés qui ne tient pas compte des particularités du service public de l'hôpital.

Pour autant la permanence n'est-elle pas compatible avec un renouveau ?

Notre système de santé dont « les français oublient trop volontiers que l'OMS l'avait classé en 2000 au premier rang mondial »<sup>150</sup>, a cependant usé sa configuration. Il doit évoluer encore et toujours. L'hôpital, qui reste de fait le pivot des soins, du service public, de l'enseignement et de la recherche doit impulser ce renouveau. Celui-ci ne peut que passer par le sien propre. Son rôle promoteur sera encore irremplaçable.

Notre système sanitaire et social complexe, cloisonné en « tuyaux d'orgue » et en « millefeuille » sédimenté par l'histoire, pétri de corporatismes, nécessite en effet des acteurs-promoteurs. Les Agences régionales de santé, coordinatrices désignées du système de santé<sup>151</sup> ne peuvent être des opérateurs de terrain. La médecine dite de ville présente une organisation atomisée et largement à visée défensive, même si y naissent des initiatives notamment de maisons médicales soit pluri professionnelles<sup>152</sup> soit simplement de garde. Les établissements

---

<sup>147</sup> FEIGENBAUM (A.), « *Total quality control, engineering and management* », 1991.

<sup>148</sup> FHF, Lettre n° 18, décembre 2010, chiffres établis par la Banque de données hospitalières de France sur sources ATIH-PMSI. [www.fhf.fr/parts de marché](http://www.fhf.fr/parts_de_marche).

<sup>149</sup> Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, NOR : EFIX1235628L, exposé des motifs de l'article 47.

<sup>150</sup> TRUCHET (D.), « *Etablissement public de santé et système de santé* », AJDA 2006, p. 401.

<sup>151</sup> Articles L. 6131 du CSP.

<sup>152</sup> Mais l'intention première y réside d'avantage en un rapprochement de professionnels qu'en un accompagnement personnalisé du patient.

d'intérêt collectif (ESPIC) ne couvrent pas tous les spectres d'activité, tout en constituant des alliés indispensables appliquant les principales garanties de service public. Les « autres services » au sens du CSP<sup>153</sup>, c'est-à-dire les réseaux, centres, maisons et pôles de santé peuvent apporter une contribution décentralisée, souple et humaine.

Quels seraient les objectifs d'un élargissement du service public qui serait non plus hospitalier, ni celui de l'hôpital, ni des établissements de santé, ni des autres acteurs sanitaires, mais le propre d'un service public de santé ? C'est-à-dire d'un service public ne partant pas (seulement) des nécessités administrées des maladies ou de la « population », de l'offre de soins et des stratégies des acteurs de soins, mais des besoins individuels de santé des malades et des attentes personnalisées des citoyens-usagers-clients-patients ?

Peut-on avancer que les souhaits des patients ou à la rigueur des représentants des usagers, ou qu'un centrage sur les besoins des malades constituent aujourd'hui le départ et la conduite des projets de santé et d'établissements ? Et les influencent-ils ?

Or le contexte social se caractérise notamment par une émergence des comportements de propre arbitre, de recherche de qualité de vie tant chez les individus que chez les acteurs de santé, notamment chez les plus jeunes d'entre eux. Aussi par le poids sanitaire, financier et social des maladies dites chroniques c'est-à-dire, suivant l'acceptation de l'OMS<sup>154</sup>, les affections de longue durée évoluant lentement. Elles nécessitent une prise en charge s'étendant sur plusieurs années ou décennies et qui touchent en France 15 millions de personnes. Neuf millions d'entre elles (en croissance de 1,3 million par an) sont inscrites et prises en charge au titre d'une des 29 affections de longue durée<sup>155</sup> (ALD) limitant l'individu fonctionnellement et socialement, le rendant dépendant de diverses thérapies : elles représentent aujourd'hui, avec leurs pathologies associées (comorbidités), environ 70% de l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie. S'ajoutent différentes aides sociales. Et s'accumulent les déficits financiers des régimes de protection sociale.

---

<sup>153</sup> ROMANENS (J.-L.), « Réseaux, centres, maisons, pôles de santé, pour quels services ? », RDS n° 49, septembre 2012, p.643. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)

<sup>154</sup> OMS (Organisation mondiale de la santé) : « Les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde. Sur les 36 millions de personnes décédées de maladies chroniques en 2008, 29% avaient moins de 60 ans. [www.who.int/topics/chronic\\_diseases/fr/](http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/).

<sup>155</sup> On peut ajouter les affections de longue durée (ALD) asthme, obésité, VIH, maladie d'Alzheimer à l'exclusion récente de l'hypertension artérielle –HTA. « *Maladies chroniques, une vision rénovée du parcours de soins* », Lettre d'information de la Haute autorité de santé n° 33, octobre-décembre 2012, Focus, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

Nous proposerions une voie opérationnelle qui constituerait un renouveau du service public. Une « médecine ambulatoire coordonnée qui permette à l'hôpital les supports de son ouverture »<sup>156</sup> corroborerait l'essor d'expériences d'intérêt général menées par différents centres hospitaliers<sup>157 158</sup>.

Les hôpitaux publics vont - ils continuer de se positionner sans encadrement législatif plus précis, en cas de carence constatée des acteurs libéraux, dans l'organisation d'une offre de soins de proximité au sein d'un territoire, en recrutant et en s'associant aux professionnels nécessaires ?

La notion générale de service public, son évolution conceptuelle, ses multiples facettes administratives, économiques, sociales, ont été fondées de longue date<sup>159</sup>, largement examinées, reconsidérées par la doctrine et la jurisprudence, formant l'épine dorsale du droit public administratif français.

Au regard du poids très important de l'hôpital dans la préservation de la santé et de la sécurité vitale de la population, pour l'ordre public, dans les emplois générés, et par rapport à son impact économique, au volume des soins assurés, la notion de service public hospitalier a été en peut-être moins commentée que celle des autres services publics. Est-ce l'effet de son évidence sociologique, historique et même juridique fondamentale plus que textuelle ? Les apports législatifs successifs considérables de 2009 à 2011 constituant le bloc législatif HPST, n'ont pas modifié cette tendance.

Qu'entendre par permanence, mutations et renouveau du service public hospitalier de l'hôpital ?

« L'hôpital », établissement public administratif, est un établissement public de santé (EPS), personne morale de droit public, dotée de l'autonomie administrative et financière, soumise au contrôle de l'Etat dans certaines conditions<sup>160</sup>. Il applique des statuts publics à ses

---

<sup>156</sup> TERRA NOVA, La fondation progressiste. *Projet 2012*- contribution n°29, [www.tnova.fr](http://www.tnova.fr).

<sup>157</sup> Centre hospitalier de Fougères, Centre hospitalier de Roanne, projet de « Nouvel Hôtel-Dieu » de Paris.

<sup>158</sup> VALLANCIEN (G.), « *Maison de santé et hôpital : une chance, deux scénarios* », Revue RHF n°540, mai-juin 2011, p.52

<sup>159</sup> TRIBUNAL DES CONFLITS, 8 février 1873, *Blanco*, Rec. 1<sup>er</sup> suppl. 61, conclusions David.

<sup>160</sup> Article L. 6141-1 CSP.



personnels. Il se conforme dans toutes ses activités à des règles juridiques<sup>161</sup> garantissant l'application des valeurs de service public que nous appellerons de service public hospitalier et son objet principal ne peut être ni industriel et commercial<sup>162</sup>. D'autre part, il est acteur de toutes les missions de service public<sup>163</sup>. Hôpital sera ici synonyme d'hôpital public, de service public de l'hôpital, de service public hospitalier, d'établissement public de santé. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national<sup>164</sup>. Les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche. Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention au titre du chapitre II du présent titre avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires<sup>165</sup>. Ils se répartissaient en 2011<sup>166</sup> entre 29 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, 54 en dépendant, 3 Centres Hospitaliers Régionaux, 516 Centres hospitaliers, 88 Centres hospitaliers spécialisés et 277 Centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux. « L'hôpital » compte -hors fournisseurs- environ 1 140 000 collaborateurs<sup>167</sup>, chiffre en régulière légère augmentation. Sa ressource humaine assure 45 millions de consultations, 7 millions de séances par an et, par 9 millions d'hospitalisations dans 145000 lits en France, une présence d'accueil et de prise en charge « 24/7/365 ». Ses services d'urgences hospitaliers réalisent 83% des passages en France. Il assure enfin la très grande partie de l'enseignement paramédical, de l'enseignement et de la recherche médicale clinique en France.

---

<sup>161</sup> Articles L. 6112-3 et 3-1 CSP.

<sup>162</sup> Article L. 61141-1 CSP.

<sup>163</sup> Article L. 6112-1 CSP.

<sup>164</sup> Article L6141-1 CSP modifié par l'ordonnance 2010-331 du 25 mars 2010 de coordination de la loi HPST.

<sup>165</sup> Article L6141-2 CSP modifié par Loi HPST du 21 juillet 2009.

<sup>166</sup> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>167</sup> FHP, La Fédération de l'Hospitalisation privée fédère 1100 cliniques et hôpitaux privés de statut commercial qui emploient près de 150 000 professionnels. (Communiqué de presse du 11 février 2014). [www.missions-sante.com](http://www.missions-sante.com).

Nous donnerons au concept de mutation du service public hospitalier, une consonance biologique de variation brusque d'un caractère héréditaire propre à l'espèce observable dans les temps longs du droit de la santé. La mutation dépassera donc la notion littérale de mutabilité, caractère de ce qui est sujet au changement, corollaire de la mutabilité ou adaptabilité juridique qui est une modification en fonction de l'intérêt général.

L'idée de permanence sera liée d'une part à celles de durée historique dans la continuité et la stabilité. Et d'autre part correspondra aux significations tant opérationnelles que juridiques de permanence d'accueil et de continuité des soins du service public.

La notion de renouveau sera celle de la recherche ou de la détection de formes nouvelles de service public palliant les suppressions et complétant les apports de la loi HPST pour un parcours de santé et de vie de chaque citoyen.

A partir d'un bilan de ses **mutations et de la permanence du service public hospitalier** dans notre société (**PARTIE I**), nous rechercherons **les voies de son renouveau (PARTIE II)**. Et par construction, un renouveau de droit entre mutations et permanence, à ces frontières du temps, de l'espace et de l'esprit où le droit peut se recomposer<sup>168</sup>.

---

<sup>168</sup> Faculté de Droit et de Science politique de Montpellier, *Guide de l'étudiant*, année universitaire 2012-2013, Le Doctorat, UMR 5815 Dynamiques du Droit, page 76.

## *PARTIE I –*

### *MUTATIONS ET PERMANENCES*

#### *DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER*

Toutes les époques se sont interrogées sur le spectacle du changement. La nôtre n'y fait pas exception. Elle cherche même à le provoquer, parfois sans succès. Plus encore, ce qui ne change pas est soupçonné d'introversion, voire de caractère réactionnaire. Ce qui se réfère à des valeurs acquises historiquement suscite méfiance ou bien est ignoré par le discours ambiant. Le droit hospitalier n'y fait pas exception. Qui apprend à nos élèves<sup>169</sup> que le degré d'élévation de notre service public de santé est le fruit d'un millénaire et demi d'apprentissage ? Science, technique et laïcité seraient-elles les mamelles positivistes de notre système hospitalier sortant tout armé d'une génération spontanée ? Et contradictoirement, comme le sont les doxas, le service public hospitalier paraît aux yeux de la majeure partie de la population comme une évidence. Il « est », c'est bien, et c'est tout.

Enraciné et se transformant depuis le VI<sup>e</sup> siècle dans des valeurs caritatives chrétiennes, comme nous l'avons approché en introduction générale, et une des sources du droit de la santé<sup>170</sup>, le service public hospitalier constitue un exemple d'une question plus ancienne en forme d'oxymore qui agite la réflexion occidentale depuis le VI<sup>e</sup> siècle avant notre ère : qu'est ce qui persiste à travers le changement ?

Sans revenir sur l'opposition des respectives écoles philosophiques éléate et ionienne, nous essaierons de démontrer que la permanence du service public de l'hôpital, en tant qu' « être »

---

<sup>169</sup> L'auteur a pu le constater en dispensant des cours de civisme à la demande d'un lycée en qualité de responsable de la commission du civisme de l'ordre national du Mérite.

<sup>170</sup> Notamment du droit des personnes malades, de l'administration de la santé et de celui des établissements publics de santé. La notion de service public constitue parallèlement un des fondements du droit public.

au sens de Parménide<sup>171</sup>, est indissociablement liée à son changement permanent au sens que lui a donné Héraclite<sup>172</sup>.

Ainsi, peut-on considérer que, en dépit et peut-être grâce à sa **mutation permanente (I)**, le service public hospitalier a constitué et gardé la **permanence de son être (II)** ?

---

<sup>171</sup> L'être « est » et c'est tout, selon Parménide, philosophe grec, début du Ve siècle av. J.-C., né à Elée en Grande Grèce, tenant de l'école éléate.

<sup>172</sup> « Ce qui persiste à travers le changement, c'est le changement lui-même », selon Héraclite, philosophe grec, fin du VIe siècle av. J.-C., né à Ephèse, tenant de l'école ionienne.

## TITRE I. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER EN MUTATION PERMANENTE

L'histoire du service public de l'hôpital nous a montré l'extraordinaire mouvance de ce qui peut être considéré comme la plus ancienne des activités d'intérêt général coordonnée en France, qu'elle l'ait été par le pouvoir séculier ou par le pouvoir régulier religieux. La période contemporaine a été marquée par de profonds bouleversements sociaux, économiques et scientifiques qui ont modifié les données du système de santé et sa législation<sup>173</sup>.

Comme depuis toujours, le service public hospitalier s'est adapté par sa nature propre, préparée et exercée depuis un millénaire et demi. Il se pose ainsi comme le précurseur de la notion moderne d'adaptabilité, adaptation ou mutabilité du service public. La nature de ce principe nous est précisée par la doctrine comme « exprimant l'idée selon laquelle le service public doit pouvoir se conformer aux évolutions des besoins collectifs et de l'intérêt général. Ce principe n'a pas fait l'objet à ce jour d'une reconnaissance juridique expresse. Il semble en réalité résulter de la nature même du service : ce dernier étant fondé sur la satisfaction de l'intérêt général, la modification de ce but conduit en toute logique le service public à changer lui-même<sup>174</sup> ».

Nous soutiendrons que le service public hospitalier s'est adapté à l'intérêt général de manière particulièrement réactive, profonde, justifiant d'évoquer une capacité à muter, une réelle mutabilité telle que nous l'avons précédemment cernée. Aussi, depuis quelques décennies et plus particulièrement dans les deux dernières, le changement permanent du service public

---

<sup>173</sup> COUTY (E.), KOUCHNER (C.), LAUDE (A.), TABUTEAU (D.), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, page 7 : « Entre 2004 et 2009, pas moins de dix-neuf lois sont ainsi venues modifier, plus ou moins profondément, la législation sanitaire. Le pouvoir réglementaire a, lui aussi, fait preuve d'une grande activité puisque neuf ordonnances sont intervenues sur la même période. Ainsi, ce sont tous les secteurs de la santé qui ont été concernés, de près ou de loin par les évolutions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale ». Note de l'auteur : serait-ce le signe d'un système incapable de s'adapter de lui-même à l'intérêt général ? « *Corruptissima republica plurimae leges* » (Plus le « système » est corrompu, plus les lois se multiplient », TACITE, historien, écrivain, philosophe et sénateur de Rome, 58~ 120 apr. J.-C., *Annales*, III-27.

<sup>174</sup> ESPLUGAS (P.), *Notions de service public : Droit interne et droit de l'Union européenne*, JCA 01,2001, fascicule 149, 61 pages, 25 octobre 2001, § 146. Remarquons que cette étude comme de nombre de publications, n'évoque pas le service public hospitalier parmi les services publics de droit interne français.

hospitalier a contenu plusieurs mutations juridiques et une mutation managériale sous l'effet de la confluence de **la réforme juridique du service public hospitalier (CH 1)** et de **la trajectoire de management de l'hôpital public (CH 2)**.

## CHAPITRE 1 : LA REFORME JURIDIQUE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

La réforme juridique du service public hospitalier instaurée par le « bloc législatif » dit HPST s'est placée dans un contexte chargé de nombre d'évolutions sociétales d'origines politiques, économiques, culturelles et sociales. Ces évolutions ont modifié le contexte socio-sanitaire (a) et favorisé un regard politique (b) inédit sur l'hospitalisation publique mais aussi privée.

### a) Un contexte socio sanitaire :

Nombre de scandales du domaine de la santé (sang contaminé, canicule, prothèses mammaires) se sont récemment mesurés à la forte émergence des comportements individualistes et à la propre information des citoyens et des patients. Paradoxalement, ces manquements du système sanitaire se situent dans un contexte de couverture maladie universelle, de coût élevé de dépenses de santé<sup>175</sup>, d'accumulation des déficits financiers du système, du poids sanitaire et financier des maladies chroniques et associées<sup>176</sup>, ainsi que des effets de la dépendance.

Le poids en France du secteur sanitaire commercial à but lucratif, la dominante du paiement à l'acte, contribuent à une difficulté de coordination des soins. Ils résument les possibilités d'évolution de la médecine ambulatoire à des négociations tarifaires entre l'assurance-maladie

---

<sup>175</sup> DREES, *Rapport annuel des comptes sociaux de la Nation en 2012*, Etudes et résultats n°350, sept. 2013, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr): les dépenses de santé se sont élevées à 243 milliards d'euros soit 12 % du produit intérieur brut, la consommation des services et biens médicaux à 183,6 milliards, 2806 euros par habitant et par an, en augmentation de 2,7%/2011 avec baisse des soins hospitaliers et croissance des soins de ville.

<sup>176</sup> HAS, Haute autorité de santé. *Lettre d'information*, n°33, octobre-décembre 2012, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) : les maladies chroniques et associées représentent 60 % des dépenses de santé et 70% de leur augmentation.

et les professionnels libéraux. Cela a notamment été le cas lors de négociations de 2012 sur les dépassements d'honoraires<sup>177</sup>.

Les réformes en santé se heurtent à de considérables obstacles et freins. La complexité de l'exercice médical et du système de soins, celle aussi du secteur social et médico-social, le long désengagement de l'Etat laissant la maîtrise de la santé au corps médical, vont de pair avec l'individualisme, l'autonomie, le corporatisme des médecins qui lui-même contraste avec leur déficit de leadership professionnel et le déclin du médecin de famille.

b) Une approche politique nouvelle :

Les contextes politiques influent sur le système de santé, nous l'avons évoqué en introduction générale. Depuis une dizaine d'années, le néolibéralisme mondial, d'origine marchand et anglo-saxon représente une force d'influence majeure dans l'Union européenne et chez nos élites conformistes. L'introduction encouragée par la Commission européenne de financements spéculatifs privés internationaux au sein des structures de soins entraînent des modifications d'essence dans plusieurs états européens : secteur privé en France, secteur public et privé en Grande-Bretagne, Italie et Espagne. Ainsi que nous l'aborderons ultérieurement, les doctrines européennes de service d'intérêt général (SIG) de service d'intérêt économique général (SIEG) et de services sociaux d'intérêt général (SSIG) ont contribué au détachement de missions de service public du service public hospitalier. Enfin la notion de révision générale des politiques publiques (RGPP) appliquée par le gouvernement à l'hôpital public de 2007 à 2012 semble depuis lors potentiellement prolongée par une réflexion sur la Modernisation de l'action publique (MAP). Ce mouvement d'idées mise en œuvre par les récentes réformes du service public hospitalier, prône en effet mise en concurrence, sous dimensionnement d'unités de production, externalisation de services, décentralisation des centres de production, audits de coûts, indicateurs de performance, agences d'intervention spécialisées. Mais aussi au plan humain, individualisation des rémunérations, flexibilité des emplois.

A côté d'éléments de continuité dans les réformes hospitalières, soit intervention étatique, coopération public-privé, recherche de rentabilité, nombre de facteurs de rupture ont en

---

<sup>177</sup> Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JORF n° 285 du 7 décembre 2012 page 19 171.

revanche été soulignés dès la publication de la loi HPST, comme l'éloignement de l'influence communale.

Le corps doctrinal a beaucoup souligné la suppression de la mention législative du service public hospitalier<sup>178</sup>. Cependant ses garanties obligatoires continuent d'être législativement assurées par les établissements d'hospitalisation publics, partiellement par les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et par les missions fonctionnelles complètement assurées par les EPS et pour certaines par certains établissements privés.

Mais un fait s'impose : il a été retiré à l'hôpital son caractère organique de service public afin de limiter un hospitalo-centrisme souvent dénoncé mais encore aujourd'hui non remplacé, et pour déférer aux conceptions économiques d'essence néolibérale anglo-saxonne.

Le contexte socio-sanitaire et l'approche politique nouvelle qui viennent d'être décrits nous permettent de situer les **changements posés ou contournés par la législation HPST (S 1)** ainsi que la **recomposition permanente induite par ce bloc législatif (S 2)**.

## Section 1 Les changements posés ou contournés par la législation HPST.

La législation HPST est constituée de la loi, dite Bachelot ou HPST, n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative aux patients, à la santé et aux territoires<sup>179</sup>, de sa coordination par l'ordonnance n° 2012-177 du 23 février 2010<sup>180</sup> et de sa modification par la loi dite Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011<sup>181</sup>, l'ensemble constituant la réforme HPST.

Cet ensemble juridique apparaîtra comme un « **bloc législatif** » (§1), ensemble cohérent et ambitieux de nouvelle lecture des établissements de santé et notamment des établissements publics. Son analyse permettra de situer le cadre nouveau du service public hospitalier.

En revanche, il sera significatif de marquer **les discrétions du bloc législatif HPST (§2)** sur des domaines sensibles de notre secteur sanitaire.

---

<sup>178</sup> CLEMENT (J.-M.), *La loi HPST, rupture ou continuité*, RGDM n° spécial, 2011, pp. 13 et 26.

<sup>179</sup> NOR : ETSX1107215L, JORF du 22 juillet 2009.

<sup>180</sup> NOR : SASX0930688R, JORF du 25 février 2010.

<sup>181</sup> NOR : SASX0822640L, JORF du 11 août 2011.



## §1- Le « bloc législatif » HPST

Le **socle juridique (A)** HPST apparemment monolithique révèle être la source de **confluences (B)** entre les secteurs tant public et privé que sanitaire et médico-social.

### *A- Le socle juridique*

La structuration de la loi HPST 21/7/2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, impacte plusieurs domaines. Elle se structure en 133 articles appliqués en 2013 par 320 textes dont 8 ordonnances. Son titre Ier, traite de la « modernisation des établissements de santé », de leurs missions et de celles de service public, des établissements de santé et plus longuement de la gouvernance et du contrôle de fonctionnement des établissements publics de santé puisque ces derniers sont les seuls à être régis par un dispositif législatif imposé.

Son titre II jette ou conforte de nouvelles bases de l' « amélioration de l'accès à des soins de qualité », d'un distinguo peu clair entre premier et deuxième recours de soins, et de règles peu appliquées de permanence et répartition territoriale des médecins libéraux, d'éléments novateurs de coopérations entre professionnels et de développement professionnel continu (DPU).

Son titre III, « prévention et santé publique » ne nous concernera que par l'apport de l'éducation thérapeutique du patient à un aspect du renouveau du service public. Son caractère succinct ne concerne en outre que la prévention alcoolique et tabagique chez les jeunes.

Dans le titre IV, nous trouverons le nouveau cadre du service public hospitalier, soit une nouvelle « organisation territoriale du système de santé » : agences régionales de santé (ARS), programmes régionaux de santé (PRS), territoires, gestion du risque, systèmes d'information de santé, agence des systèmes d'information partagés (ASIP), dossier médical personnel (DMP), carte de professionnel de santé, groupement pour la modernisation des systèmes d'information de santé (GMSIH). Mais aussi télémédecine, représentation des professions de santé libérales, établissements et services médico sociaux, coordination forment le kaléidoscope d'une loi ambitieuse et ici davantage porteuse de messages que d'objectifs atteignables dans son cycle de vie.

Quant à sa codification, elle impacte le Code de la sécurité sociale, le Code de l'action sociale et des familles (établissements médico sociaux) et surtout le Code de la santé publique en ses

parties : 1 Protection générale de la santé, 2 Santé de la famille, de la mère et de l'enfant, 3 Lutte contre les maladies et les dépendances, 4 Professions de santé, 5 Produits de santé. Mais surtout la partie 6 Établissements et services de santé, dans laquelle nous avons pu compter la modification de 350 alinéas.

Le caractère très large, apparemment dispersé de la législation HPST se tempère quand on tente d'en extraire ses concepts-clefs pour les établissements de santé. Apparaît alors le souci de territorialisation des politiques de santé, en continuité de prévention, de soins de premier et de second recours, de prise en charge médico-sociale. La transversalité, notion omniprésente, concrétisée par la création des ARS et la coordination des soins grâce aussi aux établissements de santé y conduit l'établissement public de santé à mieux s'adapter aux besoins de santé, à se piloter en contractualisation avec ses pôles, et en coopération avec les autres filières de soins. Naturellement il ne s'agit que de fils directeurs ténus, mais qui donnent sens à l'ensemble.

Ces concepts se doublent de convergences de fond entre établissements de santé.

### ***B- Confluences entre établissements de santé, établissements publics de santé et établissements médico-sociaux.***

Ces rencontres se traduisent juridiquement et de manière plurielle.

#### **I. Les confluences juridiques.**

##### **a) La confluence des systèmes.**

Sont entrés en confluence le système de santé<sup>182</sup>, le service public, les principes de l'Union européenne et l'ensemble des établissements de santé. Le système de santé s'est approprié nombre des missions de l'ex-service public hospitalier organique institué par sa loi fondatrice portant réforme hospitalière n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée à dix-sept reprises. Ces missions devaient être assurées par les EPS. Elles étaient assurables (assez rarement et par participation ou concession) sous conditions par les établissements privés. Il s'agissait des diagnostics, traitements notamment soins d'urgence, des malades, des blessés et des femmes enceintes et leur hébergement, du concours à l'enseignement médical et pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical, aux actions de médecine préventive, à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

---

<sup>182</sup> MAUGÛE (C.), THIELLAY (J.-P.), *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ Editions, 2010, p. 22 : « Les principes du service public en matière de santé publique, rayonnent bien au-delà du seul secteur public »

La loi HPST adapte l'ancienne notion service public hospitalier en missions de service public d'établissements de santé en l'accordant aux principes de la liberté du commerce et de l'industrie. De même qu'à la notion de « service d'intérêt général » de l'Union européenne appliquant les principes généraux des traités. Soit de transparence, non-discrimination, égalité de traitement, proportionnalité, reprenant pour l'essentiel les garanties de service public hospitalier français.

En permettant une mission de service public à toute personne désignée par le DGARS sur contrat ou CPOM, lorsqu'elle n'est pas assurée sur un territoire de santé, la loi HPST abolit la spécificité des établissements publics de santé en tant que pivot légal du système de soins. Avec cependant une priorité de reconnaissance des missions de service public qui étaient assurées au 21/7/2009. De fait, la tradition éthique et historique de service public des EPS et des ESPIC, ainsi que leur poids préserve généralement leur rôle de pivot de soins. A l'inverse, la loi HPST étend les obligations à l'égard des patients de l'ex service public hospitalier de 1970 à l'ensemble des acteurs de santé, dans un nouveau paradigme de système public de santé.

b) La confluence de la législation HPST avec la réforme du secteur médico-social.

Cette confluence trouve une de ses expressions dans la compétence des ARS sur les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

1- L'héritage de deux trajectoires législatives.

D'une part celle de la loi fondatrice du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico- sociale<sup>183</sup>, suivie des lois du 13 août 2004 et du 22 avril 2005. Elle nous intéressera plus particulièrement au plan médico-social, particulièrement lié à l'aval du service public hospitalier et aux établissements publics de santé qui gèrent, pour la plupart d'entre eux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). D'autre part, la loi structurelle du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et son ordonnance de coordination du 23 février 2010. De

---

<sup>183</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, NOR : MESX0000158L, JORF du 3 janvier 2002 page 124.

fait, le système sanitaire fournira une importante influence législative à la réforme du secteur médico-social<sup>184</sup>.

## 2- Le rapprochement des « génomes ».

Ces réformes font entrer les établissements de santé sociaux et médico-sociaux (ESSMS) de manière organisée et systémique dans de nombreux concepts d'origine sanitaire. Ainsi de la territorialité, continuité, transversalité, coordination et la contractualisation organisées par la loi HPST et mises en œuvre par l'ARS. Le secteur médico social devient une forme de recours spécialisé de la filière de l'offre de soins. Ainsi de la programmation dans le temps matérialisée par des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS, et par des conventions pluriannuelles avec le président du conseil général et avec le directeur général de l'ARS. Ces accords se traduiront par des programmations de cinq ans, conduisant à des évolutions « contractuelles » vers des préconisations de schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS), ou financières, de réduction d'écart tarifaires par rapport au prix de journée moyen établi par la conférence nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA), ou d'évolution de types de prise en charge. Ainsi de l'efficacité par le développement de la performance, notamment grâce au soutien et à l'accompagnement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Enfin par le développement de la qualité systémique induite par l'évaluation et l'amélioration continue notamment grâce au support de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico sociaux (ANESM).

Depuis 2010, ANESM et Haute autorité de santé (HAS) ont développé des actions communes d'élaboration d'indicateurs, de recommandations de bonnes pratiques: autisme, prise en charge des personnes âgées malades, prise de médicaments des sujets âgés, qualité de vie en EHPAD, évaluation des EHPAD, évaluation des services de soins à domicile, éthique.

### II. La pluralité des confluences de missions.

#### a) Missions de l'ensemble des établissements de santé :

La loi du 31 décembre 1970<sup>185</sup> avait fixé pour le seul service public hospitalier, un certain nombre de missions de santé explicites : « Le service public hospitalier assure les examens de

---

<sup>184</sup> Lois du 20 décembre 2010, 29 décembre 2010, 22 mars 2011, 17 mai 2011 (Art. L. 311-1 CASF : mission d'intérêt général et d'utilité sociale, ESSMS privés d'intérêt collectif coopérations), du 10 août 2011 et 28 juillet 2011.

<sup>185</sup> Loi 70-1318 du 31/12/1970 portant réforme hospitalière, article 2 (JO du 3 janvier 1971).

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. »...En 2009, la loi HPST<sup>186</sup> attribue des missions de santé à l'ensemble des établissements de santé. Ainsi, en vertu de l'article L. 6111-1 CSP, les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif doivent assurer le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes. Ils délivrent les soins avec 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. Ils participent 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 en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. »...Ainsi la mission organique principale des établissements publics de santé a été étendue en diversité et en nombre d'acteurs.

Mais comment ces missions pourraient-elles être rendues contraignantes aux établissements bénéficiant de la liberté du commerce et de l'industrie ? Et comment peuvent-elles correspondre à l'activité des établissements n'assumant pas les garanties de service public d'égal accès permanent à tarifs administrés, propres aux EPS et aux ESPIC, ni le plus souvent des missions de service public ? Cette généralisation est ainsi un vœu respectable mais putatif et quelque peu irréaliste.

#### b) Garanties de service public hospitalier des EPS et des ESPIC

##### 1- Garanties des établissements publics de santé (EPS).

Un service public hospitalier organique apparaît dans l'action combinée des articles L. 6112-3 et 3-1<sup>187</sup> et 6131-1 et 2 CSP<sup>188</sup>. L'établissement public de santé en tant que tel, partageant

---

<sup>186</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, article 1<sup>er</sup>-I, NOR : SASX0822640, JORF du 22 juillet 2009.

<sup>187</sup> « Art. L. 6112-3. : « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1e L'égal accès à des soins de qualité ; 2e 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. 3o La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Les garanties mentionnées aux 1o et 3o du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence

cette obligation avec l'ESPIC, garanti par ces dispositions des éléments de service public énoncés par la doctrine dite des lois de Rolland<sup>189</sup>. Soit un égal accès à des soins de qualité, à des tarifs publics ou conventionnés, la prise en charge et le traitement du patient à des tarifs « administrés », c'est-à-dire règlementaires ou conventionnels, et non pas à honoraires libres (égalité), une permanence d'accueil, de prise en charge, d'orientation (continuité), de bénéficiaire potentiellement de contributions publiques, sur la base d'un CPOM ou d'un contrat spécifique modifiable en fonction de l'évolution de l'intérêt général (mutabilité ou adaptabilité). Mais seul l'EPS et non pas l'ESPIC est astreint légalement à l'obligation de mutabilité.

## 2- Garanties des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Les établissements de santé privés d'intérêt collectif sont constitués des centres de lutte contre le cancer et des établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'ARS<sup>190</sup>. Comme l'écrit Maxence CORMIER<sup>191</sup>, « la

---

ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de ré hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge ». V. – Après l'article L. 6112-3 du même code, il est inséré un article L. 6112-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6112-3-1. – Tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1e et 2e de l'article L. 6112-3. « Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale ».

<sup>188</sup> « Art. L. 6131-1. – Le directeur général de l'agence régionale de santé coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de : 1° L'adapter aux besoins de la population et assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ; 2° Garantir la qualité et la sécurité des soins »...« Art. L. 6131-2 : « Aux fins mentionnées à l'article L. 6131-1, le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à des établissements publics de santé : 1° De conclure une convention de coopération ; 2° De conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public ; 3° De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

<sup>189</sup> ROLLAND (Louis), 1877-1956. Reprenant les travaux de DUGUIT, il formule au sein de « l'Ecole de Bordeaux » (ROLLAND, JEZE, BONNARD, DE LAUBADERE) les axiomes modernes du concept de service public : Continuité par régularité de fonctionnement, absence de retard de service. Mutabilité (ou adaptabilité) par adaptation permanente aux besoins, modification unilatérale du service par primauté de l'intérêt général ou collectif. Egalité des prestations fournies et des charges demandées, absence de discrimination, réserve des agents.

<sup>190</sup> Article L. 6161-5 CSP, Al. 1 à 3 : « Sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif : 1° Les centres de lutte contre le cancer ; 2° Les établissements de santé privés gérés par des organismes sans but lucratif qui en font la déclaration auprès de l'agence régionale de santé... ».

<sup>191</sup> CORMIER (M.), *Les établissements privés d'intérêt collectif*, In : CORMIER (M), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, page 107.

qualification d'ESPIC est ainsi susceptible d'être retenue... pour les établissements de santé gérés par une association, une fondation, une congrégation religieuse, une mutuelle, un organisme de retraite complémentaire, et de prévoyance, un centre de lutte contre le cancer, et par un groupement de coopération sanitaire de droit privé ayant la qualité d'établissement de santé (CSP L. 6133-7), dans la mesure où ces organismes gestionnaires poursuivent effectivement un but non lucratif ». Dans la mouvance de celles des EPS exposées plus haut, des garanties de service public sont apportées par les ESPIC grâce à l'action combinée des articles L. 6112-3 et cette fois L. 6161-5 Al. 4 et 5<sup>192</sup>. Ces garanties couvrent une partie des éléments de la doctrine dite des lois de Rolland<sup>193</sup> : un égal accès à des soins de qualité, à des tarifs publics ou conventionnés (égalité), une permanence d'accueil, de prise en charge, d'orientation (continuité), la prise en charge et le traitement du patient à des tarifs « administrés », c'est-à-dire règlementaires ou conventionnels, et non pas libres. Mais non la garantie de mutabilité (ou adaptation) pour des raisons d'intérêt général, ce qui s'explique par la nature de l'ESPIC, malgré tout, d'établissement privé. Cependant, on peut noter que les acteurs du secteur privé à but non lucratif, ont fortement œuvré pour se voir admettre, dans la loi HPST, à continuer de participer de la sorte au service public hospitalier<sup>194</sup>.

c) Missions potentielles de service public de l'ensemble des établissements de santé.

Etendant dix missions<sup>195</sup> progressivement ajoutées au service public hospitalier, à quatorze missions de service public<sup>196</sup>, dissociables, exerçables sous contrat (CPOM ou spécifique) par

---

<sup>192</sup> Article L. 6161-5 CSP, Al. 4 et 5 : « Les obligations à l'égard des patients prévues aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3 sont applicables aux établissements de santé privés d'intérêt collectif pour l'ensemble de leurs missions. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale ».

<sup>193</sup> ROLLAND (L.), *Ibid.*

<sup>194</sup> CORMIER (M.), *Ibid.* p. 104.

<sup>195</sup> La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 et son article 7 constituait la dernière extension et compilation d'additions législatives successives.

<sup>196</sup> Article I. 6112-1 CSP, Loi HPST article 1<sup>er</sup>-IV : « 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 postuniversitaire ; 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

la plupart des acteurs de santé, la loi HPST les recentre sur de nouvelles nécessités d'intérêt général, social, de droits des patients, ce qui est dans la nature du service public.

Certaines sont nouvellement formulées par la loi de 2009 en tant que missions de service public : une permanence des soins<sup>197</sup> en établissements de santé, la prise en charge des soins palliatifs, les actions de santé publique, les soins aux personnes hospitalisées sans leur consentement. D'autres étaient déjà établies : enseignement universitaire et post universitaire, lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les professions ou institutions ou associations compétentes, soins aux personnes retenues (droit d'asile), soins aux personnes retenues en centre socio-médico-judiciaires de sûreté (crimes). Enfin les restantes étaient mentionnées sous des libellés voisins : recherche, développement personnel continu des praticiens hospitaliers ou non, formation initiale, DPC, recherche des sages-femmes et personnels paramédicaux, éducation et prévention et leur coordination, aide médicale urgente conjointe avec les praticiens et autres professionnels ou personnes ou services concernés, soins aux détenus en milieu pénitentiaire et hospitalier ;

De fait, la notion organique de service public hospitalier créée par la loi du 31 décembre 1970, mais non référencée par la loi HPST, est remplacée par certaines dispositions propres aux établissements publics de santé<sup>198</sup> et par l'extension de sept à quatorze missions matérielles de service public accessibles essentiellement par volontariat et en tout ou partie à la plupart des acteurs de santé<sup>199 200 201</sup>.

---

santé publique. 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale. 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 ».

<sup>197</sup> Les acceptions de permanence des soins avaient été cernées lors du Colloque annuel sur "*La permanence des soins*" du 24 mars 2006 de l'Association française du Droit de la santé (AFDS) avec les contributions de Jean-François Bayet, Philippe Blanchard, Pierre-Louis Bras, Patrick Broudic, Maxence Cormier, Hélène Gaumont-Prat, Marie-Laure Moquet-Anger, Jacques Roland, Didier Truchet, François Violla, Daniel Vion. Actes publiés dans la Revue générale de droit médical, n° spécial 2006, 131 p.

<sup>198</sup> L. 6112-3, 6112-3-1, 6141-7-1, 6131-2 CSP

<sup>199</sup> Art. L. 6112-1 à 9 CSP

<sup>200</sup> Ce sujet est largement développé dans :

E. COUTY, C. KOUCHNER, A. LAUDE, D. TABUTEAU (Sous la direction de), « *Regards sur la réforme du système de santé* », Presses de l'École des hautes études en santé publique, Rennes, 2009, pp. 21, 53, 73, 83, 105, 385 ; et dans :

CORMIER (M.), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, RGDM , n° spécial, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 2011, pp.75 et 240.



Nous les examinerons suivant leur mise en œuvre.

#### 1- Missions à procédure spécifique

Certaines de ces missions, exerçables notamment par tout établissement de santé, sont attribuables par procédures spécifiques d'agrément, d'appels à projet national ou régional ou de politique nationale de santé publique. Il s'agit de :

-« l'enseignement universitaire et post universitaire » (3°)

Est concerné spécifiquement, l'accueil des internes en médecine, pharmacie et odontologie. Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, précisée sur ce point par le décret du 25 juin 2010 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, les établissements de santé privés comme les publics peuvent accueillir des internes en formation dans la mesure où la valeur formatrice des stages proposés est reconnue. Les modalités d'agrément des lieux de stage sont définies par les ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. Le DGARS procède à l'agrément des lieux de stage après avis de la Commission de subdivision. La Commission d'évaluation des besoins en formation du 3e cycle des études médicales, présidée par le doyen de la Faculté, définit les spécialités concernées par les besoins en formation. Dans le cadre de la réforme de l'organisation du 3e cycle des études de médecine, la procédure d'agrément des établissements privés à la formation des internes est intervenue pour l'année universitaire 2011-2012. La contribution des établissements privés reste cependant très minoritaire, de l'ordre d'une dizaine dans un total régional Languedoc-Roussillon de six cents.

-« la recherche » (4°).

Mission d'intérêt général (MIG), d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI), la mission de recherche n'a pas vocation à être déléguée à tout établissement. Elle s'articule autour des établissements reconnus au titre des MERRI. Le financement est déterminé au niveau national par l'intermédiaire de la dotation MERRI incluant les appels à projets. Il existe d'autres sources de financement nationales, internationales et européennes.

-le « développement professionnel continu (DPC) des praticiens hospitaliers et non hospitaliers » obligatoire dans chaque établissement (5°).

---

<sup>201</sup> *Schéma régional d'organisation sanitaire Languedoc Roussillon 2012 - 2017*, arrêté le 9 mars 2012, duquel nous avons extrait nombre d'éléments au bénéfice des développements 1) à 3), [www.ars.languedocroussillon.sante.fr](http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr). pp. 230 à 246.

Nous en développons plus loin l'intérêt de santé publique et de perfectionnement individuel. Le DPC consiste en l'organisation par un établissement de santé, de stages de formation continue, dans le cadre de la mise en œuvre du développement professionnel continu, à destination de praticiens hospitaliers, y compris ceux exerçant dans d'autres établissements de santé, ainsi que de médecins d'exercice libéral en ville. Tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de le mettre en œuvre.<sup>202</sup> Les établissements de santé publics consacrent au financement des actions de DPC des médecins, pharmaciens, odontologistes qu'ils emploient un pourcentage minimum fixé par décret, du montant des rémunérations versées.

En établissement privé, tout employeur concourt au développement de la formation professionnelle continue en participant, chaque année, au financement des actions mentionnées à l'article L6313-1 du code du travail.

-« la formation initiale et le développement professionnel continu » – obligatoire aussi – « des sages-femmes et du personnel para médical » (6°).

La formation initiale du personnel paramédical comprend toute formation qui vise l'acquisition de compétences pour une personne qui n'a jamais exercé la profession pour laquelle elle désire se préparer. La formation initiale est dispensée au sein et d'instituts agréés à cet effet pour le personnel paramédical et en université pour les sages-femmes. La mission de développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical consiste en l'organisation par un établissement de santé de stages de formation continue à destination des professionnels hospitaliers et de ceux qui exercent dans d'autres établissements de santé. Tous les établissements de santé publics et privés ont l'obligation de contribuer à la formation initiale et à la mise en œuvre du développement professionnel continu. Ils contribuent à la formation initiale par l'accueil de stagiaires (le secteur privé commercial sachant s'en exonérer unilatéralement pour des raisons financières<sup>203</sup>) et par une

---

<sup>202</sup> L'obligation de mettre en œuvre le développement professionnel continu a pris effet 18 mois après la publication le 1er janvier 2012 des décrets n° 2011-2115, 2116, 2118 du 30 décembre 2011.

<sup>203</sup> FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), Magazine *Missions Santé*, (assez mal nommé par rapport à ce qui suit) édité par la FHP tous les trimestres et consacré à l'actualité des établissements de santé privés de statut commercial, 1<sup>er</sup> mars 2014: « Contrainte de démontrer son rôle incontournable, l'Hospitalisation privée engage un plan d'actions d'envergure : -Suspension de la formation des infirmiers par celle de leurs stages [de 3<sup>e</sup> année] à compter du 1er mars 2014 pour une durée indéterminée ». La démarche anti sociale de l'hospitalisation de statut commercial se prolonge par la : « - Suspension du Plan pour l'emploi du secteur (+3000 emplois) s'adressant à toutes les catégories de personnel et poursuivant l'objectif de favoriser l'emploi de publics en difficultés ». <http://www.fhp.fr/1-fhp/6-informations-services/270-missionssante>.

participation financière, en qualité d'employeurs, auprès respectivement de l'Association nationale de formation permanente pour le personnel hospitalier (ANFH) et de l'Association éducative pour l'hospitalisation privée (AEHP). Ils financent les actions de DPC des sages-femmes et des professionnels de santé paramédicaux et élaborent une politique concertée de développement professionnel.

- les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination (7°), notamment l'éducation thérapeutique du patient (ETP) en lien avec le schéma de prévention.

Ces actions trouvent à l'heure actuelle leur application essentielle dans les programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) en lien avec le schéma régional de prévention. Cette mission de service public a pour objectif de permettre aux patients et à leur entourage de mieux prendre en charge leur pathologie et d'améliorer leur autonomie et leur qualité de vie. Les programmes mis en œuvre sont soumis à autorisation. Cette mission a vocation à être développée et assumée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés mais aussi dans tous les secteurs et lieux de soins en sorte de concerner le plus grand nombre de personnes en proximité maximale.

- les « actions de santé publique » (10°)

La mission d'action de santé publique consiste à la contribution à l'atteinte des objectifs prescrits par la loi relative à la politique de santé publique de 2004<sup>204</sup>. Cette action a pour objectif de promouvoir, protéger et améliorer et, le cas échéant, rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière.

La définition des priorités régionales, des populations cibles et des territoires prioritaires relèvent du schéma régional de prévention du programme régional de santé. Rappelons que le Schéma régional de prévention vise à la promotion individuelle et collective et de la santé environnementale. Certaines de ses actions voient leurs crédits « sanctuarisés » c'est-à-dire qu'ils ne peuvent être supprimés ou transférés. Ils s'adressent à la promotion de la santé, à l'éducation thérapeutique de certains patients et de leur entourage, à la veille et gestion des urgences sanitaires, aux coopérations sanitaires, sociales et médico-sociales. Cette mission a vocation à être assumée par l'ensemble des établissements de santé publics et privés.

-les soins dispensés aux personnes retenues avant expulsion ou reconduite à la frontière, en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit

---

<sup>204</sup> Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

d'asile (13°). La mission de soins dispensés aux personnes étrangères retenues consiste à proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale aux personnes retenues avant une expulsion, une reconduite à la frontière. Citons pour illustration, en Languedoc-Roussillon, les trois établissements publics de santé de Nîmes, Sète et Perpignan qui assurent cette mission au sein des centres de rétention administrative voisins.

## 2- Mission soumise à autorisation et à procédure spécifique.

« L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés » (8°). Une seule des missions de santé publique est attribuable dans le cadre du droit des autorisations. Il s'agit de l'aide médicale urgente (AMU) en lien avec le volet médecine d'urgence du SROS et distinguant les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Le Centre de Réception et Régulation des Appels Médicaux d'urgence, dit Centre 15, est le lieu où sont réceptionnés les appels départementaux d'urgence. La mission d'aide médicale urgente consiste en la réponse, par des moyens exclusivement médicaux, aux situations d'urgence en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours aux fins d'assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. Le volet SROS médecine d'urgence cible la coordination intra et interrégionale des SAMU. Les médecins d'exercice libéral participent à la mission de service public dans le cadre de la régulation. En Languedoc-Roussillon, la mission de service public SAMU est exclusivement assurée par des établissements publics de santé. La mission du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) est de dépêcher sur les lieux d'une détresse une équipe hospitalière médicalisée pour traitement et transport vers un établissement de soins qui aura été, au préalable, prévenu. Cette mission s'effectue à la demande du SAMU départemental. Le volet SROS médecine d'urgence vise à une meilleure coordination des transports sanitaires terrestres et hélicoptés

Seuls les établissements de santé peuvent être autorisés à faire fonctionner une structure mobile d'urgence et de réanimation. A l'exception de rares antennes de SMUR implantées dans des établissements privés, la quasi-totalité des services mobiles d'urgence et de réanimation sont assurés par des établissements publics.

### 3- Missions sans modalité spécifique d'attribution et soumises à procédure d'appel à candidature

Certaines missions ne comportent, en l'état de la réglementation, aucune procédure spécifique d'attribution qui soit fixée par la réglementation actuellement en vigueur. Elles sont susceptibles cependant de relever d'une reconnaissance prioritaire<sup>205</sup> au sens de l'article 6112-2 CSP, prévoyant une possibilité d'attribution à un établissement de santé qui assurait une de ces missions à la date de publication de la loi HPST<sup>206</sup>:

- Il s'agit notamment de la permanence des soins (1°) en établissements de santé (PDESES) issue de l'article 1er-IV de la loi HPST (L. 6112-1 CSP).

Elle est à distinguer de la permanence des soins ambulatoire des médecins à activité libérale (PDSA) issue de l'article 49-1 de la loi HPST (L. 6314-1 CSP).

La mission de service public de PDESES comprend la continuité des soins et la permanence pharmaceutique et consiste<sup>207</sup>, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. La PDESES englobe l'ensemble des spécialités de médecins nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Elle ne concerne pas l'activité réalisée dans le cadre de la continuité des soins. Les besoins sont déterminés par territoire en application de la réglementation et en prenant en compte les propositions de différents experts, et vise une couverture homogène de la permanence des soins garantissant un égal accès aux soins pour tous. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) permettra de contractualiser avec les établissements de santé participant à la PDESES, en cohérence avec l'organisation régionale des territoires de santé.

L'organisation s'inscrit dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes : les médecins libéraux participent à la mission de service public de PDESES. Il s'agit d'une mission de service public intéressant particulièrement les établissements privés à but lucratif soit pour des raisons d'attractivité, soit d'obtention d'agrément d'activité de soins ou de

---

<sup>205</sup> En fait contradictoire de la notion de carence

<sup>206</sup> Article L. 6112-2 CSP dernier alinéa : « Les missions de service public qui, à la date de publication 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, sont déjà assurées par un établissement de santé sur un territoire donné peuvent faire l'objet d'une reconnaissance prioritaire dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ».

<sup>207</sup> DUPONT (M.), BERGOIGNAN-ESPER (C.), PAIRE (C.), *Droit hospitalier*, 8<sup>e</sup> édition 2011, Editions Dalloz, page 436, qui développe les dispositions de l'important arrêté ministériel du 30 avril 2003, JORF du 2 mai, p. 7655.

matériel lourd. Elle n'est pas compatible avec un tri des malades et des dépassements d'honoraires par leurs médecins. Aussi marque-t-elle pour les établissements de santé lucratifs une intéressante et rare compatibilité du service public avec l'exercice libéral de la médecine rémunérée à l'acte. La prédominance du service public de la permanence des soins en établissements est néanmoins le fait des hôpitaux publics<sup>208</sup>.

- la prise en charge des soins palliatifs par des unités de soins palliatifs, en lien avec le volet soins palliatifs du SROS (2°).

La mission de service public prise en charge des soins palliatifs consiste pour un établissement de santé à disposer d'une ou plusieurs unités identifiées soit équipe mobile soit unité de soins palliatifs. Cette mission doit être distinguée des réseaux de maintien à domicile, unités d'hospitalisation à domicile ou lits identifiés pour la pratique des soins palliatifs au sein d'un service. Elle ne concerne pas les unités de médecine, soins de suite et de réadaptation ou de soins de longue durée qui, sans avoir le titre d'unités de soins palliatifs peuvent également assurer cette activité.

La mission de service public, quant à elle, est assurée dans la grande majorité des cas par les établissements publics.

- la lutte contre l'exclusion sociale (9°).

En lien avec le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) et le schéma régional de prévention, la mission de lutte contre l'exclusion correspond à la prise en charge de patients en situation de précarité. Soit dans le

---

<sup>208</sup> Sur 1,3 milliard d'euros de coût de la permanence des soins pour l'assurance maladie en 2012, celle des établissements de santé s'est élevée à 679 millions d'euros en 2012, soit 632 millions pour les hôpitaux et près de 47 millions pour les cliniques. Hors établissements de santé, le coût de l'ambulatoire est resté stable de 2011 à 2012, soit 396 millions d'euros environ. Les gardes des ambulances et des pharmacies ont coûté respectivement 188 et 57 millions d'euros. Rapport du directeur général de l'assurance maladie lors d'une audition le 30 janvier 2014 à l'Assemblée nationale.

cadre d'une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)<sup>209</sup> établie au sein de l'établissement public (ou rarement privé dans le cadre de cette participation au service public), soit d'une équipe mobile assurant le suivi et les soins de personnes en cas d'exclusion dans leurs lieux de vie, soit de l'accueil d'un volume de personnes en situation de précarité ouvrant droit à la perception d'une indemnité de mission d'intérêt général (MIG).

Cette action vise à faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Les établissements publics assurent la majeure partie de cette mission de service public.

- La prise en charge de personnes sans leur consentement (11°).

Sont concernées les deux modalités de prise en charge possibles, soit l'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, et d'autre part l'admission sur décision du représentant de l'Etat.

Notons la vacuité actuelle de la notion juridique de secteur psychiatrique et donc de l'établissement en charge des hospitalisations sans consentement. Ainsi que le note le rapport sur le pacte de confiance pour l'hôpital<sup>210</sup>, « dans la suite de la loi HPST, l'ordonnance du 23/2/2010<sup>211</sup> supprime, en droit, le secteur, alors même que la loi du 05/07/2011<sup>212</sup> y fait référence ». Il convient note le rapport, « de réaffirmer clairement que la prise en charge des

---

<sup>209</sup> Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat 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.

<sup>210</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur, page 18, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>211</sup> Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0930688R, JORF 25 février 2010. Elle modifie le CSP (art L 32221-1).

<sup>212</sup> Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, NOR: ETSX1117295L JORF n°0155 du 6 juillet 2011 page 11705.

maladies mentales, dans le cadre du parcours de vie des patients, est assurée sur un territoire de proximité défini par le secteur psychiatrique ».

La mission de service public coïncide dans la très grande majorité des cas avec les implantations d'établissements publics spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales. Cette mission de service public est l'apanage très prédominant des établissements publics de santé<sup>213</sup>.

- les soins dispensés aux détenus dans les unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) et en milieu hospitalier (12°).

La mission de soins dispensés aux détenus consiste à assurer à la population incarcérée une qualité et une continuité des soins équivalente à celles dont dispose l'ensemble de la population, au travers des consultations et des soins prodigués dans l'unité placée en milieu pénitentiaire et, si nécessaire en milieu hospitalier. Pour chaque établissement pénitentiaire, le DGARS désigne un établissement de santé de proximité chargé de dispenser aux détenus les soins adaptés en matière de soins somatiques comme de soins psychiatriques.

Il s'agit des établissements publics de soins dans la quasi-totalité des cas.

-La mission de soins aux personnes retenues dans les centres socio-médico judiciaires de sûreté (14°). Elle consiste à proposer une prise en charge médicale, psychologique et sociale destinée à réduire la dangerosité des personnes placées en rétention de sûreté. Il n'existe actuellement au plan national, qu'un seul centre expérimental, à Fresnes.

Quels sont les acteurs potentiels des missions de service public ?<sup>214</sup>

---

<sup>213</sup> METAIS (J.) : "*Rapport sur l'hospitalisation privée en psychiatrie : état des lieux et avenir*", 3 décembre 2013 : « La pratique la plus répandue se fait sans participation aux missions de service public, par convention généralement peu formalisée, et qui n'entraîne de fait aucune obligation pour l'établissement privé, si ce n'est parfois d'admettre un nombre déterminé de patients pendant une période donnée. Beaucoup plus rares sont les établissements privés qui acceptent les patients sans consentement ». Il en dénombre six en France. Il précise que l'offre de statut commercial est marquée par une part prépondérante des groupes, avec par ordre d'importance du parc, principalement ORPEA-CLINEA, Générale de Santé, VP investissement, INICEA, SINOUE ET MEDICA. [www.sante.gouv.fr/conseillers-generaux-des-etablissements-de-sante](http://www.sante.gouv.fr/conseillers-generaux-des-etablissements-de-sante).

<sup>214</sup> « Art. L. 6112-2. – Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :  
– les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé. – l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; – le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en conseil des ministres. – les groupements de coopération sanitaire ; – les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ; – les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.



Les établissements de santé, les centres, maisons et pôles de santé, l'Institut national des Invalides, le Service de santé des armées<sup>215</sup>, les GCS et les titulaires d'autorisation d'équipement lourd, les praticiens hospitaliers ou leurs structures, les personnes désignées par l'ARS. Soit en théorie la quasi-totalité des acteurs de santé. Ce quasi universalisme théorique contraste avec certaines discrétions de la loi HPST

### *§ 2- Les discrétions du bloc législatif HPST*

La législation HPST, tout en reconfigurant les missions de service public, a consolidé ou développé les garanties de service public d'égalité, de permanence, de mutabilité, de quasi gratuité. Mais son très large champ n'a pu, ou a omis de mentionner la garantie de neutralité, conséquence de plus en plus sensible pour les patients et les personnels de la garantie d'égalité. Cette abstention provenait-elle d'une frilosité politique ? Peut-être.

En revanche, la discrétion qui a entouré sa modification par la loi Fourcade fut sans doute d'ordre politique et illustrative du précepte « vivons heureux, vivons caché » et une réussite. La loi du 10 août 2011 a été et reste encore très peu commentée. Nous examinerons successivement le concept de la neutralité du service public hospitalier (A), puis ce qui nous semble représenter, par la loi Fourcade, un infléchissement libéral de la loi HPST (B).

#### *A- La neutralité dans le service public hospitalier.*

Le **concept (I)** de neutralité transcrit dans le droit, cherche son application dans les **faits (II)**.

##### I. L'abord du concept en établissement de santé

La neutralité est intrinsèquement une notion équivoque et d'utilisation très variée. Peut être neutre un caractère personnel, une relation internationale, un genre grammatical, ce qui n'est ni bon ni mauvais, celui qui ne participe pas, qui ne prend pas parti, de teinte indécise. Dans

---

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées. »...

<sup>215</sup> Par économie de notre sujet, nous ne traiterons pas du Service de santé des armées qui dépend directement et uniquement du ministère de la défense. Les neuf « hôpitaux d'instruction des armées » sans personnalité juridique et à financement par dotation globale, ne participent que marginalement à certaines missions de service public décidées conjointement avec le ministère de la santé. Surtout, ils ne sont pas astreints aux garanties de service public (Art. L. 6112-3) et leur mutabilité ne ressort que du ministère de la défense. Leur permanence, leurs mutations et surtout leur renouveau à rechercher, notamment depuis la suppression du Service national (1996-2001,) nécessiteraient des développements s'écartant du service public hospitalier.

un service public, définie aussi par défaut, elle est donc un art d'applications concrètes qui se positionne dans un contexte spécifique.

L'hôpital est un lieu de valeurs biologiques. On y naît et la naissance n'est pas qu'un acte médical. On touche au corps à l'hôpital et le soin s'introduit dans le rapport au corps qui est différent d'une culture à une autre, d'une personne à une autre. On meurt à l'hôpital et la mort ne peut se médicaliser qu'en rapport avec une foi ou une conception du monde qui structure chaque individu. L'hôpital occidental du XXI<sup>e</sup> siècle, tendu par l'efficacité qui lui est demandée, est menacé d'un risque d'objectivation du patient, organiciste et techniciste. Or le soin est aussi d'ordre mental, subjectif, humaniste et même religieux, s'adresse à un homme, à une femme, à un enfant dans la plénitude de sa personne, de sa culture, de sa croyance, de son identité. Est ainsi restauré et élargi, le concept hospitalier initial de soin charitable simultané au corps et à l'âme<sup>216 217</sup>. Plus théoriquement, le concept de neutralité se cerne par celui d'égalité<sup>218</sup>.

a) La neutralité, corollaire de l'égalité.

La genèse du concept de service public hospitalier nous a montré plus haut combien l'égalité et la neutralité participent de ses valeurs morales. Le « Bon Samaritain » de L'Évangile secourt le blessé juif sur le bord de la route, alors même qu'il est méprisé et considéré comme un impie<sup>219</sup>, un étranger<sup>220</sup>, appartenant à un autre peuple de pensée<sup>221</sup>. Il agit parce que le blessé est homme et a droit à une égalité de compassion pour cette raison. Lorsque l'Église chrétienne organise le service public hospitalier, elle accueille toute personne. On ne connaît pas dans les hôpitaux d'instructions d'exclusion pour hétérodoxie de pensée. Cependant, les guerres de religion ont apporté de fait des altérations à ce principe, conséquence d'une unité

---

<sup>216</sup> VIALLA (F.), *Le libre exercice du culte dans les établissements médico-sociaux*, in *La religion dans les établissements de santé*, Les études hospitalières, Bordeaux, 2003, p.178, et qui cite :

<sup>217</sup> DOMAT, *Les lois civiles dans leur ordre naturel, Le droit public, et legum delectus*, nouvelle édition par Héricourt, De Bouchevret et Ganeau, M.DCC.XLV, titre XVIII, « Des hôpitaux », p.501-519.

<sup>218</sup> ESPLUGAS (P.), *Notion de service public-Droit interne et droit de l'Union européenne*, JCA 01, 2011, fascicule 149, 25 octobre 2010, Passim pp. 24, 44, 45.

<sup>219</sup> DANIEL-ROPS de l'Académie française, *Jésus en son temps*, Copyright F. Brouty, J. Fayard et Cie, 1945, Bruxelles, Club international du livre, p. 400.

<sup>220</sup> LUC, 17, 11-30, *La Bible*, Emile OSTY, Seuil, 1976.

<sup>221</sup> JEAN, 1, 1-30 : « Les juifs n'ont en effet pas de relations avec les Samaritains », Ibid.

morale de la Nation divisée sur le fait théologique. L'hôpital applique toujours la logique sociale dominante. La loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970<sup>222</sup> mentionne que les établissements qui assurent le service public hospitalier sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services... et qu'ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.

La loi HPST<sup>223</sup> du 21 juillet 2009 portant réforme hospitalière et relative aux patients, à la santé et aux territoires est plus précise. Tout patient d'un établissement public de santé ou d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif bénéficie des garanties d'égal accès permanent à des soins de qualité. Cette obligation s'étend à l'ensemble des établissements de santé ou personnes, chargées d'une ou plusieurs des quatorze missions de service public définies à l'article 6112-1. L'égalité juridique des patients est donc bien liée en exclusivité au service public et réciproquement. Sans que la neutralité du service public notamment hospitalier soit précisée explicitement. Il faut en rechercher les traces dans d'autres domaines.

b) La neutralité conséquence de la liberté : la laïcité.

Le service public de l'enseignement est proclamé laïc en 1882. Il s'agit de faire pièce à l'enseignement confessionnel. Chargé d'un idéal doctrinal pugnace, ses démêlés de « religion laïque » face aux « religions théocratiques » marquent toujours la scène médiatique. Mais le débat, idéologique pour toutes les parties ne peut de ce fait aboutir.

Nombre d'auteurs se sont interrogés sur la faiblesse de l'écho des difficultés que cherche à résoudre plus d'un million d'hospitaliers dans un service public confronté à l'éthique de l'existence humaine de la population au travers de neuf millions d'hospitalisés par an, quarante de consultations et quinze de passages aux urgences par an. Faible écho médiatique, politique et même des pouvoirs publics.

La loi de séparation des églises et de l'Etat du 9 décembre 1905<sup>224</sup> a sans doute eu dans le domaine hospitalier vieux d'un millénaire et demi, plus de conséquences profondes que dans

---

<sup>222</sup> Ibid., loi n° 70-1318, article 3

<sup>223</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0822640L JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 et s., articles Ier-IV et V codifiés aux articles L. 6112-3 et 6112-3-1 du CSP.

<sup>224</sup> Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des églises et de l'Etat, JORF du 11 décembre, pp. 7205-7209.

le jeune enseignement public de la fin du XIXe siècle. Pensons notamment à l'éviction du rôle organique central des congrégations religieuses hospitalières, déjà affaibli par la Révolution. Décentralisé, le service public hospitalier a recherché un « accommodement raisonnable » avec la laïcité et la neutralité, décentralisé, pragmatique, pouvant s'appuyer dissuasivement sur les pouvoirs propres du directeur décrits à l'article R. 1112-49 CSP<sup>225</sup>.

## II. La neutralité dans le service public de santé : normativité et réalité.

Normativement, la neutralité liée au service public dans le domaine de la santé s'appuie naturellement sur un socle sociopolitique formé respectivement les 11 et 17 décembre 2003 par le rapport de la commission Stasi<sup>226</sup> et le discours du Président de la République Jacques Chirac<sup>227</sup>. Leur conséquence règlementaire directe se limitera cependant à une circulaire, le 2 février 2005<sup>228 229</sup>. La réalité est évidemment plus protéiforme. Les établissements de santé étant autonomes, le ministère de la santé ne peut, comme ailleurs, fournir d'éléments exhaustifs sur l'application du principe de neutralité. Nous nous fonderons donc d'une part sur notre expérience hospitalière personnelle de quarante-huit années portant sur six établissements et d'autre part sur la perception indirecte des agences régionales de santé telle que transmises au ministère de la santé<sup>230</sup>.

---

<sup>225</sup> « Lorsqu'un malade, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend, avec l'accord du chef de service, toutes les mesures appropriées pouvant aller éventuellement jusqu'au prononcé de la sortie de l'individu ».

<sup>226</sup> STASI (B.), *Laïcité et République, Rapport au Président de la République*, remis le 11 décembre 2003, La documentation française, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>.

<sup>227</sup> Discours de Jacques Chirac, président de la République, Palais de l'Élysée, le mercredi 17 décembre 2003, relatif au respect du principe de laïcité dans la République : <http://www2.cndp.fr/laicite/pdf/chirac.pdf>.

<sup>228</sup> Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, BO Solidarité santé n°2, 2005, p.57. NOR : SANH0530037C.

<sup>229</sup> MARTINEZ (E.), *La laïcité à l'hôpital, propos autour d'une circulaire de « bonnes pratiques*, RDS n°5, mai 2005, chroniques, pages 178 à 184, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

<sup>230</sup> LENOIR-SALFATI (M.), Adjointe au Sous-directeur des ressources humaines du système de santé du ministère des Affaires sociales et de la Santé, Passim, *Point d'étape sur les travaux de l'observatoire de la laïcité, État des lieux concernant la laïcité dans les établissements de santé*, 25 juin 2013, [www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr).

a) Les champs d'application : les personnels et les usagers.

1- Les personnels de l'hôpital public.

La circulaire du 2 février 2005<sup>231</sup> relative à la laïcité dans les établissements relevant de la Fonction publique hospitalière développe les conséquences de la neutralité du service public hospitalier et des fonctionnaires et agents publics.

Soit l'interdiction du port de tout signe distinctif d'une appartenance religieuse, y compris pour le personnel congréganiste<sup>232</sup>.

Ainsi, la jurisprudence a estimé légale la décision d'un établissement hospitalier ayant refusé un <sup>233</sup>renouvellement de contrat à une aide-soignante voilée. Et ce, au motif « que cette obligation trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance ».

Qu'en est-il du respect de ces règles ? Les problèmes rencontrés résident notamment dans diverses manifestations identitaires : ports de voile, prières à certains moments de la journée, souhaits d'aménagement d'horaire pour ne pas travailler les jours de fêtes religieuses. Dans les faits, un dialogue approprié, l'éventualité d'une action directoriale conduisent le plus souvent à un règlement dans le respect des principes de neutralité des agents publics.

Qu'en est-il des aumôniers et de la conciliation de la neutralité et de la présence des cultes à l'hôpital ? La Constitution du 4 octobre 1958 rappelle dans son article 2 que « La France est une République...laïque...» qui « assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion » et qui « respecte toutes les croyances ». La loi du 9 décembre 1905 a posé dans son article 2, les termes d'un équilibre selon lequel, à la fois, « la République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte » et que « pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons. » en raison du caractère particulier de ces lieux. Aussi, « nombre d'auteurs qualifient les aumôneries comme participant à un service public du

---

<sup>231</sup> Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, Ibid.

<sup>232</sup> Hors le cas spécifique des établissements confessionnels privés hors service public, le personnel congréganiste peut exercer en hôpital public soit à titre individuel soit plus rarement depuis un vingtaine d'années, en vertu d'un traité révocable au gré des parties, clivant de la sorte la nature des relations contentieuses (CE 22 février 1918, Recueil Lebon page 186).

<sup>233</sup> TA Paris 17 octobre 2002, *AJDA*, 2003, p. 99, note Marie-Christine DE MONTECLER.

culte »<sup>234</sup>. La circulaire du 20 décembre 2006<sup>235</sup> relative aux aumôniers des établissements relevant de la fonction publique hospitalière règle l'organisation de ce service : les aumôniers peuvent être bénévoles, mais l'établissement public de santé peut aussi recruter des aumôniers à temps plein, recrutement sur la proposition des autorités cultuelles : « en l'absence d'autorité cultuelle clairement identifiée, il ne peut être donné droit à une demande de mise en place d'un service d'aumônerie ». Le service d'aumônerie dispose de moyens matériels : lieux de prière, bureau en contrepartie de la permanence du service. La circulaire du 5 septembre 2011<sup>236</sup> jette le cadre de la charte des aumôneries des établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Elle prévoit les missions et champs d'intervention qui sont conditionnés par la demande. Cette disposition établit la qualité et le rôle en tant qu'agent public de l'aumônier<sup>237</sup>, corollairement médiateur et formateur. Elle établit la nécessité pour chaque culte de cadrer son intervention dans un projet de service projeté par l'administration hospitalière et concerté avec le Directeur. Aussi de tenir une liste de ses bénévoles et de présenter un rapport d'activité devant la Commission de la relation avec les usagers, et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Ces circulaires ont contribué à une clarification du statut, du rôle des aumôniers et de leur origine, même si cette dernière est floue dans certains cultes.

Qu'en est-il des bénévoles cultuels ? Le Code de la santé publique<sup>238</sup> dispose que les établissements doivent faciliter les interventions de bénévoles auprès des patients et que ces interventions doivent être autorisées par l'administration de l'établissement, cadrées par conventions. Une convention type précise que l'association fournit l'objet précis de son intervention qu'elle s'engage à respecter. Elle est astreinte à tenir une liste tenue à jour des personnes qui interviendront au sein de l'établissement, tenues à un port de badge. De même à respecter le règlement intérieur, à ne pas interférer dans les soins, à respecter les personnes

---

<sup>234</sup> MARTINENT (E.), *Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé*, in *La religion dans les établissements de santé* sous la direction de Vincente FORTIER et de François VIALLA, Les études hospitalières, Bordeaux, 2013, p.144.

<sup>235</sup> Circulaire DHOS/P1/2006/538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements publics sanitaires et médico-sociaux portant dispositions statutaires à la fonction publique hospitalière.

<sup>236</sup> Circulaire n° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements publics de santé, NOR : ETSCH1124811C.

<sup>237</sup> VENTURA (C.D.), *Le « statut » de l'aumônier hospitalier*, RDS n° 44, p. 675 à 678, [www.bnnds.fr](http://www.bnnds.fr).

<sup>238</sup> Article L. 1110-11 CSP appliqué par le décret n° 2000-1004 du 16 octobre 2000, JORF du 18, et la circulaire du 4 octobre 2000.

hospitalisées : notamment leurs opinions politiques, philosophiques et religieuses, leur dignité et leur intimité, ainsi qu'à fournir un bilan de son activité. L'établissement peut en cas d'infraction s'opposer à l'intervention d'un bénévole, voire de l'association.

## 2- Les usagers du service public.

La neutralité que l'établissement public de santé garantie à son usager doit fondamentalement s'apprécier au regard des droits généraux des personnes malades et des usagers du système de santé<sup>239</sup>. Et la circulaire du 2 mars 2006<sup>240</sup> relative au droit des personnes hospitalisées comporte une charte du patient hospitalisé en vigueur dans tous les établissements de santé<sup>241</sup>: le patient hospitalisé n'est pas seulement un malade. Il est avant tout une personne<sup>242</sup> avec des droits et des devoirs<sup>243</sup>. Un patient doit pouvoir dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression. Mais ces droits s'exercent dans le respect de la liberté d'autrui. De même tout prosélytisme est interdit.

Plus précisément, la circulaire du 2 février 2005 précitée sur la laïcité dans les établissements publics de santé rappelle le principe explicité par l'article R.1112-46 du CSP, selon lequel les patients hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte et de recevoir la visite du ministre du culte de leur choix. Le livret d'accueil doit comporter les indications sur les différents cultes et le nom de leurs représentants dans l'établissement. L'usager doit pouvoir procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion de son choix à l'occasion du décès de ses proches. Il a le libre choix de son établissement de santé et du

---

<sup>239</sup> Articles 1110, 1111 et 1112 du CSP notamment.

<sup>240</sup> Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/CD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

<sup>241</sup> VIALLA (F.), *Brèves remarques sur la nouvelle charte de la personne hospitalisée*, RDS, n°12, juillet 2006, p.348 et s. ([www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)); et *Les principes fondamentaux de la législation sanitaire à l'épreuve de la laïcité et du service public*, JCPE 2004, supplément n°1, p.26 et s. et *La laïcité à l'hôpital* in Mélanges offert au Professeur Michel Miaille, Presses universitaires Montpellier, 2008.

<sup>242</sup> OTANN (M.), *La liberté confessionnelle dans les établissements de santé*, RDS n°24, p.441 à 456, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

<sup>243</sup> Notons que la personne atteinte de troubles mentaux faisant l'objet de soins psychiatriques dispose du droit formel de « se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix » (L. 3211-3 CSP).

praticien suivant l'article L. 1110-8 CSP et en vertu du code de déontologie médicale qui fait obligation de respecter le droit que possède toute personne de choisir son médecin<sup>244</sup>.

Cependant cette liberté ne s'étend pas à des motifs tirés de la religion connue ou supposée de ce dernier. De même, elle ne peut entraver la qualité des soins et les règles d'hygiène. Ainsi le patient doit accepter les tenues vestimentaires imposées compte tenu des soins qui lui sont donnés. Ni au fait de compromettre la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches. Ni à porter atteinte au fonctionnement régulier du service. Le Directeur de l'établissement de santé doit faire respecter strictement ces diverses dispositions qui constituent des garanties essentielles pour les malades.

Qu'en est-il du respect de ces règles ? Les lignes de front des difficultés gérées localement, dans les services de soins ou au niveau de l'hôpital, établissement public autonome, se concentrent sur des récusations<sup>245 246</sup> de personnels essentiellement des médecins, notamment aux urgences et en gynécologie-obstétrique. Aussi sur des incidents dans les services d'urgence, des revendications concernant la nourriture, des problèmes liés au respect des rites mortuaires, des difficultés de cohabitation entre patients dans les chambres communes. Elles sont néanmoins suffisamment importantes et en progression pour que des initiatives locales émergent : ainsi en Région Midi-Pyrénées suite à des incidents en maternité, l'ARS en collaboration avec le conseil départemental de l'ordre des médecins de Haute Garonne a constitué un groupe de réflexion sur ces problématiques et travaillé à l'élaboration de fiches établies autour de situations difficiles et proposant des solutions acceptables et validées par tous. Ces dernières portent sur les refus de soins ou d'exams, les demandes de circoncision<sup>247 248</sup>, de réfection d'hymen, les interruptions de grossesse. Aussi sur les conséquences de jeûnes et interdits alimentaires et les compositions des gélules à base de gélatine porcine. D'autre part, des actions de formation des personnels au fait religieux mais

---

<sup>244</sup> Article R. 4127-6 du CSP

<sup>245</sup> VIALLA (F.), *La récusation en question*, in FORTIER (Vincente), VIALLA (François), (sous la direction de), *La religion dans les établissements de santé*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2013.

<sup>246</sup> POIROT-MAZERES (I.), *L'hôpital, le médecin et le croyant. Le regard du juriste*, in LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité*, Les cahiers de droit de la santé du sud-est, n°13, Les études Hospitalières 2011, p.199, citée par VIALLA (F.), *Ibid.*

<sup>247</sup> VIALLA (F.), *Protection de l'intégrité personnelle des enfants*, *Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe, Résolution 1952*, 2013, RDS n° 57, janvier 2014, p.939 à 941, [www.bnnds.fr](http://www.bnnds.fr).

<sup>248</sup> FORTIER (V.), *La circoncision rituelle : une atteinte à l'intégrité pour les juges de Cologne*, RDS, n°51, janvier 2013, p.84 à 88, [www.bnnds.fr](http://www.bnnds.fr).



aussi aux principes de la laïcité constituent un axe d'orientation prioritaire de formation pour les agents de l'hôpital public.

b) Les établissements privés et publics dans le cadre des missions de service public.

Certains établissements de santé privés, soit commerciaux, soit d'intérêt collectif (ESPIC)<sup>249</sup> sont appelés, sur leur demande, à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs missions de service public parmi quatorze visées à l'article L. 6112-1 CSP. Il en résulte une marge grise d'indétermination de la position des établissements privés dans le cadre d'une mission de service public, sur laquelle il convient de se pencher. Au sein de ces établissements, le droit commun du travail s'applique aux salariés. Aussi, un employeur privé peut sur le fondement du code du travail<sup>250</sup> imposer des restrictions à la liberté religieuse de ses salariés dès lors que celles-ci sont justifiées par la nature de la tâche à accomplir et proportionnées au but recherché. Notamment si elles sont gouvernées par un impératif de sécurité, d'hygiène ou de qualité de relation au public.

Quant aux patients de ces établissements, s'appliquent la charte du patient hospitalisé et les dispositions du code de la santé publique régissant l'ensemble des établissements de santé qu'ils soient publics ou privés. De plus, en 2012, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a élaboré et proposé à ses établissements adhérents une charte de la laïcité en cliniques et hôpitaux privés qui reprend l'essentiel des dispositions de la circulaire précitée du 2 février 2005, mais sans en présenter le caractère réglementaire : les patients sont accueillis quelle que soit leur appartenance ou non appartenance religieuse. Les croyances du patient sont respectées : liberté d'expression reconnue en chambre seule ou dans les lieux conçus à cet effet au sein des établissements. Le prosélytisme est interdit. Possibilité est ouverte d'avoir accès au ministre de leur culte avec liste tenue à jour, possibilité de choisir son praticien dans le respect des organisations sauf si le choix devait se fonder sur la religion effective ou supposée. Nous ne connaissons pas de bilan significatif de l'application de cette charte et des difficultés particulières inhérentes à ces établissements.

---

<sup>249</sup> Certains de ces établissements sont d'origine confessionnelle.

<sup>250</sup> Article 1121-1 du code du travail : « Nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés individuelles et collectives de restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché ».

La Cour de Cassation, le 19 mars dernier, au travers de deux arrêts, l'un portant sur la CPAM de Paris, l'autre sur la crèche Baby-Loup, a établi une ligne de partage entre employeurs. D'une part entre personnes privées employant des salariés soumis au code du travail auxquels aucune clause générale de neutralité ou de laïcité n'est opposable, et d'autre part avec les personnes privées délégataires d'un service public qui peuvent au contraire invoquer ces principes pour imposer des contraintes à leurs salariés. Or dans l'activité sanitaire, la distinction se révèle confuse depuis l'ouverture des missions de service public à ces acteurs de santé. Car d'une part ces missions ne concernent pas la totalité de l'activité de ces acteurs<sup>251</sup>. Et d'autre part l'exercice de ces missions entraîne dans le cadre de leur exercice ou de l'admission d'urgence, l'application des garanties de service public à leurs patients. Cependant, celle de neutralité a été omise du dispositif législatif<sup>252</sup>.

A la suite de la commission Stasi<sup>253</sup>, une loi sur la laïcité à l'hôpital avait été envisagée. Le ministère de la Santé a dans la réalité cadré la question par voie de circulaire, estimant que pragmatiquement et surtout politiquement que ce mode était suffisant. Est-ce le cas ? La Haute juridiction devra à notre sens préciser, dans le cadre du droit existant, les critères d'identification de cette ligne de partage. Cette application suppose en outre des précisions puissent être apportées sur la notion de participant ou de collaborateur occasionnel du service public. Aussi aurait-on attendu une plus grande attention de la loi HPST sur une conséquence de cette égalité, la neutralité.

De fait, l'hôpital public peut parfois se sentir mis en péril par l'intrusion de pratiques religieuses intransigeantes et inflexibles. D'autre part, les communautés hospitalières

---

<sup>251</sup> Article L. 6112-1 CSP : « Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : ... »

<sup>252</sup> Article L. 6112-3 CSP : « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1° L'égal accès à des soins de qualité. 2° 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. 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de ré hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge.

Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2 s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public.

<sup>253</sup> Rapport de la commission STASI, remis le 11 décembre 2003, [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr), Ibid.

semblent gérer sans démissionner, et estiment majoritairement que les dispositions des circulaires ministérielles ont globalement répondu à leurs attentes, à celle des usagers, et leur ont permis l'acquisition de références qui permet de situer les situations à risque. Mais ce sont elles qui ont à les gérer.

Enfin, la loi HPST très attachée comme examiné plus haut à son « euro-compatibilité » a peut-être considéré que le concept européen de Service économique d'intérêt général ne considère pas la neutralité comme une condition de soustraction d'un service public aux règles de la concurrence euro-libérale. La discrétion formelle de la loi à ce sujet doit être rapprochée d'une autre discrétion politique :

### ***B - L'infléchissement libéral de la législation HPST par la loi Fourcade***

Le corpus législatif HPST s'est déplacé d'une loi hospitalière et de santé publique à un infléchissement de législation vers les professionnels libéraux.

#### **I. La législation de 2009-2010 et le Comité de suivi de 2011.**

Largement débattue pendant deux ans dans les Etats généraux de l'organisation des soins conclus en avril 2008 et suivis du rapport Larcher, débattue au Parlement du 10 février au 24 juin 2009, la loi dite HPST, n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est adoptée le 21 juillet 2009, sans recours à la procédure d'ordonnance, ce qui est assez rare en législation hospitalière. Elle a été augmentée et rendue compatible avec les législations en vigueur par l'ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010.

Conformément à l'article 35 de la loi HPST, un comité de suivi de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, a déposé le 7 juillet 2011 un rapport d'évaluation préconisant des ajustements simples et de bon sens : rééquilibrage de la gouvernance par de nouveaux pouvoirs en faveur de la CME et du Conseil de surveillance. A juste titre car des directeurs minorent ce Conseil pourtant essentiel à une nouvelle dimension du service public hospitalier, soit la congruence de la politique de qualité, sécurité, gestion des risques de soins, de l'accueil des patients, et d'ouverture aux représentants des usagers.

Ce comité a proposé que les orientations stratégiques financières et budgétaires des EPS fasse l'objet d'un avis de la Commission médicale consultative et d'une délibération du Conseil de Surveillance, que ce dernier soit consulté sur la lettre de mission du Directeur et ait un rôle

d'arbitrage en cas de désaccord avec le directoire. Enfin, le « comité de l'article 35 » prônait le développement de l'intéressement collectif, celui du statut de clinicien hospitalier ainsi que des Communautés hospitalières de territoire. Il se déclarait partisan d'une autonomie plus grande des ARS et d'un objectif régional des dépenses d'assurance maladie (ORDAM) en lien avec le fonds d'investissement régional (FIR) du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2012.

Or le projet de loi Fourcade n'en a pas tenu compte<sup>254</sup> et les préconisations du comité de suivi de la législation HPST sont restées à ce jour, inopérantes.

## II. La législation « Fourcade » de 2011.

Ainsi que nous le développerons, la loi dite Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011<sup>255</sup> s'est placée dans une toute autre finalité. Et sans avoir opéré la large concertation ayant caractérisé la préparation de la loi HPST de 2009, elle apporte trois novations aux professions libérales :

D'une part, la création de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA), celle de plateaux d'imagerie médicale mutualisés, ayant à être « compatibles » et non pas « conformes » avec les schémas sanitaires. D'autre part une valeur législative à la liberté d'installation à l'ensemble des professionnels de santé. Jusqu'alors, cette prérogative n'existait réglementairement qu'à l'endroit des médecins<sup>256</sup>. Enfin, cette législation continue d'augmenter la liberté du corps médical: à la fois en détachant les maisons de santé de la planification, en vidant les contrats santé solidarité de leur opposabilité, en affranchissant le

---

<sup>254</sup> Contrairement à ce qu'écrit le sénateur Fourcade sur son site [www.jpfourcade.fr](http://www.jpfourcade.fr).

<sup>255</sup> Loi, dite Fourcade, n° 2011-940 du 10 août 2011, modifiant certaines dispositions de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et Décision n° 2011-640 du 4 août 2011 DC du Conseil constitutionnel (J.O. du 11 août).

<sup>256</sup> Article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, créé par le décret 85-1353 du 17 décembre 1985, art. 1 (JORF 21 décembre 1985). Cet article réglementaire, codifié en partie législative, proclamait de plus sans humour un lien entre l'intérêt des assurés sociaux, de la santé publique et la liberté d'installation du médecin. (« *Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin. Sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971* »).

conseil de l'ordre des médecins de la veille de la continuité des soins de médecine, et en suspendant le développement des contrats individuels de bonne pratique et de santé publique des médecins libéraux. Modifiant l'ensemble législatif constitué par la loi dite HPST du 21 juillet 2009 et son Ordonnance de coordination du 23 février 2010, la loi dite Fourcade aurait pu, sans déparer, ajouter à son intitulé « et relative aux professionnels de santé libéraux ».

Rappelons en premier lieu que l'adoption de la loi HPST, présentée par Madame Roselyne Bachelot, avait été précédée de près de deux ans de concertations, rapports et débats au cours desquels les professions médicales se sont révélées ses adversaires les plus déterminés. Autant les médecins hospitaliers, *nolens volens*, s'y sont, tout relativement, adaptés ou résignés provisoirement grâce à une application opérationnalisée par les directeurs, autant le corps médical libéral a sans doute pu, en cette période de latence de chrysalide des ARS, conduire par ses nombreux et influents acteurs parlementaires et corporatifs, une contre-réforme réactionnaire devant un ministre en succession et dans la perspective d'une échéance électorale majeure. Ces pressions préélectorales se sont exercées ensuite par amendements devant le Sénat à partir du 17 février 2011, puis dans le calendrier estival. La discrétion des groupes de pression a été proportionnelle à leur intense activité : l'avis constitutionnel préalable dénote une augmentation du projet de loi de 16 à 65 articles, et de la censure de 46 dispositions à titre de cavaliers ne présentant pas de lien, même indirect, avec le texte déposé. Observons en second lieu et en parallèle que le « comité d'évaluation de la loi HPST » et en particulier de « la réforme des EPS, de la qualité et de la coopération » à la composition confuse, présidé précisément par le même sénateur, a caché le véritable train législatif en préparation. Rappelons enfin et en lien avec ce qui va suivre, que la loi du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011<sup>257</sup> a accentué la promotion du rôle du médecin de ville en qualité d'acteur premier de soins primaires posée par la loi HPST, et a étendu, encadré nationalement, le système de la LFSS de 2008 d'engagements individuels conventionnels de soins primaires et de santé publique.

Nous examinerons en quoi la loi dite Fourcade, œuvre parfois dans l'intérêt général et celui des usagers, mais va souvent va à leur encontre en privilégiant d'autres intérêts, par des novations (a), et des modifications de l'existant (b) :

---

<sup>257</sup> Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 (J.O. du 21 décembre 2010).

a) Les innovations de la loi Fourcade.

Les nouveaux articles L. 4041-1 du CSP constituent un nouveau titre IV du livre préliminaire de la quatrième partie de Code de la santé publique.

1- Les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA)

Sociétés entre personnes physiques exerçant une profession médicale (au moins deux), d'auxiliaire médical (au moins un) ou de pharmacien, leurs statuts prévoient en premier ou second recours, la mise en commun de moyens ou d'activités de coordination thérapeutique, d'éducation thérapeutique ou de coopération. La loi prévoit la possibilité de partage d'honoraires qui sont explicitement présumés ne pas participer à du compéage. Constituant un pendant aux coopératives hospitalières de médecins (L. 6163-1), elles s'ajoutent à la panoplie des pôles de santé (L. 6323-4), réseaux de santé (L. 6323-5), constituent une extension des caractéristiques des maisons de santé (L. 6323-3). Et surtout, elles forment une alternative libérale au statut des 1500 centres de santé (L. 6323-1). Non associées avec un établissement de santé ou une collectivité, sans obligation de tiers payant ni d'honoraires opposables, ni de salariat des médecins, ni de CPOM, elles n'ont aucune obligation de prévention, éducation sanitaire, service public. Leur projet de santé, transmis pour simple information à l'ARS doit être seulement « compatible » et non pas « conforme » avec les schémas, dans le cadre d'une médecine ambulatoire dont le volet de SROS n'est ni prescriptif ni opposable. Leur statuts sont transmis pour simple information aux ordres concernés -celui des médecins étant déchargé de l'organisation de permanence des soins ambulatoire (PDSA)- et à l'ARS, dans le cadre de la liberté générale d'installation des professions médicales précitée.

2- Les plateaux d'imagerie médicale mutualisés expérimentaux<sup>258</sup>.

Ce dispositif constitue une dérogation organisée au code de la santé publique, et concerne en fait les plateaux d'imagerie associés aux cliniques privées. Il doit impliquer un établissement de santé et comporter plusieurs équipements lourds de matériels d'imagerie diagnostique différents. Améliorant la collaboration, la substitution et la pertinence des actes (entre associés...) et la permanence des soins en établissements, ils seront autorisés à titre expérimental pour 3 ans avec prorogation de 2 ans, l'appareil étant donc amorti. Puis ils seront ensuite régulièrement autorisés, sur (quelle pourra de fait en être l'ouverture ?), après avis de la CRSA mais devant simplement encore une fois être « compatibles avec les orientations » du SROS et non « conformes » au SROS. L'amortissement des appareils sera

---

<sup>258</sup> L. 6122-5 CSP.

d'autant plus aisé que « la rémunération des praticiens pourra déroger aux règles statutaires et conventionnelles ».

### 3- Le principe de liberté d'installation des professionnels de santé

On peut s'interroger sur l'incongruité de cette mesure en regard du régime d'installation des pharmaciens et des infirmières conventionnées. La généralisation à l'ensemble des professionnels de santé a peut-être cherché à faire « diversion politique », car la plupart des professions non médicales sont régies par une régulation règlementaire ou conventionnelle, ou n'induisent pas de difficulté sanitaire d'accès au soin pour les patients. La novation législative pose un monument juridique aux conséquences durablement néfastes pour l'élaboration d'un système de santé respectueux du droit à l'égalité des patients devant l'offre de soins et pour la coordination et la complémentarité des acteurs de santé. Et pour installer cette absurdité, l'article L. 1434-7 CSP ajoute que le SROS ne pourra préciser les adaptations et complémentarités dans l'offre de soins, les coopérations... que « dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé ». Le SROS estropié, pourra-t-il encore contribuer à la réponse aux « besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique » ? Cette novation, qui était contenue en creux dans l'exception de non opposabilité et de caractère non prescriptif du volet ambulatoire de SROS, est aussi confirmée dans la précision que les besoins en implantation pour assurer les soins de premier recours et de second recours « ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux ». Pourtant, usagers et patients de la « démocratie sanitaire » les rémunèrent par l'argent public de leurs cotisations.

#### b) Les modifications de l'existant

##### 1- Dans l'intérêt des professionnels de santé

- Les maisons de santé se détachent de la planification (L. 6323-3). Elles deviennent personnes morales, ouvertes au second recours, et aux pharmaciens mais se ferment aux personnels médico sociaux. Leur projet de santé ne devra plus « témoigner d'un exercice coordonné » ni être conforme aux schémas » mais simplement se trouver « compatible avec les orientations des schémas ». Cette notion de simple « compatibilité » qui fait florès dans

cette loi, oblige l'ARS à démontrer en quoi un projet est incompatible c'est-à-dire rendant impossible les objectifs du SROS<sup>259</sup>. Elle est ainsi très favorable aux professionnels libéraux.

- Des contrats santé solidarité vidés de leur opposabilité (L. 1432-8 CSP).

Devant être conforme à un contrat-type entre UNCAM et syndicats de praticiens, leur mise en application est repoussée pour être négociée. Elle le sera sur la nouvelle base introduite par la loi Fourcade qui abroge l'alinéa : « les médecins qui refusent de signer un tel contrat ou qui ne respectent pas les obligations qu'il comporte pour eux, s'acquittent d'une contribution forfaitaire annuelle, au plus égale au plafond mensuel de la sécurité sociale ». De profundis pour ce timide essai d'incitation d'installation dans des zones déficitaires en offre de soins.

-La continuité des soins en médecine ambulatoire n'est plus « veillée » par l'ordre des médecins (L. 6315-1). D'une part le médecin libéral continue de devoir informer le conseil de l'ordre de ses absences programmées. D'autre part, la loi supprime le dernier alinéa du L. 6315-1 : « Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé ». La démission de cet « ordre » est-elle en outre compatible avec sa mission de veiller (L. 4121-2 CSP) « à l'observation des devoirs professionnels » de ses membres ?

-Libéralisation de la rémunération des professionnels de santé en établissement de santé et médico-social. Un professionnel de santé en contrat de mission de service public ou d'activité de soins en établissement de santé (L. 6161-5 et 6161-9 CSP) ou en EHPAD (L. 314-12 CASF) est présumé ne pas être en contrat de travail. Corollairement, en mission de service public pour exercer sa spécialité, le médecin libéral ne sera pas salarié mais indemnisé forfaitairement par l'établissement de santé.

-Ouverture du dispositif de coopération entre professions de santé à de nouveaux professionnels (L. 4011-1 à 3). La possibilité de démarche de coopération volontaire des professionnels de santé énumérés à l'article L. 4011-1 CSP, et ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès du patient, est étendue aux techniciens de laboratoire médical, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, préparateurs en pharmacie.

---

<sup>259</sup> CAA Nantes, 15 février 2001, *Centre d'imagerie médicale de Basse Normandie c/Sté d'imagerie Saint-Martin*, req. n° 99NT02784 : RDSS 2002.62, obs. Cormier ; TA Montpellier, 9 février 2006, *CH de Narbonne* : req. n° 0103-869.



- Sont enfin éteints au 31-12-2012, les contrats de bonne pratique et les contrats de santé publique des médecins libéraux<sup>260</sup>.

## 2- Dans l'intérêt des usagers.

Selon l'article L. 161-35 CSS, il est prévu une sanction future des professionnels de santé pour non transmission électronique des documents de prise en charge sociale. L'article L. 1111-3 CSP prévoit l'information et un devis avant l'exécution d'un acte (mais le prix d'achat du matériel ne sera pas mentionné...), l'obligation pour les sites en ligne des établissements de santé de mentionner les tarifs et honoraires des praticiens qui y exercent. A l'article L. 1434-3 CSP est prévue la publication électronique du projet régional de santé, ce qui favorise la « démocratie sanitaire. Mais cette dernière est bafouée par l'article L. 1111-8 CSP qui régularise discrètement que le consentement exprès des patients est réputé accordé pour les transferts de données actuellement hébergées par les établissements de santé.

### c) Un bilan : la discontinuité des objectifs et des concepts

La loi Fourcade apparaît, par rapport à ses devancières de 1991, 1996, 2003, 2005, et à sa matrice, le bloc législatif HPST de 2009-2010, ainsi en rupture sur les concepts primordiaux de territorialisation, égalité d'accès aux soins, continuité sanitaire et médico-sociale, transversalité, contractualisation, prévention, éducation sanitaire. Quant aux concepts jusque-là introduits dans ces réformes hospitalières, de continuité de soins, premier, second recours ou d'éducation thérapeutique ou de coopération ou de coordination, ils sont entendus en petits périmètres d'exercice libéral se bornant à une « compatibilité » fort peu contraignante.

En somme, une loi pour acteurs individuels a suivi et modifié une loi HPST systémique. La loi Fourcade se place en indifférence aux objectifs classiques de qualité, sécurité, efficacité, centralisation régionale, association des usagers, adaptation de la gouvernance, convergence public-privé, privilège de la demande sur l'offre. Son autisme de l'intérêt général, au bénéfice d'intérêts catégoriels l'a fondamentalement opposée aux « nouvelles frontières » du système de santé. C'est-à-dire à la prise en compte en tant que telle de l'opinion des usagers et des patients, la coordination médecine de ville, hôpital et représentants des usagers, l'évaluation de la pertinence des soins, l'implantation territoriale de la médecine libérale, la systématisation de la permanence des soins, l'amélioration des temps d'accès au premier

---

<sup>260</sup>Art. L. 162-12-8 et 162-12-20 du code de la sécurité sociale.

recours, ou au recours fréquent, la diminution de la fréquence des dépassements d'honoraires, et de la limitation des refus de soins.

S'estompent ainsi les horizons du système de santé : prééminence de l'opinion des usagers et de la prévention, coordination entre médecine de ville, hôpital et secteur médico-social, évaluation de la pertinence des soins, régulation de l'implantation territoriale de la médecine libérale, systématisation de la permanence des soins ambulatoires, limitation des dépassements d'honoraires et refus de soins.

Mais gageons qu'un retour de balancier de la législation, une nouvelle recomposition, restaureront la prise en compte de l'intérêt général et de celui des usagers.

## Section 2 – La recomposition permanente induite par le bloc législatif HPST.

En deçà et au-delà des changements juridiques induits depuis 2009 par la loi HPST, des facteurs de continuité et de rupture apparaissent en perspective, s'apparentent à de nouvelles mutations. Elles se situent cependant à l'intérieur d'une même espèce juridique : le service public hospitalier forgé au cours des siècles.

Aussi, depuis 1970, les réformes marquent-elles une **continuité d'objectifs (§1)** qui conduisent à un **retour à une forme première de service public hospitalier (§2)**.

### **§1 La continuité d'objectifs des réformes hospitalières**

Jamais au cours de son histoire, le service public hospitalier n'avait bénéficié d'une telle attention du pouvoir législatif et du pouvoir exécutif. Parcourons-en la genèse dans ses grandes lignes :

Loi du 21/12/41 relative aux hôpitaux et hospices publics et décret du 17/4/43 portant R.A.P. Ordonnances n° 58-1198 et n° 1199 du 11 /12/58 portant réforme de la législation hospitalière et relative à la coordination des établissements de santé comportant hospitalisation, Décret n° 1202 du 11/12/1958. Ordonnance n° 58-1373 du 30/12/58 relative à la création des CHU, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

Loi n° 70-1318 du 31/12/1970 portant réforme hospitalière créant l'existence juridique du service public hospitalier qui est caractérisé par trois critères. Un critère matériel pose sa mission d'intérêt général. Un critère organique caractérise le service public poursuivi à titre

principal seulement par les établissements publics de santé. Un critère fonctionnel marque son régime exorbitant du droit commun. Loi n° 91-748 du 31/7/1991 portant réforme hospitalière (« loi Evin »). Ordonnances n° 96-345 et 346 du 24/4/96 portant maîtrise médicalisée des dépenses de soins et réforme de l'hospitalisation publique et privée (« plan Juppé »)

-Loi n° 2002-303 du 4/3/02 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (« loi Kouchner ») ; Ordonnance n° 2003-850 du 4/9/03 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'ESMS soumis à autorisation. Ordonnance n° 2005-406 du 2/5/2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

La fonctionnalité du service public hospitalier organiquement « assurée »<sup>261</sup> depuis la loi du 31 décembre 1970 par l'hôpital public, avait pu juridiquement dès cette date voir cette mission étendue sans contraintes élevées à une « participation » des établissements privés à but non lucratif et à celle du service de santé des armées. Elle s'offrait aussi à « l'association » des établissements privés à but lucratif, même s'ils n'y postulèrent que rarement. La spécificité organique du service public hospitalier dura vingt ans. Puis se vit progressivement « entamée » par l'unification de la notion, et en grande partie du régime, de l'établissement de santé instaurés par la loi du 31 juillet 1991<sup>262</sup> »<sup>263</sup>. Parallèlement, l'institution de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>264</sup> ouvrait dès 1999 (en dehors de tout contournement par refus de soin<sup>265</sup> qui serait illégal et plus concrètement de décharge sur l'hôpital de certains patients<sup>266</sup>), les médecins libéraux des établissements de statut commercial à tous les niveaux de revenus. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (« loi Evin ») avait accompagné sa mutation juridique par une rupture économique. Engageant la dynamisation qualitative, concertée et médico économique des établissements publics de santé, elle les rapprochait du secteur de l'entreprise par le PMSI, l'évaluation des pratiques professionnelles, le projet

---

<sup>261</sup> Loi 70-1318 du 31 décembre 1970, article 3, (JO du 3 janvier 1971).

<sup>262</sup> Loi « Evin » n° 91-748 du 31 juillet 1991

<sup>263</sup> LEMOYNE DE FORGES (J.-M.), « *Etablissements de santé et service public* », RGDM, n° spécial, 2011, p. 76

<sup>264</sup> Art. L. 111-1 CSS (Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, modifiée par la Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001)

<sup>265</sup> Art. 1110-3 CSP, loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 54.

<sup>266</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) président, SCOTTON (C.) rapporteur, Introduction : « Les hospitaliers ressentent et vérifient souvent que la médecine de ville se décharge sur l'hôpital, pour la permanence et la continuité des soins notamment », [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

d'établissement, par sa rénovation de la planification (SROSS et CROSS), par les conférences de secteur, les contrats tripartites et les outils de coopération. Les ARH de l'ordonnance du 24 avril 1996 unifiaient le contrôle des deux secteurs d'hospitalisation.

En deux décennies de nouveaux objectifs s'étaient développés : qualité et sécurité; indicateurs d'efficience et rentabilité médico économique; planification et réduction des dépenses médicosociales; coordination des acteurs; gouvernance de l'EPS; centralisation, d'une part déconcentrée régionalement avec éloignement de l'influence locale, d'autre part indirecte par des agences; rapprochement avec les usagers et droits des patients; convergence public-privé; priorisation de la demande sur l'offre; valorisation de la recherche. En outre, il apparaissait que la jurisprudence, au premier chef celle du Tribunal des conflits<sup>267</sup>, était amenée à s'exprimer au moyen de formules « inutilement elliptiques comme service public de la santé<sup>268</sup> » pour qualifier l'absence de résultante juridique d'une nouvelle notion, celle de rationalisation des soins.

Enfin, apparaissait dès 1998, une notion de dimension éthique des choix collectifs<sup>269</sup> : « Les nouveaux outils économiques disponibles procédant d'un effort de quantification de santé, rendent possible une comparaison des traitements médicaux en terme d'allocation efficace des ressources ».

A l'issue de ces infléchissements juridiques, économiques, jurisprudentiels, éthiques, il devenait admissible en 2009 de constater que le service public hospitalier de la loi du 31 décembre 1970 précitée n'était juridiquement plus adapté et n'avait plus intrinsèquement et organiquement de légitimité sociale ou politique à mission de soins.

Aussi, la loi HPST a donné une légitimité fonctionnelle extrinsèque à de nombreux acteurs et à tous les établissements de santé entendus dans une conception extensive, pour prétendre

---

<sup>267</sup> TRIBUNAL DES CONFLITS, 17 décembre 2007, n° C3646, *SERARL MB Associés c/ Centre Hospitalier Intercommunal du Haut-Anjou*, Tables du Recueil Lebon. « La convention conclue entre le centre hospitalier intercommunal, personne morale de droit public, et la clinique, personne morale de droit privé réalisant la cession d'une entité économique, dans le contexte de difficultés financières que cette clinique connaissait, alors même qu'elle a pour effet de concourir à la rationalisation de l'offre locale de soin, ne porte pas sur l'organisation du service public de la santé et n'a pas pour objet de faire participer la clinique à l'exécution de ce service public ». Pouvons-nous en conclure, qu'en dehors d'une liquidation judiciaire, une cession de ce type aurait correspondu à une organisation du service public de la santé ? L'affirmer serait maladroit. Le nier ne serait pas logique.

<sup>268</sup> APOLLIS (B.), *La vente d'une clinique à un hôpital est un contrat de droit privé*, RDS, n° 25 ; p.590, in fine.

<sup>269</sup> MARTINEZ (E.), VIALLA (F.), (dir) : *Les grands avis du comité consultatif national d'éthique*, Avis n° 57, *Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs*, 20 mars 1998, Paris, 2013, LGDJ, Lextenso éditions, page 714.

assurer<sup>270</sup> une partie des missions de soins constituant depuis 1970 l'essence des établissements publics.

En corollaire, les établissements de soins privés, aux missions de soins alignées sur celles des établissements publics par généralisation aux établissements de santé et codifiées, liées à un schéma régional, parfois contractualisées, ont dû s'approprier des valeurs de service public d'intérêt général. Ce qui s'est traduit par la modification de leur dénomination d'établissements non plus de soins, mais de santé. Mutation aussi ? En tout état de cause, peu spectaculaire et peu commentée. Par corollaire cette fois inversé, d'activités premières et structurantes du système de santé en 1970, les missions de service public posées par la loi HPST sont devenues résiduelles au plan des soins.

## §2 Un retour à une forme première de service public hospitalier

N'assistons-nous pas à un retour à une forme première de service public liée à une fonctionnalité particulière matérielle **d'ordre non économique** (A) et **d'intérêt général** (B) ?

### A. Une fonctionnalité d'ordre non économique

Les quatorze missions détaillées par la loi HPST ne peuvent être abondées par tarification à l'activité (T2A) à l'instar des activités cliniques et médico techniques, mais par des tarifs de prestations, dotations finançant des missions d'intérêt général (MIG), dotations annuelles de fonctionnement, et ainsi n'entrent pas dans le champ économique concurrentiel.

Leur caractère essentiellement non marchand a rendu les quatorze missions « à la française » de service public « euro-compatibles »<sup>271</sup>.

### B. Une fonctionnalité d'ordre matériel et d'intérêt général.

Quatre nouvelles missions de service public développées plus haut, naissent avec la loi HPST : la permanence des soins, la prise en charge des soins palliatifs, les actions de santé publique, et la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Observons qu'elles ne conduisent pas intrinsèquement, ainsi que leurs dix autres homologues qui sont nées à partir de la loi dite Evin de 1991<sup>272</sup>, à des soins proprement dits. Soit elles se

---

<sup>270</sup> CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, note sous l'article L. 6111-1 : *Juge administratif. Reconnaissance de la qualité d'établissement de santé*, Code de la santé publique Dalloz, 27<sup>e</sup> Edition, 2013.

<sup>271</sup> TRUCHET (D.), « Renoncer à l'expression « service public », AJDA 2008, p.553

limitent au stade de leur prise en charge, soit à déterminer des catégories d'action ou une amélioration ou rationalisation de la qualité des soins, du système de santé ou de l'accès aux soins. C'est l'intérêt général matériel qui les conduit.

Si la loi HPST a obéi à la notion de service public d'intérêt général accessible à chaque acteur, chère à la doctrine néo-libérale de l'Union européenne, l'une et l'autre ont en fait repris une distinction du droit public français que la réforme hospitalière de 1970 avait restreinte.

Lors de l'introduction jurisprudentielle en 1935, dans le droit français de la catégorie des organismes privés d'intérêt public<sup>273</sup>, avait déjà été opérée la dissociation entre le service public entendu comme une institution, comme un organe<sup>274</sup>, et le service public compris comme une mission, comme une fonction, une activité matérielle exercée dans l'intérêt général, pouvant même être confiée à un organisme privé<sup>275</sup>.

## CONCLUSION du Chapitre 1

L'apparente mutation parfois décrite et décriée du service public hospitalier n'est en fait qu'un épisode d'une variation perlée se situant à l'intérieur d'une même espèce juridique obéissant à des regards tout à la fois cycliques et linéaires. La loi HPST libéralise la partie non marchande du service public hospitalier, devenant le service public optionnel des établissements de santé, en le soumettant aux principes de la liberté du commerce et de l'industrie, du « service d'intérêt général » de l'Union européenne, et de la révision générale des politiques publiques (RGPP): toute personne désignée par le DGARS peut en être chargée par contrat ou CPOM, lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé.

Elle abolit formellement la spécificité de pivot légal du système de soins des établissements publics de santé, avec cependant une priorité de reconnaissance des missions de service public assurées au 21/7/2009. Mais de facto, l'identité éthique et historique de service public des

---

<sup>272</sup> Loi « Evin » n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, NOR : SPSX9000155L, JORF du 02/08/1991, page 10255.

<sup>273</sup> C.E. 20 décembre 1935, *Etablissements VEZIA*, Rec. 212, R.D.P. 1936.119, conclusions LATOURNERIE

<sup>274</sup> T.C. 8 février 1873, *BLANCO*, Rec. 1<sup>er</sup> supplément 61, conclusions DAVID

<sup>275</sup> C.E. 13 mai 1938, « Caisse primaire « Aide et protection », Rec. 417, conclusions LATOURNERIE.

EPS et des ESPIC a préservé leur rôle de pivot de soins. « Le droit n'a pu modifier ce que le temps a établi »<sup>276</sup>.

A l'inverse, la loi HPST généralise des missions antérieures de service public aux acteurs privés et à leurs patients dans un nouveau paradigme de système public de santé.

Ces mutations juridiques cycliques à l'intérieur de la notion de service public de l'hôpital ont pu apparaître comme ayant pris une dimension singulière avec le bloc législatif HPST. Elles trouvent cependant son homologue au moins aussi considérable dans la trajectoire économique et managériale entamée presque concomitamment par l'hôpital public qui porte la plus grande partie du service public hospitalier.

## CHAPITRE 2 : LA TRAJECTOIRE DE MANAGEMENT DE L'HOPITAL

Dès la première moitié du XXe siècle, le service de l'hôpital public a progressivement été confronté à la concurrence des cliniques privées commerciales. A partir de 1945, ces dernières ont su rapidement bénéficier du développement des assurances sociales. Leur faible taille, leur structure capitalistique et souvent personnelle leur ont permis un développement rapide. Le service public hospitalier à l'inverse était paralysé par son statut de 1941<sup>277</sup> fort éloigné de l'entrepreneuriat économique. Au surcroît, il ne constitua pas une priorité de la planification de la reconstruction de la France d'après-guerre. Cette situation se rétablit à partir de la fin de la période des « trente glorieuses » (1950-1973), portée par un fort accompagnement politique et administratif, une aide financière partielle de l'Etat, la création d'un corps de direction<sup>278</sup>

---

<sup>276</sup> PUTMAN (E), conclusion à l'issue de notre communication, *Genèse du concept de service public hospitalier*, In : *Le temps, Actes du Colloque de l'Ecole doctorale 461*, 20 juin 2013, Faculté de droit et de science politique de Montpellier, ISBN : 979-10-91076-15-9, p. 19 à 28.

<sup>277</sup> Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics et son application par décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique.

<sup>278</sup> GUIBERT (G.), DE MONTALEMBERT (P.), VERDIER (F.), *Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession*, préface d'Edouard COUTY, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2011 : La loi n° 60-732 du 28 juillet 1960 érige l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) en établissement public administratif, et le décret n° 62-442 du 13 avril 1962 l'organise et prévoit sa localisation à Rennes (page 30). La loi 2004-806 du 9 août 2004 la transforme en Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) et le décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006 lui confère le statut de grand établissement, à l'instar de Sciences-Po Paris. Elle a été en 2009, intégrée dans la Conférence des grandes écoles (page 64).

formé dans une grande école, et les législations mutagènes de 1958 et 1970<sup>279</sup>. La législation de 1970 confère au service public hospitalier un caractère organique dans le système de soins français<sup>280</sup>. L'ensemble des établissements d'hospitalisation publics peuvent et doivent assurer le service public hospitalier. Leurs homologues privés peuvent sous conditions, l'assurer ou y être associés, tandis que le service de santé des armées peut y participer.

Un élément essentiel doit être considéré. Depuis 1996<sup>281</sup>, l'hôpital public et le service public hospitalier sont entrés progressivement, mais rapidement eu égard à leur poids, dans la concurrence économique. La création, la généralisation dans les décennies 1980 et 1990 du programme médicalisé du système d'information (PMSI) puis l'instauration en 2005<sup>282</sup> du système de tarification à l'activité (T2A) d'une part, l'évaluation de la qualité des soins, l'accréditation et analyse d'activité<sup>283</sup> d'autre part, ont permis de bâtir des bases révolutionnaires, de données analytiques et comparatives.

La mutation de l'auto-connaissance de l'hôpital, de l'environnement sanitaire<sup>284</sup>, des potentialités médicales et économiques internes, le management par la qualité, par la gestion des risques et l'accréditation permettent de sécuriser et de choisir et renforcer les activités cliniques et médico techniques exercées. La gestion médico économique de l'hôpital s'est installée dans une meilleure efficacité du soin.

---

<sup>279</sup> Ordonnance du 11/12/58 portant réforme de la législation hospitalière ; Ordonnance du 11/12/58 relative à la coordination des ES comportant hospitalisation ; Ordonnance du 30/12/58 relative à la création des CHU, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale ; Loi 70-1318 du 31/12/1970 portant réforme hospitalière (JO du 3 janvier 1971).

<sup>280</sup> Ibid. Loi du 31 décembre 1970, article 3 : « Le service public hospitalier est assuré : 1° par les établissements hospitaliers publics, 2° par ceux des établissements hospitaliers privés qui répondent aux conditions définies par les articles 40, 41 et 42 de la présente loi » (...). « 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. »

<sup>281</sup> Ordonnances n° 96-345 et 346 du 24/4/96 portant maîtrise médicalisée des dépenses de soins et réforme de l'hospitalisation publique et privée (« plan Juppé »).

<sup>282</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 portant simplification du régime juridique des établissements de santé, article 10 – 1, codifié à l'article L. 6145.1 CSP se référant à l'article 162-22-6 à 19 du Code de la sécurité sociale codifiant l'Ordonnance n°2012-177 du 23 février 2010 articles 2 et 10.

<sup>283</sup> Loi n° 2004 - 810 du 13 août 2004 sur l'assurance maladie ; Loi dite HPST du 21 juillet 2009 et son ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2011 ; Articles 6113-1 et s. du CSP.

<sup>284</sup> ROMANENS (J.-L.), « Des chiffres et des hommes », Revue Décision Santé, septembre 2011, p. 25



Son approche analytique devrait progressivement permettre de mieux cerner les impacts de coût et d'activité des missions de service public, de fait très majoritairement assurées par les établissements publics.

Pourront être en tout cas mieux évaluées les quatorze missions accessibles aux acteurs de santé, afin de les inclure dans la démarche stratégique de l'établissement et de se positionner dans les dossiers d'appel d'offres, d'en suivre l'efficacité en lien avec les objectifs du CPOM. L'identification de quatorze missions particulières de service public par la loi HPST, leur processus de dévolution, le bénéfice de leur extension à des agents économiques privés, conduira inévitablement à leur modélisation économique plus précise, à leur valorisation réelle, à leur indemnisation objective et à la garantie de leur financement. Elles ne pourront plus être financièrement considérées comme un solde comptable pouvant servir à la régulation globale de l'ONDAM hospitalier.

Paradoxe donc encore entre ces activités économiquement non concurrentielles de service public, une indemnisation non économique et une mission de soins appliquant les lois économiques de l'entreprise, notamment celles de limitation des dépenses aux seules recettes (EPRD<sup>285</sup>) ou stratégiquement de nécessité de portefeuille d'activités coordonnées et cohérentes.

Nous voilà assez loin de l'approximation d'encadrement et de définition du service public hospitalier de 1970. A cette nouvelle donne sanitaire qui devrait apporter d'autres péripéties, se greffe en miroir le nouveau contexte interne et externe de management de l'hôpital public.

## Section 1 – Les avancées du nouveau cadre de management de l'hôpital public

Le nouveau cadre de management de l'hôpital public que les directeurs ont dû rendre compatible avec les principes et le fonctionnement du service public hospitalier, de ses missions obligatoires ou optionnelles, a été sous-tendu par quelques principes managériaux majeurs. Les réformes hospitalières égrenées par et depuis les ordonnances « Juppé » de 1996<sup>286</sup> ont en effet respecté, de manière subliminale et donc peu perceptible par la plupart

---

<sup>285</sup> Evaluation prévisionnelle des recettes et des dépenses. Schématiquement : par ce suivi permanent interne, contrôlé par l'ARS, l'hôpital public (tel une entreprise) ne peut avoir de dépenses qu'à la seule hauteur des recettes créées par son activité.

<sup>286</sup> Ordonnances n° 69-345 n° 96-346 du 24 avril 1996 portant maîtrise médicalisée des dépenses de soins et réforme de l'hospitalisation publique et privée.

des acteurs de santé, un fil managérial de déploiement s'étendant sur une période d'environ dix ans.

Depuis Henri Fayol<sup>287</sup>, ingénieur français concepteur pionnier du management, il y a près de cent ans, on connaît les cinq fonctions du gestionnaire ou manager. Soit : « prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler ».

Ces fonctions essentielles sont complétées aujourd'hui par d'autres concepts :

« Ecouter, motiver, organiser, évaluer et améliorer ».

Elles correspondent au cycle plus schématique « Plan, Do, Check, Act », soit les concepts groupés « prévoir-planifier, mettre en œuvre-développer, évaluer-contrôler, réagir-ajuster », rendus célèbres au travers de la « roue de Deming » conçue à partir des travaux de Shewhart en 1980<sup>288</sup>. Nous développerons plus loin l'application de ce canevas au management interne de l'hôpital.

En tout état de cause, ce processus semble avoir été, plus ou moins chronologiquement, observé dans l'introduction par le ministère de la santé, des réformes managériales majeures du système de santé. Il en a été ainsi, des ordonnances « Juppé » de 1996 précitées.

Ces ordonnances ont implicitement consacré le « prévoir-planifier » par le déploiement de l'organisation sanitaire territoriale de l'offre de soins au travers notamment des schémas régionaux et interrégionaux de l'organisation des soins (SROS) de troisième génération. Elles ont établi le « évaluer-contrôler-améliorer » qualitatif par les processus de certification et de gestion qualitative.

Il en a été de même de l'introduction de la tarification à l'activité (T2A) et de l'Évaluation prévisionnelle des dépenses et des recettes (EPRD), notamment par l'Ordonnance du 4 septembre 2003<sup>289</sup>, qui ont installé le « évaluer-contrôler-réagir-ajuster », cette fois quantitatif.

---

<sup>287</sup> FAYOL (H.), *Administration industrielle et générale*, Paris, DUNOD, 1918.

<sup>288</sup> SHEWHART (W.A.), *Economic Control of Quality of Manufactured Products*, American Society for Quality, 1980. Ces travaux ont été diffusés par Edward DEMING.

<sup>289</sup> Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, NOR SANX 0300081R, JORF 6 septembre 2003.

Puis les bases de la « nouvelle gouvernance » hospitalière, réorganisant le fonctionnement institutionnel des hôpitaux notamment par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>290</sup>, qui a restructuré le cadre du « mettre en œuvre-décider-coordonner ».

L'item « motiver » a été impulsé par un cycle de « Sensibilisation aux réformes hospitalières » proposées in situ aux personnels hospitaliers. Mille cinq cent cadres ont suivi ces formations organisées par la MEAH<sup>291</sup> de 2006 à 2009.

Comme bien souvent à l'hôpital public, se produit un dialogue entre d'un côté des évolutions de structure juridique gouvernées par les évolutions politico-économiques, et d'un autre côté ce que les hospitaliers peuvent en retirer pour leur entreprise de soins au service du patient. Nous considérerons successivement la nouvelle trajectoire du **nouveau management interne de l'hôpital (§1)**, puis celle de son **management compétitif dans l'intérêt du patient (§2)**.

### **§1- Un nouveau management interne**

La loi dite HPST du 21 juillet 2009, couronne et prolonge<sup>292</sup> la mutation la plus fondamentale de l'hôpital public.

Il s'agit de celle de son management médico économique et celle de sa déconcentration interne en pôles d'activité cliniques et médico techniques.

#### ***A. La déconcentration dans des pôles d'activité***

Les pôles d'activité peuvent être cliniques, médico techniques, logistiques, administratifs, hospitalo-universitaires en CHU, de territoire en CHT.

Au début de 2011, 77% des établissements publics de santé étaient organisés en pôles, 21% disposaient de contrats en cours<sup>293</sup>. Ils représentent une opportunité de développement déconcentré, approprié au management humain, médico-économique, de la sécurité, de la qualité, de la gestion des risques et de l'accueil et de la prise en charge des patients.

---

<sup>290</sup> Ordonnance no 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, NOR : SANX0500028R, JORF 3 mai 2005.

<sup>291</sup> Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) du Ministère de la santé qui a organisé ces formations sur tout le territoire, d'octobre 2006 à décembre 2009, et à laquelle l'auteur a participé à raison de 58 journées de formation dispensées dans 25 villes.

<sup>292</sup> Par l'Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2011, de coordination avec la loi dite HPST.

<sup>293</sup> Enquête DGOS, Offre de soins, [www.sante.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere.html](http://www.sante.gouv.fr/gouvernance-hospitaliere.html)

## I. La déconcentration juridique, fonctionnelle et managériale.

La loi HPST confirme le principe de la loi du 31 juillet 1991<sup>294</sup>, repris par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>295</sup>, de la libre propre définition médicale des établissements publics de santé par le principe de libre définition de création et appellation des pôles. Décidés et modifiables par le directeur après concertation du directoire et avis du président de la CME et du chef de pôle, ce dernier doit être un des lieux de proposition et de management des équipes, moteurs de la stratégie médicale, du pilotage et des réalisations des EPS. Les structures internes sont fédérées par le chef de pôle en services, unités, centres, instituts ou départements.

### a) Le chef de pôle.

Membre de droit de la CME et manager fonctionnel, le chef de pôle met en œuvre la politique de l'EPS. Il a autorité fonctionnelle sur les personnels affectés, hors prérogatives du directeur et hors indépendance clinique des praticiens, intervient dans la nomination des praticiens hospitaliers et libéraux, assure la concertation au sein du pôle, propose ses assistants de gestion à la nomination du directeur. Il perçoit une indemnité fixe, plus une indemnité variable liée aux indicateurs de réalisation des objectifs fixés au contrat qu'il a signé pour 4 ans, avec possibilité d'avenants, après négociation avec le directeur en concertation avec le directoire et le président de la CME. Ce contrat fournit avec les projets médicaux, de soins, et d'établissement, un cadre préliminaire au projet de pôle. Le chef de pôle bénéficie d'une formation initiale d'un minimum de 60 heures dans les deux mois suivant sa nomination dont les apprentissages<sup>296</sup> de gestion budgétaire et financière, pilotage médico-économique et performance hospitalière, systèmes d'information hospitaliers, management des ressources humaines, qualité, sécurité et gestion des risques liés aux activités de soins, management d'équipe et conduite du changement.

---

<sup>294</sup> Loi « Evin » n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, NOR : SPSX9000155L, JORF 2 août 1991.

<sup>295</sup> Ordonnance no 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, NOR : SANX0500028R, JORF 3 mai 2005.

<sup>296</sup> Arrêté du 11 juin 2010

b) La délégation attribuée au chef de pôle.

La notion de délégation, assez diverse en droit public, a ses particularités évolutives en droit hospitalier, actuellement fixées à l'art. R. 6146-8-II CSP<sup>297</sup>. La législation HPST prévoit uniquement la délégation de signature. Par nature, elle s'attribue *intuitu personae*, est réservée aux fonctionnaires de catégories A ou B, pharmaciens, et maintenant aux chefs de pôle, doit être contenue dans une décision explicite, autorisée par un texte réglementaire et publiée. Elle décharge matériellement d'une partie de ses compétences le délégant qui peut les reprendre à tout moment. Elle est donc hiérarchique et au moins pour cette raison n'a pas la faveur des chefs de pôle. La délégation de gestion est de nature différente. Elle sera ici de nature contractuelle, en prolongement ou non d'une délégation de signature. Dans les deux cas qui peuvent ainsi s'interpénétrer, le délégataire doit rendre compte de son action. Le chef d'établissement peut attribuer au chef de pôle toutes les délégations nécessaires à la bonne exécution du contrat de pôle.

II. Une déconcentration managériale par l'équipe de pôle.

a) De nouvelles fonctionnalités.

1- La chefferie de pôle.

Elle se place dans une démarche entrepreneuriale du changement, par un management productif et personnalisé des personnels, dans un projet clair diminuant l'incertitude et donnant sens à l'action, par des délégations cadrées conjointement et d'application suivie, par une vision stratégique et essentielle laissant le détail aux délégations, par une élévation basée sur la capacité à prévoir et agir. Plus qu'un métier, rappelons-le, le management est l'ensemble des comportements d'un responsable visant à optimiser les moyens dont il dispose.

2- Le « quatuor » de pôle forme l'armature de management du pôle.

Le trio de pôle constitué du chef de pôle et de ses assistants soignant et administratif, à l'instar de l'arithmétique d'Alexandre Dumas, se transforme fréquemment, quoique avec de nombreuses variantes, en « quatuor de pôle » constitué par l'adjonction d'un des cadres de direction de l'établissement. Le quatuor de pôle : entité nouvelle, son fonctionnement va

---

<sup>297</sup>Décret no 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médicotechnique dans les établissements publics de santé, article 1<sup>er</sup>, NOR : SASH1004584D, JORF 15 juin 2010.

dépendre de la formation technique de chacun, plus encore d'aptitudes managériales et comportementales qui peuvent s'améliorer par un enseignement et des études de cas de management.

☒ Le cadre de santé : Dans l'exercice de ses fonctions, le chef de pôle peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur. Le collaborateur soignant ou sage-femme, pourra être délégué dans l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités liées à ses compétences. Tout d'abord en gestion des ressources humaines. Elles recouvrent organisation, optimisation, compétences, risques professionnels ; sélection des recrutements, mobilité interne au pôle ; politique d'accueil et d'intégration des personnels ; accompagnement des procédures de gestion de carrière, de promotion et de discipline ; gestion du temps de travail et de l'absentéisme ; propositions de formations extra ou intra pôle ; stages. D'autre part en gestion des ressources économiques, techniques et informatiques, soit participation au projet d'investissement, de travaux, à leur suivi et à leur impact sur l'activité et sécurité et sur le budget du pôle. Evidemment en gestion des ressources : lits, indicateurs, dépenses, recettes. Enfin dans la gestion de la qualité et des risques : suivi de la démarche d'accréditation, de l'EPP, des indicateurs de qualité, de la non-qualité ; du document unique d'évaluation de risques professionnels, des déclarations d'événements indésirables, analyses des plaintes.

☒ Le cadre administratif, en corollaire de la déconcentration de gestion, du transfert de temps administratif et de délégations de gestion. Ces dernières se situeront en plusieurs directions. En gestion des ressources humaines : règlementation, analyse, suivi ; faisabilité budgétaire, fiches de poste, absentéisme, permanence médicale ; cahier des charges de formations, suivi ; suivi des stages. En gestion des ressources économiques, techniques, informatiques : programmes d'équipement et incidence sur les dépenses de fonctionnement. En gestion des ressources financières : tableaux de bord d'activité, financiers, qualité et virements de crédits. En qualité et gestion des risques : accréditation et prévention.

☒ Le conseil de pôle ayant été supprimé par la législation HPST, l'article R. 6146-9-1 CSP abrogeant le décret du 26 décembre 2005, impose au chef de pôle d'organiser une concertation interne associant toutes les catégories de personnels.

b) De nouveaux outils : novations et omissions.

La législation HPST entérine projet et contrat de pôle. Mais autant cette modalité de déconcentration a été attribuée au chef de pôle, autant celle de l'intéressement n'a pas, on peut le regretter, été confiée aux personnels.

1- Le projet de pôle.

Il définit, sur la base du contrat de pôle, les missions des structures internes, l'organisation mise en place pour atteindre les objectifs du pôle, et prévoit les évolutions des champs d'activité, ainsi que les moyens et l'organisation correspondants. Il doit être élaboré dans un délai de trois mois après, soit la nomination du CP, soit la conclusion du contrat de pôle. Cette élaboration se devra, au plan managérial tout au moins, suivre un processus similaire à celui du projet d'établissement.

C'est-à-dire s'élaborer par le management de projet, par l'efficacité médico-économique, et par la gestion systémique de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité.

☒ Il convient tout d'abord de connaître la population à soigner : bassin d'attraction du pôle, socio-démographie, morbidité-mortalité, système de soins existant tant privé que public, le schéma régional, le ressenti des patients.

☒ Puis de mesurer les forces et faiblesses du pôle par l'analyse médico-économique de ses activités et de ses coûts, composée de différentes démarches et outils :  
-Tableaux d'activité, ratios, pathologies dans les différentes formes de soins ; Compte de résultats (comparaison entre charges et produits) ; TCCM (tableau de coût en case-mix<sup>298</sup>). Cette approche permettra la connaissance des indicateurs d'activité, du coût médical, du coût logistique et hôtelier, du coût de structure du pôle considéré. Il sera comparé à ceux d'un pôle fictif moyen produisant le même case-mix, valorisé selon les coûts de référence de l'ENCC<sup>299</sup>.

---

<sup>298</sup> CASE-MIX (mélange de cas) : à partir des différentes pathologies présentes à un moment donné dans un établissement donné, méthode de classification des séjours des malades en fonction des moyens requis pour leur prise en charge.

<sup>299</sup> ENCC : étude nationale des coûts à méthodologie commune.

- Tableaux de bord par groupes homogènes de malades pour comparaison du coût moyen et de de la recette moyenne de chacun des GHM principaux du pôle.

⊠ Puis de déterminer une prospective médicale pour le pôle : évolutions prévisibles à moyen terme, analyse des pratiques, organisations médicales et para médicales, humaines, du travail, fonction des locaux, des autres pôles, des autres établissements, des coopérations en cours, fédérations médicales inter hospitalières.

⊠ Enfin, il convient de dresser les stratégies pluriannuelles de soins et de management en résultant, en calendrier et contenu phasés avec son environnement. Soit le projet régional de soins, le projet d'établissement dont ses projets médical, de gestion, de soins, d'information, social, et bien sûr avec les projets des composantes du pôle et le contrat de pôles qui va être signé avec le directeur.

Ces projet doit donc se positionner en bénéficiaire et en contributeur. Les scénarios proposés seront examinés en pertinence, en faisabilité et en compatibilité.

## 2- Le contrat de pôle

Le contrat de pole, signé avec le directeur pour quatre ans sur la base de l'organisation que celui-ci a déterminée, précise les objectifs assignés, notamment en matière de politique et de qualité des soins), les moyens alloués au pôle, après avis du PCME qui vérifie la cohérence avec le projet médical de l'EPS, ainsi que les indicateurs retenus ; pourront y être définies les modalités d'intéressement du pôle aux résultats de sa gestion. Le contrat définit le champ et les modalités d'une délégation de signature au chef de pôle, permettant d'engager certaines dépenses. Celles-ci pourront contractuellement concerner les remplacements des personnels non permanents ; médicaments et dispositifs médicaux ; hôtellerie ; entretien et réparations des équipements ; formation du personnel. Le contrat précise certaines délégations de gestion du chef de pôle: tableau prévisionnel des effectifs rémunérés; répartition des moyens humains entre les structures internes; tableaux de service et profils de poste de l'ensemble des personnels; proposition de recrutement des non titulaires; affectation des personnels; continuité des soins notamment médicale et pharmaceutique; participation à l'élaboration du plan de formation FPH et au développement professionnel continu (DPC) médical, pharmaceutique, maïeutique, odontologique.



### 3-L'intéressement : une omission significative.

L'intéressement aux résultats dans un pôle n'est fixé ou esquissé par aucun cadre réglementaire. Concrètement, son opportunité et sa mise en œuvre présupposent un résultat budgétaire positif de l'établissement. Mais c'est le cas aujourd'hui de la grande majorité d'entre eux. Elle implique de prendre en compte l'entreprise humaine que constitue le pôle mais aussi celle de l'entreprise-institution. Il sera efficace et efficient à la fois de distinguer des objectifs quantitatifs et des objectifs qualitatifs.

Esquissons pour illustration, une modalité d'intéressement telle que nous avons eu latitude de la création. Répartissons les résultats bénéficiaires de l'institution en trois enveloppes, l'une de 20% à titre de solidarité d'établissement, une autre de 60% pour les objectifs-cible quantitatifs (1) des pôles et 20% pour leurs homologues qualitatifs (2). Et d'autre part considérons les tableaux de bord et indicateurs de suivi prévus au contrat de chaque pôle et commentés contradictoirement. Nous avons établi\* pour chaque mois, les objectifs quantitatifs de structure, d'activité, de moyens budgétaires, humains, de performance (PMSI), qualité, gestion des risques dans lesquels seront choisis et valorisés des objectifs-cible. \*\*Et pour chaque année, les objectifs qualitatifs valorisés forfaitairement. Les écarts sur \* et \*\* corrigeront le résultat comptable du pôle (recettes-charges directes et indirectes) pour déterminer, par rapport aux autres résultats comptables de pôles, la part des deux enveloppes à recevoir par le pôle considéré. Ces deux enveloppes pourront abonder les crédits du pôle pour des dépenses de formation continue, petit matériel, documentation, équipements (avec les charges induites), travaux, conditions de travail, ou elles seront mises en provision pour les exercices suivants.

La restructuration du service public hospitalier en pôles peut être considérée en bonne voie de quasi généralisation, même s'il serait souhaitable d'introduire des sous-ensembles fonctionnels, auprès d'équipes de taille humaine au sein des pôles. Car l'ancienne notion de service existe encore à l'hôpital, de manière fantomatique, et il conviendrait d'utiliser cette ancienne géométrie dans celle des pôles et dans une gouvernance bien comprise.

#### ***B- La gouvernance nouvelle : un management institutionnalisé.***

Afin de fournir une description du fonctionnement de l'hôpital suivant le schéma antérieur de la loi portant réforme de l'hôpital de 1970, examinons la gouvernance des établissements publics médico-sociaux dotés de la personnalité morale. Leur statut combine de nombreux

textes législatifs, dont la logique est héritière de celle de la loi portant réforme hospitalière du 31 décembre 1970 et prend pour base les dispositions encore fondatrices de la loi du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico sociale ; la loi du 21 juillet 2009 dite HPST impactant plutôt leur association au système de santé par la planification, la programmation et la culture d'efficience. Leur Conseil d'administration, présidé par un élu territorial, délibère sur le projet d'établissement, le programme d'investissement, le tableau des emplois, les coopérations et coordinations, budgets et comptes, décisions d'organisation, règlement de fonctionnement, actions en justice. Soit des compétences décisionnelles fortes, d'attribution, au sein d'établissements non régis par la tarification à l'activité. Leur Directeur possède une compétence générale dite résiduelle, nomme et exerce son autorité sur le personnel, met en œuvre les décisions du conseil, assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, qu'il représente.

Cette situation était celle des établissements publics de santé jusqu'en 2004-2005. En effet, en prémices aux transformations que nous connaissons aujourd'hui par la loi HPST, se situe une circulaire du 13 février 2004 qui lancera une expérimentation sur des établissements volontaires. Puis l'ordonnance du 2 mai 2005 et la loi HPST établiront le système contemporain que nous allons décrire. Mais déjà, observons qu'un nouvel EPS va naître, tout au moins juridiquement et progressivement. Et c'est un EPS qui emprunte à certains concepts du droit commun.

De longue date, divers projets<sup>300</sup> ont recherché pour l'établissement public de santé, un éloignement de son statut public administratif. De fait, aujourd'hui l'EPS, réformé par la loi HPST, s'est rapproché des concepts du droit commun, mais contrarié en cela par le centralisation croissante des ARS, et à l'exception socio-politique, mais peut-être aussi éthique, du statut du personnel. Différentes approches de management contemporain se sont progressivement introduites ou imposées : Conseil dit de surveillance, larges pouvoirs du directeur- président du directoire, révocable quasi-discrétionnairement. Centres de production (pôles) avec délégations et contractualisation d'objectifs et de moyens. Lien recettes-dépenses

---

<sup>300</sup> Nous participions en 1973 à l'élaboration du « rapport CHALAVET » de la Fédération hospitalière de France qui étudiait la transformation des hôpitaux publics en établissements publics industriels et commerciaux (EPIC). Par ailleurs, notre mémoire de fin d'études d'École nationale de la santé publique (ENSP, actuelle EHESP) obtenait une mention en proposant la transformation du statut des hôpitaux publics en associations ou en fondations sur le modèle de la Confédération helvétique que nous avons analysé sur place. (ROMANENS (J.L.), *L'hôpital public : de ses contraintes actuelles à un aménagement de son statut*, Mémoire de fin de 3<sup>e</sup> année d'études d'élève directeur d'hôpital, 230 p., 1973, EHESP, Ressources documentaires en santé publique, [www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr).)

(EPRD), et tarification à l'activité (T2A) commune avec le secteur privé. Indicateurs et *benchmarking* (étalonnage) par l'ENCC<sup>301</sup> (étude nationale des coûts à méthodologie commune), aussi par une Haute autorité de santé (HAS), par l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance), par des TCCM (tableaux des coûts comparés moyens ou tableaux de coûts case-mix) par établissement, pôle, unité, par tableaux de bord par groupes homogènes de malades. Et même plans de redressement ; administration provisoire ; cession d'autorisation, fonctions de directeur révocables et amorce de rémunérations individualisées en fonction d'objectifs, stratégie de groupe par la coopération. En fait, l'établissement public de santé s'est rapproché de deux conceptions. D'une part de celle du « new public management<sup>302</sup> » et d'autre part de celle du management entrepreneurial dualiste et par « porteurs d'intérêts<sup>303</sup> ». Mais il a, aussi dans ce domaine et comme souvent dans l'histoire, fait émerger un système original qui se distingue tant des réformes de l'administration publique que du management de l'entreprise privée en préservant des valeurs historiques de garanties de service public qu'il incarne et auxquelles les français sont très attachés.

Aussi, qu'en est-il de nouvelles conditions d'exercice du service public hospitalier ? Une gouvernance est affaire de droits et de devoirs mais aussi et peut-être surtout « personne-dépendante », c'est à dire une affaire de relations entre des personnes. Nous distinguerons les deux aspects. Soit d'une part une **structuration juridique de pouvoirs et de responsabilités (I)** et d'autre part **la fonctionnalité de ses personnalizations (II)**.

---

<sup>301</sup> Ibid.

<sup>302</sup> HOOD (C.), *The "New public management" in the 1980s: variations on a theme*, Accounting, Organizations and Society, 1995, Vol. 20, N°3, pp. 93-109. La doctrine du « New Public Management » fait référence à 7 éléments : 1. Décomposition du secteur public en unités stratégiques organisées par produit ou entités « manageables ». 2. Introduction d'une compétition entre organisations publiques mais aussi entre organisations publiques et privées. 3. Plus grande utilisation des techniques managériales issues du secteur privé. 4. Utilisation des ressources plus disciplinée et parcimonieuse et une recherche active de moyens alternatifs de production à moindre coût. 5. Mouvement vers un contrôle des organisations publiques par des managers visibles exerçant. 6. Pouvoir discrétionnaire. 7. Mouvement vers l'adoption de standards de performance plus explicites et mesurables (ou plus contrôlables), la mise en avant de la mesure du résultat notamment en terme de rémunération des performances. D'après MARIN (P.), Conférence du 19 mars 2014 à la Faculté de Droit de Montpellier.

<sup>303</sup> TIREL (B.), VERDIER (F.), *Analyse croisée entre le gouvernement d'entreprise et la gouvernance de l'hôpital public*, In : CORMIER (M), (dir.) *Le volet hospitalier de la loi HPST: enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, pages 87 et 92 : Le modèle de *stakeholder* (de « porteur d'intérêts ») qui s'appuie sur les représentations, s'oppose à celui de *shareholder* (de « porteurs de parts ») qui s'appuie sur l'actionnariat. Le système dualiste avec directoire et conseil de surveillance, se différencie du système moniste avec conseil d'administration (Passim).

## I. Une structuration juridique de pouvoirs et de responsabilités.

Depuis la Règle de Saint-Benoît de Nursie (#485-547) et l'axiome de servir, que de conceptualisation directoriales ont présidé à la tête des hôpitaux, souvent voisines de celles en vigueur dans la société du moment. Mais peut-être que toutes ont privilégié le service et le partage du pouvoir entre ceux qui servent. « La dernière modification importante a été celle introduite par la réforme dite « Hôpital 2007, concrétisée par l'ordonnance du 2 mai 2005<sup>304</sup>. Cette ordonnance a introduit les éléments d'une nouvelle gouvernance », qui modifie l'organisation institutionnelle interne des établissements ». <sup>305</sup> Puis en 2008, le rapport Larcher<sup>306</sup> proposait un équilibre tripartite que n'aurait pas renié Montesquieu ou la Constitution de 1958, entre un pouvoir exécutif fort, un organe délibérant dans des compétences d'attribution restreintes et un conseil exécutif qui devait devenir directoire, associant la force vive constituée par le corps médical. La loi HPST reprenait cette idée de « patron » à l'hôpital, mais équilibrait la montée en puissance du Directeur-Président du directoire par l'institutionnalisation fonctionnelle du Président de la Commission médicale d'établissement.

### a) Deux pouvoirs majeurs : le directeur et le président de la CME

#### 1- Le directeur, président du directoire

Avec un pouvoir et une responsabilité propres (L. 6143-7 CSP), le directeur hérite de plusieurs compétences de gestion qui étaient attribuées à l'ex-conseil d'administration de la loi de 1970 : CPOM, EPRD, plan de redressement, organisation interne de l'établissement en pôles, règlement intérieur. Il conserve la compétence « résiduelle » du conseil de surveillance, ainsi que sa propre compétence générale : il conduit la politique générale de l'établissement. Sa responsabilité est donc éminente<sup>307</sup>, sa nomination fortement encadrée par l'État. Elle se

---

<sup>304</sup> Ordonnance no 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, NOR : SANX0500028R, JORF 3 mai 2005.

<sup>305</sup> COUTY (E.), KOUCHNER (C), LAUDE (A), TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, page 41.

<sup>306</sup> LARCHER (G.), (dir.), *Les missions de l'hôpital*, Rapport de la commission de concertation, La documentation française, 2008.

<sup>307</sup> CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG), liste actualisée au 3 décembre de l'arrêté du 24 avril 2012 pour la répartition des emplois fonctionnels des établissements publics de santé ([www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)). On y compte 353 postes dotés des indices échelles-lettres HEC, HEB bis et HEB de la haute fonction publique, essentiellement des postes de chef d'établissement dont 80 en direction commune à plusieurs établissements.

trouve diversifiée : fonctionnaire ou contractuel ou détaché sur contrat de droit public. Une formation est instituée dans le cadre de sa prise de fonctions de chef d'établissement. Lié par un projet d'objectifs et de gestion, de plus en plus souvent sur poste fonctionnel, son avancement et sa rémunération sont conditionnés par le directeur général de l'ARS. Il peut se voir retirer son emploi « dans l'intérêt du service » et être placé s'il est fonctionnaire, en « recherche d'affectation »<sup>308</sup>, avec avis de la commission paritaire nationale, sauf en cas de mise en administration provisoire. Le personnage central de la conduite du service public hospitalier est ainsi placé dans une position particulièrement exposée et à la hauteur de son influence sur l'établissement public porteur de ce service public.

Le Chef d'établissement dispose d'une compétence générale dans la conduite de l'établissement, mais aussi d'une compétence de gestion après concertation du directoire<sup>309</sup>. Son action se porte sur la stratégie de l'EPS, avec le président de la CME, la politique qualité, sécurité des soins et d'accueil et de prise en charge, plan blanc, investissement, évaluation prévisionnelle de recettes et des dépenses, tarifs, compte financier, organisation interne, contrats de pôle, compte financier, proposition de coopération, projet d'établissement présenté au conseil de surveillance, règlement intérieur, gestion de patrimoine, organisation du travail, bilan social, intéressement, plan de redressement, contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens.

De nouveaux pouvoirs de nomination lui sont conférés : celle de certains membres du directoire, chefs de pôle, collaborateurs du chef de pôle, après avoir recueilli divers avis. Ainsi que de nouveaux pouvoirs de proposition de nomination de praticiens hospitaliers, de professionnels libéraux sous contrat, outre les directeurs-adjoints et directeurs de soins.

Le directeur dispose ainsi de très larges compétences dans la conduite de l'établissement qu'il exerce en propre ou après concertation du directoire. La taille des hôpitaux, le caractère fondamental pour la société d'un service public efficace, la réactivité économique nécessaire dans un système de santé concurrentiel exigeait cette inflexion. Le principe de limitation réciproque des pouvoirs imposait le renforcement d'un autre rôle, celui de président de la commission médicale d'établissement.

---

<sup>308</sup> CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG), bilan d'activité en 2013, point presse du 13 février 2014. Sur 3 200 directeurs d'hôpitaux (DH) et 1 900 directeurs d'établissements sanitaires et sociaux (D3S), on compte 33 directeurs en recherche d'affectation (RA) hors établissement et 70 DH et 58 D3S en « hors recherche d'affectation » (HRA) maintenus hors fonctions en établissement. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>309</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO SOCIAUX, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, 2009, page 25, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

- 2- Le président de la Commission médicale d'établissement : un pouvoir d'influence qui s'institutionnalise.

L'hôpital est une entreprise de soins, laquelle suppose une double légitimité. Le président de la commission médicale d'établissement (PCME), vice-président du directoire, membre consultatif du conseil de surveillance, est impliqué sur la quasi-totalité des sujets. Le PCME (L. 6143-7-3 CSP) peut être considéré comme un « numéro 2 » de l'EPS. Son rôle et son importance trouvent certes leur origine dans son caractère électif. Mais il est très amplifié par le binôme qu'il constitue très souvent avec le directeur. Il s'agit d'une alliance objective certes, nécessaire sous peine de graves dysfonctionnements, doublée fréquemment d'une estime réciproque et d'un sentiment de solidarité de classe et de pouvoir.

Mais de plus, la loi HPST lui a construit un personnage, non responsable administrativement mais pouvant devenir coupable électivement et investi de responsabilités institutionnelles et juridiques originales. Logiquement, il élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical, il propose les candidats chefs de pôle, donne avis sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers, sur la conformité du projet de pôle avec le projet médical, sur les contrats des personnels libéraux.

Mais de manière originale et hybride, le PCME a acquis un « statut »<sup>310</sup> et est doté de responsabilités propres nouvelles<sup>311</sup> : Suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le directeur et la CME. Coordination de la politique médicale en matière de bonnes pratiques prise en charge du patient, recherche médicale, innovation thérapeutique, développement professionnel continu. Il doit lui-même en dresser rapport au directoire et au conseil de surveillance. Il élabore avec le directeur et la CME, le projet médical, soit la stratégie médicale, appliquant le CPOM, des objectifs médicaux, par rapport au SROS, de qualité, sécurité, recherche, innovation, de l'organisation des moyens, du parcours du patient, des soins palliatifs.

En fait, ce nouveau rôle constitue un nouveau métier, nécessite une très grande disponibilité, des compétences particulières de connaissance de la gestion d'un établissement et de la santé publique. Il entraîne la mise à disposition et la mise en œuvre de moyens matériels. Aussi est-

---

<sup>310</sup> Ministère de la santé et Agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico sociaux, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, page 25.

<sup>311</sup> Décret n° 2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement, vice-président de directoire des établissements publics de santé, NOR : SASH0931052D, JORF du 31 décembre 2009, article 1<sup>er</sup>, codifié aux articles D. 6143-37 à D. 6143-37-5 CSP

il diversement rempli, et en fonction de ces éléments et des profils personnels, face à un pouvoir directorial qui n'avait jamais été aussi étendu.

b) Des instances mineures qui cherchent leur existence.

1- Avec un pouvoir décisionnel relatif : conseil de surveillance, directoire, CHSCT

☒ Le conseil de surveillance (L. 6143-1 CSP)

Il le plus souvent composé de quinze membres, au plus, répartis en trois collèges quantitativement égaux. D'une part, celui des élus de collectivités territoriales et des personnes qualifiées (dont deux représentants des usagers) qui élit le vice-président et le président du conseil en désignant souvent encore le maire de la ville siège de l'hôpital. Mais ce dernier n'en est plus le président de droit, le « président-né ». L'emprise municipale s'est éloignée d'un établissement public de santé qui n'est plus à rattachement communal, et au surcroît dont les implantations se partagent de plus en plus entre différentes communes. S'ajoute le collège des personnels médicaux et non médicaux : un élu de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et quatre élus désignés à parité par la CME et les représentants syndicaux. Ainsi, le poids du service public continue d'entraîner la présence de personnalités qualifiées, de représentants des usagers et d'élus politiques même si le maire n'est plus un président de droit.

Les compétences du conseil, portion congrue de celles de son prédécesseur le conseil d'administration, sont d'une part générales quand il se prononce sur la stratégie et tente d'exercer son contrôle permanent de la gestion. Elles sont d'autre part décisionnelles en délibérant sur le projet d'établissement, le compte financier et l'affectation des résultats et sur le rapport annuel d'activité de l'EPS dressé par le directeur avec observations transmises à l'ARS. Elles sont le plus souvent simplement d'avis ou consultatives : politique d'amélioration continue de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Par son président, il apporte cependant un avis sur la nomination et l'éventuel retrait d'emploi du Directeur. Il se doit d'être informé sur l'EPRD, le programme d'investissements, la nomination et la révocation des membres du directoire par le directoire.

Le conseil de surveillance du service public porté par l'hôpital public est le plus souvent, et parfois de manière caricaturale, soumis à la plus simple acception de la notion de

« surveillance »<sup>312</sup>. Ses compétences, de champ très vaste, se limitent dans la pratique à la volonté ou non du directeur de respecter ses prérogatives, de le faire vivre, de l'informer réellement, de lui fournir des moyens, une information, d'accepter sinon un contrôle ou une « surveillance » tout au moins un regard, de solliciter son conseil, de l'utiliser pour un bon management de l'hôpital, ce qui n'est pas toujours le cas.

☐ Le directoire. Constituant un pendant, mais en cercle endogène, à la désuétude du conseil de surveillance, il prépare le projet d'établissement, conseille le directeur sur tous les sujets, de plus est obligatoirement concerté par le Directeur sur la plupart des points soumis au conseil de surveillance. Il possède une compétence décisionnelle : l'approbation du projet médical (stratégie médicale et mesures d'application du CPOM) après son élaboration par le Directeur et le Président de la CME. Il est ainsi un organe d'échanges et de préparation, de conseil, de concertation des décisions et d'approbation de décisions à majorité de professions médicales (4/7 ou 6/9) mais sous la présidence du directeur. Ses membres de droit (3 ou 5) : le Directeur président du directoire, le Président de la CME vice-président, le président de la CSIRMT, (en CHU s'ajoutent un vice-président doyen, un vice-président chargé de la recherche). Les membres nommés (4) le sont pour 4 ans par le Directeur après information du CS, dont trois sur liste de 3 noms présentée par le PCME ou sur son choix si désaccord. Soit 7 membres en CH (3+4) et 9 en CHU (5+4).

A l'instar de ceux des établissements privés, il a fait gagner à l'hôpital en confidentialité des décisions, ce qu'il lui a fait perdre en concertation avec les élus, les personnes qualifiées, les représentants des personnels et des usagers.

☐ Le comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail.

A l'instar aussi des établissements de santé privés et même de l'ensemble des entreprises, le CHSCT de chacun des établissements publics de santé prend sa source et son origine dans le code du travail. Notamment dans sa quatrième partie « Santé et sécurité au travail » dont toutes les dispositions peuvent faire par décrets, l'objet d'adaptations tenant compte des caractéristiques des EPS<sup>313</sup>. Présidé par le directeur, le CHSCT est composé de membres

---

<sup>312</sup> L'auteur est membre d'un conseil de surveillance de centre hospitalier, en tant que personnalité qualifiée nommée par le directeur général de l'ARS.

<sup>313</sup> Article L4111-1 du code du travail : « Sous réserve des exceptions prévues à l'article L. 4111-4, les dispositions de la présente partie sont applicables aux employeurs de droit privé ainsi qu'aux travailleurs. Elles sont également applicables : 1° Aux établissements publics à caractère industriel et commercial ; 2° Aux établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions du droit privé ; 3° Aux établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. »



délibérants représentant les personnels et de membres consultatifs dont l'inspecteur du travail. Même si le CHSCT demeure un organe consultatif, il peut par l'intermédiaire de ce dernier, et par son droit de solliciter des expertises, contraindre le directeur à respecter les dispositions qu'il édicte. Il dispose donc d'un quasi-pouvoir délibérant d'origine juridique de droit privé portant sur la sécurité des conditions de travail et sur l'hygiène. Plus loin, il met, théoriquement car les représentants du personnel en usent peu, en jeu l'irruption du juge judiciaire dans le champ de compétences du juge administratif.

Conseil de surveillance, directoire, CHSCT, ces trois instances aux consonances ou au voisinage de droit commun sont néanmoins enserrées dans une historicité de secteur public. Elles sont représentatives d'une trajectoire managériale et du caractère hybride ou intermédiaire de la gestion du service public hospitalier.

## 2- Avec une influence consultative technique : CME, CSIRMT, CTE

### ▫ La commission médicale d'établissement.

Le règlement intérieur de l'établissement en fixe la composition en y assurant la représentation équilibrée des disciplines médicales. Elle obéit à une histoire récente mouvementée. Réduite là encore par l'importance de celui du directoire et du président de la CME, son rôle essentiel s'adresse à l'organisation de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Ses membres de droit, les chefs de pôle clinique et médico technique sont complétés par les membres élus : représentants des responsables de structures, des praticiens hospitaliers titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires, des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral, des internes, des sages-femmes. Le PCME est élu pour 4 ans parmi les PH titulaires

La CME demeure informée de l'organisation, des investissements et du financement de l'EPS et doit proposer au chef d'établissement un programme d'action, assorti d'indicateurs de

---

Article L4111-2 du code du travail, modifié par la loi n°2008-67 du 21 janvier 2008 - art. 3 : « Pour les établissements mentionnés aux 1° à 3° de l'article L. 4111-1, les dispositions de la présente partie peuvent faire l'objet d'adaptations, par décret pris, sauf dispositions particulières, en Conseil d'Etat, compte tenu des caractéristiques particulières de certains de ces établissements et des organismes de représentation du personnel existants. Ces adaptations assurent les mêmes garanties aux salariés. »

Décret n°85-946 du 16 août 1985 modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et relatif aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail dans les établissements mentionnés à l'article L792 du code de santé publique et dans les syndicats inter hospitaliers (JORF du 8 septembre 1985).

suivi, relatif : d'une part à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins : infections, iatrogénie, événements indésirables, vigilances, médicaments, dispositifs médicaux stériles, douleur, développement professionnel continu. D'autre part à l'accueil et à la prise en charge des patients en termes d'éthique, évaluation, soins palliatifs, permanence et parcours de soins. Enfin aux actions propres à répondre aux rapports de certification et aux prescriptions du CPOM.

Ainsi, la CME a été orientée vers la qualité des soins et vers la relation avec les usagers. Elle perd sa compétence en matière d'avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens. En effet, sur proposition du chef de pôle, mais après avis du PCME (transmis au CNG), le président du directoire propose au directeur général du Centre national de gestion, la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers.

Cependant, récemment, en transposition politique de la loi Fourcade favorable aux professions médicales, ses attributions, consultatives mais d'importance, ont été étendues par le décret du 20 septembre 2013<sup>314</sup> au bénéfice des professions médicales hospitalières. Pour les praticiens hospitaliers publics, ce texte apporte une potentialité d'avis sur les orientations stratégiques de l'établissement, son organisation interne, la politique de coopération territoriale, la politique de recherche et d'innovation, l'accueil et l'intégration des professionnels et des étudiants ainsi que sur la gestion prévisionnelle des emplois. Son avis est renforcé sur les questions financières. L'ensemble de ses attributions porte ainsi dorénavant aussi sur les projets de délibération du conseil de surveillance, les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel, le plan de redressement, l'organisation interne de l'établissement. Mais aussi au plan plus médical, aux modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants, gestion prévisionnelle des emplois et compétences, projet médical de l'établissement, politique en matière de coopération territoriale de l'établissement, politique de la recherche clinique et de l'innovation de l'établissement, politique de formation des étudiants et internes, politique de recrutement des emplois médicaux le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques, programme d'investissement concernant les équipements médicaux. Et enfin, sur un plan plus général, son avis s'étend au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, aux modifications des missions de service public

---

<sup>314</sup> Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé (JORF 22 septembre), codifié aux articles R. 6144-1 et 1-1 CSP.

attribuées à l'établissement, modalités de la politique d'intéressement, bilan social et règlement intérieur de l'établissement.

Il reste à connaître si dans la pratique, cette extension extrême de champ d'avis de la CME par nature dépourvus de conséquences décisionnelles, concernera des praticiens se tenant déjà, à l'exception relative des chefs de pôle et des médecins du directoire, peu au fait des éléments de gestion de l'établissement. Et qui réclament plutôt, et assez contradictoirement, d'ajouter un peu plus de démocratie, de collégialité à l'intérieur du corps médical, et de rééquilibrer les prérogatives de la direction et celles des médecins.

▫ La commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotextiques. Elle reste sans doute le signe à la fois de la dévalorisation de la représentation des personnels soignants non médicaux par rapport à leur importance numérique (les deux-tiers des personnels) et fonctionnelle dans l'hôpital. Aussi la marque de leur importance institutionnelle timide mais grandissante. Présidée par le coordonnateur des soins, membre de droit du directoire, elle est consultée sur le projet de soins et l'organisation des soins, la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins, et de la gestion des risques liés aux soins, sur l'accueil et la prise en charge des usagers, la recherche et l'innovation en soins, et sur la politique de développement professionnel continu. Elle est informée (ce qui est nouveau) sur le règlement intérieur, les recrutements par contrats de professionnels libéraux, le rapport annuel d'activité de l'EPS. Le règlement intérieur de l'établissement prévoit sa composition de ses trois collèges de cadres de santé, personnels de soins, et aides-soignants.

▫ Le comité technique d'établissement.

Le CTE avait vu ses compétences modifiées consécutivement à l'évolution de celles du chef d'établissement et du conseil de surveillance dans la loi HPST. L'augmentation des attributions du premier et l'amoindrissement de celles du second l'avaient relégué dans un rôle subalterne que seuls les personnalités syndicales ou la vigueur voire la dureté des représentations sociales pouvaient contrebalancer par la perspective de mouvements sociaux.

Le décret du 20 septembre 2013<sup>315</sup> étend tout à la fois le rôle consultatif des commissions médicales d'établissement et celle des CTE, marquant, peut-être plus symboliquement que génétiquement, la parenté de consultation sociale de ces deux entités. Un autre décret du

---

<sup>315</sup> Ibid. Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013

même jour précise l'extension des domaines de compétence des CTE<sup>316</sup>. Ses attributions sont consultatives en portant sur les projets de délibération du Conseil de surveillance, ce qui marque un retour à la situation antérieure à la loi HPST, à la différence que les conseils d'administration étaient dotés de prérogatives beaucoup plus larges et plus souvent décisionnelles. Mais aussi, au plan financier sur les orientations stratégiques de l'établissement, son plan global de financement pluri annuel et l'éventuel plan de redressement mentionné à l'article L. 6143-3. Encore au plan des ressources humaines, sur les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences, le plan de développement professionnel continu, la politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement, le bilan social. Il est associé à la congruence horizontale de la politique de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Au plan général il donne son avis sur le règlement intérieur de l'EPS, et sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée à l'article L. 6143-7-7°. Il est enfin seulement informé du CPOM, de l'EPRD, des coopérations, de la situation budgétaire, et des effectifs.

Globalement, la gouvernance de l'hôpital et de son service public s'est fortement recentrée sur son directeur et sur son président de CME. Leur action conjointe est irrésistible au plan local, indispensable vis-à-vis de l'ARS. Leur désunion éventuelle signe le malaise d'un hôpital et son déclin.

#### I. La gouvernance hospitalière : fonctionnalité et personnalisation.

Si la gouvernance hospitalière est avant tout destinée à mieux gérer l'intérêt des patients, celui-ci est néanmoins conditionné par l'équilibre humain individuel et collectif des acteurs de l'établissement. Or ce dernier est particulièrement complexe, varié, dépendant de la personnalité des acteurs.

##### a) Une mixité entrepreneuriale des composantes humaines.

La loi HPST a ménagé de nombreuses ouvertures tant à de nouveaux acteurs non titulaires : Directeurs contractuels, professionnels de santé, dont les médecins cliniciens hospitaliers, pour des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus et prévus au CPOM,

---

<sup>316</sup> Décret n° 2013-842 du 20 septembre 2013 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé, JORF du 22 septembre.

contractuels de droit public pour 6 ans, rémunérés par partie fixe et par partie variable fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à leur déontologie, évalués périodiquement. Mais aussi à de nouvelles modalités d'exercice : coopérations entre professionnels de santé suivant des protocoles validés par l'HAS, transferts d'actes et d'activités de soins, avec apparition potentielle de métiers intermédiaires. Encore à des mécanismes nouveaux : retrait d'emploi du directeur, fin de fonctions des chefs de pôle, de membre du directoire.

Nous avons ainsi noté un rôle nouveau pour le directeur, variablement accepté par la traditionnelle opposition des médecins. Mais aussi par la résistance des représentants du personnel, confinés dans un CTE dilué, ou dans l'action radicale. Le Président de la CME est doté d'un nouveau rôle qui n'agrée pas forcément les autres médecins. Les acteurs institutionnels du conseil de surveillance peuvent parfois s'estimer peu respectés, quelquefois ceux du directoire.

Cependant, un directeur manager peut mettre à profit les considérables potentialité d'échanges dans cette nouvelle organisation, notamment ce qui n'est pas forcément le cas parce que c'est plus difficile, dans l'analyse rigoureuse et systématique de l'accueil et de la prise en charge du patient, en regard de la qualité, sécurité des soins et gestion des risques.

#### b) Un cadre institutionnalisé de compétition de personnes

✕ Une compétition au sommet parfois réductrice, souvent émulative. Il peut survenir d'irréductibles conflits de personne. Pour des raisons de simple antipathie naturelle mais aussi pour des incompatibilités d'origine idéologique ou politique, d'idéaux non partagés, de manque d'estime, d'ambition personnelle, de pressions internes ou externes, de confiance inexistante ou trahie, d'intérêts personnels déçus. Dans ce jeu subtil qu'est le management hospitalier et c'est là sa force et sa faiblesse, une bonne entente notamment entre directeur et président de CME, et entre directeur et président du conseil de surveillance dans une moindre mesure est décisive pour l'hôpital, mortifère dans le cas contraire.

✕ Un relatif hermétisme aux représentants des usagers.

Apparemment les représentants des usagers sont (juridiquement) confortés par la loi HPST. Dans la composition du conseil de surveillance car on en compte toujours deux, et même cinq en les totalisant avec les trois autres personnalités qualifiées, mais maintenant sur quinze membres au lieu de 22. De plus ils sont devenus éligibles à la présidence et vice-présidence.

Par ailleurs, le conseil de surveillance doit normalement délibérer (L. 1112- 3 CSP) au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en direction des droits des usagers, de la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge (CRUQPC), l'ensemble étant transmis à la commission régionale des soins et de l'autonomie (CRSA), et à l'ARS pour synthèse. En fait, les représentants des usagers ne pèsent que faiblement dans les débats du conseil de surveillance, seule instance interne hospitalière décisionnelle dans laquelle ils soient présents. Plus prospectivement, le « pacte de confiance pour l'hôpital »<sup>317</sup> a préconisé le rétablissement d'une gouvernance équilibrée, la création d'un conseil d'établissement, de renforcer l'exécutif en clarifiant les responsabilités, de renforcer la place des usagers, et d'organiser une réelle consultation des organes dédiés. Mais un an après sa remise, aucune suite n'y est apportée ou même envisagée. Politique étatique et management restent antinomiques.

Mais parallèlement, le management hospitalier s'est tourné vers une autre forme moins personnelle, plus systémique mais complémentaire, de la prise en compte des intérêts des patients.

## **§ 2 - Le management compétitif dans l'intérêt du patient.**

La prise en compte de l'intérêt du patient repose notamment sur **une gestion continue et systématisée de la qualité des soins dispensés (A)**. L'intérêt général des usagers est sous-tendu par l'aptitude de l'établissement public de santé à adapter en permanence son offre de service par sa **capacité de mutabilité de service public (B)**.

### ***A- La gestion systémique et continue de la qualité et de la sécurité.***

La sécurité des soins améliore leur qualité, tout au moins objectivement. L'intégration de leur qualité dans le management donne à cette dernière des racines profondes et participe d'une culture d'établissement d'attention au patient, certes non suffisante mais nécessaire à l'amélioration des prestations telles que ressenties subjectivement par le patient. Le « care » ne peut s'exonérer du « cure ».

---

<sup>317</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) président, SCOTTON (C.) rapporteur général, plan général, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

Le bloc législatif HPST a instauré une politique d'évaluation, accréditation et analyse de la qualité de l'activité des établissements de santé<sup>318</sup>. En ce qui concerne les établissements publics de santé, la loi HPST a poursuivi l'action engagée par la loi du 31 juillet 1991 relayée par l'ordonnance du 24 avril 1996, puis par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle instaure dans les établissements publics de santé une gestion libre et institutionnalisée de la politique de qualité, de la sécurité des soins, des conditions d'accueil et de prise en charge (I). Et dans tous les établissements de santé une nouvelle relation avec les usagers par la publication d'indicateurs de résultats (II).

### I. Une gestion institutionnalisée.

Elle s'appuie sur une association systémique de tous les rouages hospitaliers<sup>319</sup>, pour une congruence verticale et horizontale en un seul projet (L. 6144-1 CSP). La CME propose au directeur-président du directoire un programme de gestion de la qualité et de la sécurité (aujourd'hui couramment réalisé dans la majorité des EPS) avec suivi. S'ensuit après concertation avec le directoire, une décision conjointe du directeur et du PCME d'une politique dont ce dernier est chargé et responsable du suivi (un bilan devant la CME est réalisé dans une grande partie des EPS). Vont s'ajouter à ce programme les avis du conseil de surveillance, du CTE, de la CSIRMT et en amont celui de la CME et de la CRUQPC (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge). Sont intégrés au programme, l'analyse des événements indésirables, les recommandations de certification et de l'HAS, les objectifs du CPOM, et la gestion des risques repérés et cartographiés a priori. L'opérationnalité de ce programme de gestion de la qualité et de la sécurité est évaluée, car on n'améliore que ce qu'on peut mesurer, et par une approche systémique :

□ Dans les différents projets de l'établissement,

A la fois sur la base des évaluations de pratiques professionnelles (EPP), qui se situent en référence à des REP (Référentiels d'Évaluation des Pratiques), à des recommandations professionnelles, les RPC (Recommandations pour la Pratique Clinique), selon une méthode élaborée et validée par l'HAS et un suivi obligatoire des améliorations, et grâce aux très nombreux indicateurs disponibles (ANAP, BDHF, HAS)

---

<sup>318</sup> Articles L. 6113-1 à 6113-12 CSP.

<sup>319</sup> Articles CSP L. 6143-1 (conseil de surveillance), L. 6143-7 (directeur président du directoire), L. 6144-1 (commission médicale d'établissement), R. 6144-40 (comité technique d'établissement), R. 6146-10 (commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotchniques), D. 6143-37 s. (président de la CME), R. 6146-8 (contrats de pôle).

☒ Par la coordination organisée et médicalisée de l'ensemble des vigilances organisées et protocolisées. Soit l'identité vigilance, hémovigilance, pharmacovigilance, toxicovigilance, antibio vigilance, matériovigilance biomédicale, réacto vigilances de laboratoire, nosocomiales, de stérilisation, nucléaire, radiologique, chimique, d'événements indésirables, d'alimentation-nutrition, de confection des repas. Aussi par le « document unique » des risques encourus a priori par le personnel. Mais aussi pour les fluides, incendie, électricité, installations à vapeur, environnement, eaux, analyse et contrôle du risque bactériologique en blanchisserie.

☒ Et surtout dans un management systémique et continu par la qualité, racine éthique de l'efficience médico-économique.

## II. Une publicité des résultats

a) Les établissements de santé doivent<sup>320</sup> recueillir, calculer et transmettre leurs données d'indicateurs de moyens mis en œuvre, pour constituer un système national partagé sur le site « Platines ». Les résultats nationaux ainsi que les données de comparaison sont publiés par le ministère de la Santé et la Haute autorité de santé sur le site dédié « Scope Santé ». Et les établissements disposent alors de deux mois pour porter les résultats à la connaissance du public, sous peine de sanction financière. Les vingt indicateurs de moyens 2014 à partir des données 2013 retenus par le Ministère de la santé et par la Haute autorité de santé, correspondent à des objectifs prioritaires de santé publique et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il s'agit de trois indicateurs de tableau de bord des infections nosocomiales (TBIN) : indicateur de consommation de produits hydro-alcooliques version 2 (ICSHA 2), indicateur composite de maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes (ICA-BMR), indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB 2). De sept indicateurs de qualité: tenue du dossier patient, délai d'envoi du courrier d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de l'évaluation du risque escarre, réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie. S'ajoutent dix indicateurs qui étaient déjà recueillis en 2013 à partir des données de 2012 : deux indicateurs TBIN : indicateur composite de lutte contre les infections

---

<sup>320</sup> Article L. 6144-1 CSP ; Loi HPST art. 5-1 ; Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins, NOR: AFSH1403669A, JORF du 21 février.



du site opératoire (ICA-LISO), indicateur composite des activités de lutte contre les infections nosocomiales version 2 (ICALIN 2). De huit indicateurs de pratique clinique : date et heure de survenue des symptômes lors de la prise en charge initiale de l'AVC, aspirine après un AVC ischémique, évaluation par un professionnel de la rééducation lors de la prise en charge initiale de l'AVC, tenue du dossier patient dans le cadre de la prise en charge de l'AVC. Et aussi des prescriptions médicamenteuses appropriées après un infarctus du myocarde, sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques après un infarctus du myocarde, prévention de l'hémorragie lors de la délivrance après un accouchement, surveillance clinique minimale en salle de naissance après accouchement.

b) Quant aux établissements et services médico sociaux, ils sont entrés parallèlement dans une démarche d'évaluation externe<sup>321</sup>. Notamment, les établissements accueillant des personnes âgées doivent par une évaluation interne et une évaluation externe, pouvoir porter une appréciation globale sur la pertinence, l'impact et la cohérence de leurs activités, de la qualité de leurs prestations déployées pour remplir leurs missions et les attentes des usagers. Et ce à deux reprises entre l'autorisation et son renouvellement quinze ans plus tard. La démarche, collective, participative et pluraliste, donc source d'enrichissement et de progrès, doit être menée suivant des procédures, des références de bonnes pratiques professionnelles, validées par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des ESSMS (ANESM). Celle-ci habilite certains organismes d'évaluation externe comme GÉRONTEVAL du CNEH utilisant un référentiel se plaçant du point de vue du résident. L'évaluation externe, proche de la certification des établissements de santé, diffère cependant de celle de la HAS, mais admet les certifications du code de la consommation, de type ISO ou AFNOR.

Cette approche de la qualité et de la sécurité des soins ne peut être seulement une science. Elle doit se placer dans la conscience de la pluralité des paramètres constituant l'efficience de la prestation sanitaire ou médico sociale. En outre la pratique du management par la qualité tend à montrer qu'elle favorise dans un établissement la coordination des acteurs et l'affirmation d'une culture d'établissement humaniste qui sera plus fréquemment appliquée au quotidien par chaque membre du personnel.

---

<sup>321</sup> Le CASF retrace dans la jonction des lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et du 21 juillet 2009 dite HPST prolongée par la loi du 22 mars 2011, l'obligation et les modalités de l'évaluation en ESMS précisées par trois décrets de 2010 à 2012.

Par ailleurs, la qualité des soins prodigués doit se doubler de celle de leur mutabilité permanente d'adaptation aux besoins de santé publique.

### ***B- La mutabilité par l'adaptation aux besoins.***

Le projet permanent d'adaptation de l'établissement représente l'outil stratégique concerté fondamental de l'établissement. Il est basé sur une analyse des besoins et de ses projets sanitaires et logistiques.

#### **I. L'analyse globale de l'efficience.**

Il s'agit de rechercher l'efficience médico-économique pour un meilleur développement : diagnostic des ressources et élaboration d'une stratégie.

L'efficience, au sens managérial, est un concept particulièrement adapté à l'établissement de santé. Cette qualité d'action consiste à chercher à mieux faire ce que l'on fait<sup>322</sup>. En l'occurrence de conjuguer au mieux médecine et économie pour mieux servir le patient. C'est le sens que nous lui prêterons ici.

Nous en rechercherons les utilisations et effets en **établissement sanitaire (a)** et en **établissement médico-social (b)**.

##### **a) L'efficience médico économique en établissement public de santé.**

Si la loi HPST n'est pas essentiellement économique, elle est indissociable de l'organisation financière des EPS issue de la loi du 18/12/2003<sup>323</sup>, de l'ordonnance du 2/5/2005<sup>324</sup>. En outre la loi HPST est prolongée sur ce point par sa propre ordonnance de coordination du 23/10/2010<sup>325</sup>, qui a couronné sa logique d'efficience médico-économique. Cette logique implique :

---

<sup>322</sup> MMD, *Le Vade-Mecum du manager de La lettre du management*, deuxième édition, Paris, 2001, ISBN-2-9509760-7-7, page 48 : « l'efficience consiste à bien faire ce que l'on fait (bien faire les choses, travailler bien) ». Le Dictionnaire LE ROBERT, 1976, tome2, page 393 lui donne l'acceptation voisine d' « être capable, compétent », à la différence de l'efficacité « qui produit l'effet qu'on attend ».

<sup>323</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, NOR : SANX0300139L, JORF du 19 décembre 2003.

<sup>324</sup> Ordonnance no 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, NOR : SANX0500028R, JORF 3 mai 2005.

<sup>325</sup> Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, NOR: SASX0930688R, JORF 25 février 2010.

▫ De connaître par la T2A, l'activité médicale à tous les niveaux d'un établissement de manière fiable : pour chaque patient, un résumé de séjour PMSI, agrégé par unité médicale, standardisé, rendu anonyme, est classifié dans un groupe de malades défini comme homogène en termes de contenu médical, et de mobilisation des ressources pour lesquelles la comptabilité analytique hospitalière (CAH) détermine un coût.

▫ De comparer le coût d'un établissement, pôle, unité, thérapie, à la moyenne des activités comparables. HOSPIDIAG- ANAP<sup>326</sup> nous fournit 68 indicateurs sur 5 axes d'analyse d'activité : qualité, organisation, ressources humaines, finances dont certains avec les éléments de la Banque de données hospitalières de France<sup>327</sup> serviront de base au CPOM de l'établissement.

Mais c'est surtout l'Agence technique d'informations hospitalières (ATIH)<sup>328</sup> qui nous permettra de comparer les coûts d'un établissement avec les coûts moyens des autres établissements, d'établir par unité de soins des tableaux de coûts comparé moyens (TCCM), et de coût par groupe homogène de malades (GHS). Il convient de s'arrêter à cette nouvelle possibilité et problématique de gestion par coûts comparés<sup>329</sup>.

Soixante mois après la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la véritable rupture d'approche de la gestion des établissements de santé reste encore celle de la T2A, progressivement instaurée à partir de la loi du 18 décembre 2003<sup>330</sup>. En 1970, un élève directeur<sup>331</sup> de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP<sup>332</sup>) constatait qu'aucune base précise de données n'était en mesure d'étayer ses analyses, mais ce Huron (il en existait) aurait-il tenté de baser ses analyses sur quelque « norme » qu'on lui aurait objecté que la santé n'avait pas de prix et que personne n'en

---

<sup>326</sup> Agence Nationale d'Appui à la performance des Etablissements de santé et médico-sociaux, [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

<sup>327</sup> [www.bdhf.fr](http://www.bdhf.fr).

<sup>328</sup> [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr) puis études nationales des coûts à méthodologie commune (ENCc).

<sup>329</sup> ROMANENS (JL), *T2A, des chiffres et des hommes*, février 2011, numéro 272, page 30. Revue Décision Santé, [www.decision-sante.com](http://www.decision-sante.com).

<sup>330</sup> Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, NOR : SANX0300139L, JORF du 19 décembre 2003.

<sup>331</sup> Ce fut le vécu de l'auteur.

<sup>332</sup> Actuelle EHESP (Ecole des hautes études en santé publique).

connaissait le coût. Aujourd'hui, le même élève, cette fois à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP) peut partir à la découverte d'une abondance systémique de chiffres : PMSI-T2A, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ENCC nourrie par 60 établissements publics et 20 établissements privés agrégeant près de trois millions de séjours, Base d'Angers s'offrent à lui. Mais aussi de normes réglementaires, de recommandations professionnelles de bonnes pratiques (sociétés savantes, HAS), de référentiels d'évaluation des résultats et des pratiques professionnelles (EPP), d'une trentaine de vigilances, de standards externes. Et encore d'indicateurs de qualité naissants (nosocomiaux, de dossier patient...), d'évaluation des risques dans les procédures d'accréditation. Il peut aussi se servir des données de ressources d'environnement (ARS, SROS élargis en Projets de soins régionaux), mais aussi d'analyse financière et d'activité (BDHF) et de gestion managériale.

Pourquoi une ENCC ? Sous cette dénomination peu engageante, apparaît une facilitation de comparaison avec d'autres établissements, de gestion des pôles, de négociation avec l'ARS et d'élaboration de projets. Il faut l'expliquer à notre élève : pour chaque patient, un résumé de séjour PMSI, agrégé par unité médicale, standardisé, rendu anonyme, est classifié dans un GHM (groupe de malades défini comme homogène en termes de contenu médical et de mobilisation de ressources) pour lequel la comptabilité hospitalière détermine un coût. Ce dernier grâce à l'ATIH peut alors être comparé à celui d'un établissement « moyen » ex-DGF ou ex-OQN. Et par des TCCM, les coûts d'un établissement, d'un pôle ou d'une unité médicale être rapportés aux coûts moyens nationaux correspondants. Elémentaire...

Frais émoulu, notre élève constatera que le charme des hôpitaux niche dans un mélange d'affirmations générales et de réalités particulières. Ainsi, le PMSI et la T2A ne sont encore pas adaptés au SSR et à la HAD, à la psychiatrie, ni aux hôpitaux locaux. Et il reste à rétablir le décalage inter disciplines de  $\pm 10\%$  entre coûts et tarifs dans près de 30% de GHS. Par ailleurs, l'accès aux données du secteur privé est frappé de difficultés intrinsèques. Reste encore à estimer le poids des frais intrinsèques « hors tarif » du secteur privé : honoraires médicaux, forfaits spécifiques, actes de plateau technique<sup>333</sup> pour établir des comparaisons

---

<sup>333</sup> Contrairement aux établissements publics, assurant les coûts des garanties et de la plupart des missions de service public, les établissements de santé à statut commercial peuvent ajouter à leur facturation tarifaire : les honoraires de leurs médecins, (exonérés de charges sociales de secteur 1), les forfaits de « haute technicité », les actes de biologie, d'imagerie et d'explorations fonctionnelles.

inter catégorielles de coûts lisibles. Il conviendra en outre d'estimer les correctifs de coût des garanties de service public et des missions de service public assurées.

La métrologie<sup>334</sup> hospitalière a encore de beaux jours devant elle. Mais approcherions-nous une nouvelle pertinence, à la jonction des logiques professionnelles et des attentes des usagers ? L'approche médico économique, qui nous fait sortir des ténèbres de la gestion comptable, peut aussi nous rapprocher de ce qui constitue l'essence de l'activité hospitalière, avec laquelle renoue la fort belle loi HPST : la recherche d'un optimum social. Par-delà son partage du service public entre les acteurs de santé, sa transformation des établissements en entreprises de santé convergentes, outre sa généralisation d'un système de santé contractualisé en réseaux territorialisés, la loi HPST se fera reconnaître si elle améliore la qualité des soins, la gestion des risques et la pertinence de la prise en charge partagée des patients.

Mais la qualité des soins passe par la qualité économique. Sur la qualité seule peut prospérer le nécessaire équilibre financier des comptes sociaux. Et non forcément l'inverse, dans les temps longs de la santé. Ce sera la contribution réelle de l'ENCC : faire primer les hommes sur les chiffres.

✎ De connaître les ressources d'environnement au travers des parts de marché, les structures existantes, analyser les forces et faiblesses des établissements sur leurs certifications<sup>335</sup>, en se positionnant par rapport au projet régional de santé et ses schémas et programmes spécifiques.

✎ D'analyser le bilan afin de connaître la capacité d'autofinancement et donc de développement, en déterminant le fonds de roulement net global. Le FRNG est la résultante du fonds de roulement d'investissement (FRI) (avoir moins de bâtiments et remboursements que d'amortissements, réserves, emprunts, résultats) et du fonds de roulement d'exploitation (FRE) (avoir moins de dettes aux fournisseurs que de stocks et de créances d'hospitalisés). Le FNRG sera enfin diminué du besoin en fond de roulement (BFR). L'un conditionnera la politique d'investissement au sens large, l'autre les rapports avec les fournisseurs.

✎ De rechercher les inefficacités d'orientation, de production, fonctionnelles, structurelles, stratégiques, et de non qualité. Cependant, la loi HPST n'aborde pas l'évaluation de la pertinence des actes médicaux. Et enfin, de projeter l'art du possible dans une stratégie de projets médicaux.

---

<sup>334</sup> Dictionnaire LE ROBERT, tome 4, page 394 : « Science des mesures ».

<sup>335</sup> Sur [www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr), [www.hopital.fr](http://www.hopital.fr), [www.politi.com](http://www.politi.com), [www.has.sante.fr](http://www.has.sante.fr).

b) La transposition en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

L'efficacité médico-économique, le diagnostic des ressources, l'élaboration d'une stratégie sont transposables en EHPAD. L'activité, hors hébergement, relative aux soins et à la dépendance, peut être cernée par la répartition (de 1 à 6) et par la moyenne des groupes iso-ressources (GIR), leur cotation en points tant pour la dépendance que pour les aides-soignantes. On procède ensuite à leur comparaison avec les moyennes départementales et régionales opérées par le président du conseil général, le Préfet et le directeur général de l'ARS de cerner le niveau de morbidité, de soins et d'assistance d'un EHPAD, ses coûts comparés et donc son adaptation. En fonction des ressources d'environnement, sera choisi un territoire, réalisé une analyse populationnelle, une cartographie de l'offre de santé sur le territoire, puis analysés les flux et parcours de santé des personnes. La méthode retenue sera soit l'analyse d'une cohorte de patients, soit l'analyse élémentaire de chaque étape du parcours, puis sont à mener des entretiens auprès des professionnels de terrain, être déterminées les zones de recouvrement et de rupture à risque, modélisés les parcours, détectées les inefficacités, décidées les stratégies, déterminés leur coût en regard des capacités d'autofinancement.

Une politique d'investissement opportuniste positionnera sa stratégie sur les opportunités nationales, annuellement variables. Ainsi en 2012, 50 M d'Euros étaient attribués en aide à l'investissement, dont 15 pour la modernisation et restructuration des EHPAD habilités à l'aide sociale, à la création de places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour pour la maladie d'Alzheimer. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, a prévu une future inversion de la logique budgétaire des EHPAD, d'un budget d'approbation des dépenses à un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) fondé sur la ressource. Enfin, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, permet à compter du 1<sup>er</sup> janvier, dans les EHPAD volontaires, des expérimentations de majoration du forfait global de soins en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité déterminés par cahier des charges.

L'analyse globale de l'efficacité permettra ainsi, par la mesure, de former les bases des projets justifiés et cohérents que ce soit en établissement sanitaire ou en établissement médico-social. Cette mesure, nécessaire, est-elle suffisante voire bénéfique ? Connaître, c'est mesurer<sup>336</sup>, mais pas seulement.

---

<sup>336</sup> BRUNSCHVIG (L.), *La philosophie de l'esprit* : « Cette condition de mesure est préalable à toute conception, à tout langage, même d'ordre scientifique... », Paris, PUF, 1950.

## II. La gestion des projets.

### a) Le management de projet.

L'hôpital a été confiné historiquement dans une éthique de gestion publique, puis traditionnellement « administrative » d'établissement public<sup>337</sup>. Il était plus que temps que la référence à des règles de management permette d'optimiser ses ressources dans l'intérêt des patients.

Comme indiqué précédemment à propos des réformes hospitalières, c'est pourtant en France que sont établies avec Henri Fayol<sup>338</sup>, les fonctions managériales de la gestion de projet. « Au-delà des méthodes, les meilleures actions et les plus durables proviennent des initiatives au cours desquelles la manière de travailler est redéfinie<sup>339</sup>. Rappelons ces cinq fonctions : « prévoir, organiser, commander, coordonner et contrôler », évoquées en introduction. Ces fonctions essentielles sont complétées aujourd'hui par de nouveaux apports : « écouter, motiver, organiser, évaluer et améliorer ». Ce qui forme le paradigme moderne : « prévoir, écouter, motiver, organiser, commander, contrôler, évaluer, améliorer ». Développons ces items :

PREVOIR (analyse de la proposition, pré-choix du thème, pré projet) : diagnostic, objectifs, prévisions, enseignements du projet précédent, écarts, stratégie, finalités, ressources humaines, référentiels;

ECOUTER : étalonnage, concertation interne et institutionnelle

DECIDER : la mise en œuvre, information, délégations, arbres de décision, opportunités, obligations, législation;

MOTIVER : participation, culture et valeurs, objectifs personnels;

ORGANISER : synergies, objectif de groupe, organigramme, Kaizen;

COORDONNER : protocoles, (dé)centralisation, sécurités, veille;

CONTROLLER : efficacité de résultat;

---

<sup>337</sup> Dans la promotion 1970-1973 de l'auteur, à l'École des Hautes Etudes Hospitalières (ex-ENSP) les tenants de « l'hôpital-entreprise » se confrontaient aux tenants de « l'hôpital-établissement public administratif ».

<sup>338</sup> FAYOL (H.), *Administration industrielle et générale*, Paris, DUNOD, 1918.

<sup>339</sup> Don BERWICK, *The Journal of the American medical association, (Jama)*, Mai 2012.

EVALUER : efficience méthodologique;

AMELIORER : enseignements

Cette grille d'approche des situations hospitalières a été consacrée par la Version 2010 révisée 2011 de la procédure d'accréditation des établissements de santé conçue par la Haute Autorité de Santé : « E1 Prévoir, E2 Mettre en œuvre, E3 Evaluer et améliorer »<sup>340</sup>.

Seule la méthode de gestion de projet permet de bâtir des projets de pôle et d'établissement cohérents, participatifs, protocolisés et vecteurs de progression.

#### b) Le projet d'établissement

Illustratif tant de l'avancée managériale de l'EPS, que des potentialités de pouvoirs de l'État, le projet d'établissement, de cinq ans au maximum, outil essentiel de management, participe des principes de liberté d'organisation interne, d'autonomie administrative et financière des établissements publics de santé. Outil de liberté de progrès, il définit<sup>341</sup> la politique générale de l'établissement, par ailleurs conduite par le directeur, sur la base du projet médical. Il comporte des objectifs de formation et de recherche ainsi que divers projets subséquents : projet de gestion, médical, de prise en charge des patients, de soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques, social, voire de système d'information. Encadrant les projets des pôles d'activité, il se doit être compatible ou mieux conforme avec les objectifs du SROS qui est arrêté par le directeur général de l'ARS, à qui il n'est pas opposable, et qui dispose du pouvoir de contrôle et de décision de l'État.

S'ajoute depuis 2013, une procédure de contrôle des établissements de santé essentiellement publics, a été mise en place de manière à la fois fonctionnellement nouvelle et bureaucratiquement très ancienne. Par circulaire interministérielle du 5 juin 2013<sup>342</sup> vient d'être installé un comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO). Ce comité interministériel est chargé, ambitieusement,

---

<sup>340</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Manuel de certification des établissements de santé V2010* révisé avril 2011, page 6 : « E1 Prévoir, définir une politique, organiser une activité, définir le plan d'actions, etc. E2 Mettre en œuvre, réaliser une activité, respecter des exigences, mettre en œuvre un plan d'actions, former, sensibiliser, etc. E3 Évaluer et améliorer, évaluer l'activité, mettre en œuvre des actions d'amélioration, s'assurer de leur efficacité, etc. ».

<sup>341</sup> Articles L. 6143-2, 6143-2-1 et 6143-2-2 CSP.

<sup>342</sup> CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF1/DSS/DG Fip/2013/271 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), NOR : AFSH1317739C



d'une part de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier, et d'autre part d'améliorer la performance des établissements de santé.

S'agissant du volet investissement, seront suivis les projets des établissements de santé dont le montant dépasse 50 M€ HT travaux. A titre exceptionnel et à la demande des ARS, les projets n'atteignant pas ce seuil mais dont le plan de financement ne peut être finalisé sans un soutien sous forme de subventions nationales ou de conditions d'emprunt préférentielles pourront être également suivis par le comité. S'agissant des situations financières dégradées, seront prioritairement suivis les établissements antérieurement sous dotation globale avec un total des produits d'au moins 80 M€ au compte principal du dernier exercice clos. D'autre part ce comité devra accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements. De fait, cette mission, s'adressant textuellement « aux établissements de santé », concernera, compte tenu de son champ, essentiellement les établissements publics, leur service public et sa mutabilité.

De fait, de nombreux projets hospitaliers publics sont déjà freinés par la nouvelle exigence des conditions propres à ce comité. Il semble ainsi s'agir, par comité interposé, de se « subsidiariser » de manière centralisée et bureaucratique d'une part à une stratégie nationale qui n'existerait donc pas, et d'autre part à l'action des ARS qui ne seraient donc guère sur le chemin de l'autonomie ? Ce COPERMO n'aura pas moins à concilier dans les cas financiers les plus lourds, stratégie nationale de santé, efficience, investissement, qualité des soins, territoires, recompositions, contractualisation et équilibre financier. Le ministère de la santé serait-il si mineur et les ARS si administratives, qu'une de leurs actions les plus lourdes et nobles ait à être confiée à un comité interministériel sans légitimité intrinsèque ?

Le nouveau cadre de management de l'hôpital public, entreprise de soins, établissement autonome se voit obérer de manière extrinsèque. Mais ses limites, obstacles et renouvelaux peuvent aussi provenir de lui-même.

## Section 2 : Le nouveau cadre de management : insuffisances et objectifs

Une institution peut-elle cerner sa propre qualité ?

Nous avons soutenu plus haut, que la qualité repose nécessairement sur un effort conscient, systématique, permanent, d'amélioration des procédés, aussi sur l'action de tous et surtout sur

un objectif stratégiquement affirmé et de façon holistique par le chef d'établissement. Mais l'essence de la qualité des services d'un acteur économique ou institutionnel, notamment dans le domaine de la santé, ne s'exprime véritablement que par ce que le « client » en dit, par rapport à ses attentes.

Comment écouter sinon les suggestions, au moins les réponses de l'utilisateur à ce qui lui a été proposé ou fourni ?

## §1 – Ecouter les usagers

Il convient tout d'abord de distinguer l'expression des usagers, de celle de leurs représentants.

- Les diverses expressions des usagers du système de santé.

L'utilisateur apparaît comme un usager-consommateur solvable qui poursuit la satisfaction de son besoin propre. Ses expressions peuvent être recueillies par des questionnaires de séjour, des sondages, dans ces chiffres indispensables dont le mensonge objectif revêt la forme la plus précise. Ils se lisent dans les articles événementiels des médias régionaux, s'écoutent dans les échanges entre citoyens et dans la doxa propre à chaque hôpital. Chacun de ces médias est de valeur relative et représente la vérité subjective sous sa forme la plus inexacte. L'expression des usagers est enfin relayée depuis une quinzaine d'années par certains médias nationaux. Les médias, cinquième pouvoir, reflètent-ils cette expression ? La conduisent-ils ? L'objectivent-ils dans leur méthodologie d'analyse des différentes prestations sanitaires des établissements de santé ? Leur approche s'est perfectionnée. La plus récente, à l'heure de ces lignes, de ces expressions médiatiques, pour et au nom des usagers, date du 22 août 2013<sup>343</sup> et mérite l'analyse de son approche. Cette dernière constitue en effet une assez bonne formalisation du regard des citoyens, au travers de celui des journalistes qui d'un journal à l'autre procède de façon rapprochée, sur les soins hospitaliers.

Tout d'abord y est isolé le service public hospitalier et les établissements publics sont classés<sup>344</sup> par leur meilleure position dans 63 spécialités médicales. Les premiers au classement affichent 60 excellentes positions sur 63. Par ailleurs sont analysées les cliniques

---

<sup>343</sup> LE POINT Magazine hebdomadaire national, *Le classement des hôpitaux et cliniques 2012*, n° 2136, 22 août 2013.

A noter le classement de type assez similaire, en février 2014, du FIGARO SANTE : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/06/23/20819-palmares-2013-hopitaux-cliniques>

<sup>344</sup> Etablissements publics ou privés doivent dans cette étude, fournir un service médical et chirurgical complet. Leur classement est fondé sur le nombre de fois où l'établissement est cité pour une discipline, parmi les 50, les 20, les 10, les 5 premiers.

sur 37 spécialités médicales car « 26 activités sont presque toujours l'apanage du secteur public comme les urgences polytraumatiques, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, le traitement des leucémies ou celui de l'épilepsie ». Les cliniques les mieux classées témoignent de 22 excellences sur 37.

Les « cliniques privées à but non lucratif » participant au service public hospitalier ne sont pas identifiées comme le voudrait la loi HPST en Etablissements privés d'intérêt général (ESPIC). Et on sait que le lien avec une mission et donc des garanties de service public d'établissement public n'est pas une compétence liée. Elles sont mêlées dans leur classement aux « cliniques privées à but commercial ». On note ainsi significativement la persistance dans les articles de grand public mais spécialisés, des distinguos juridiques hérités de la loi du 31 décembre 1970 instituant l'organicité du service public hospitalier, antérieurs à la loi HPST promulguée il y a quatre ans.

La loi Bachelot semble n'avoir pas éteint une évidence sociologique dans la réalité perçue, et dans la réalité figurée, l'organicité du service public hospitalier.

Les neuf critères généraux<sup>345</sup> de qualité sélectionnés par cette expression médiatique indirecte de l'opinion et donc de la somme de celles des usagers, mérite un autre examen. On peut remarquer que « l'essentiel des questions portent sur les moyens matériels et humains dont disposent ces structures et qui garantissent un niveau plus ou moins élevé de sécurité et de qualité des soins en chirurgie, cardiologie, réanimation et plusieurs autres spécialités »<sup>346</sup>. Dans cette traduction de l'opinion publique, l'activité de l'établissement est posée comme proportionnelle à sa performance : plus l'activité est importante, plus les équipes sont entraînées et meilleurs sont les résultats. Cela va globalement dans le sens de grands établissements et donc plutôt du service public.

Second critère, la notoriété ou l'attrance d'un établissement est mesurée à l'aune du pourcentage de malades soignés dans un établissement mais domiciliés dans un autre département. Sauf exception géographique, il est présumé que plus ce taux est élevé et plus l'institution est attractive. L'établissement de santé est à l'évidence entré dans un contexte concurrentiel « décomplexé » non seulement entre secteur public et secteur privé de statut commercial qui ont finalement des activités de plus en plus différentes, mais peut-être encore

---

<sup>345</sup> Une précédente étude annuelle du même journal en 2011 prenait en compte huit critères généraux, excluant alors celui de la mortalité : Le Point n° 2022, 16 juin 2011, pp.180 à 234.

<sup>346</sup> Ibid. Le Point, 22 août 2013, page 142.

plus entre entités de même secteur statutaire y compris de secteur de garanties de service public.

Les deux critères de faibles durées de séjour ainsi que de fort taux de pratique ambulatoire de certaines interventions légères pouvant être réalisées dans la journée répondent à un désir d'adaptation à un désir de commodité consumériste des patients les moins vulnérables. Il part de l'idée plutôt juste qu'un fort taux de pratique ambulatoire correspond à de bonnes capacités organisationnelles de l'hôpital, surtout s'il participe des garanties de service public et donc accueille un fort taux de malades lourds ou âgés ou sociologiquement défavorisés. Ces deux aspects sont aussi censés diminuer le risque d'infection nosocomiale<sup>347</sup>.

Le paramètre de technicité conduit à mesurer la part des actes réalisés avec une technique performante par rapport aux mêmes actes effectués avec une technique obsolète et la part des actes complexes par rapport à des actes simples dans un même spécialité. Plus ces pourcentages sont élevés, plus le service est supposé entraîné aux techniques de pointe ou aux opérations complexes. Un grand nombre de services de ce type dans un établissement pourra se situer en secteur privé mais plus souvent public.

La caractéristique de spécialisation, c'est-à-dire d'orientation d'une équipe vers une activité spécifique où elle pratique des « séries » au sein d'une discipline plus large, se situera aussi hors ou dans le service public. Mais un grand nombre de spécialisations plutôt en établissements importants disposant de plateaux techniques coûteux. Technicité et spécialisation sont ainsi présentes en secteur commercial pour certaines affections qui présentent le meilleur avantage-coût. Ce qui est plus notable est la relative généralisation dans le service public confronté à assumer ces « créneaux » dans une tension avec sa tradition d'universalité des soins.

Le critère de la pratique de la coelochirurgie est mis en exergue. Il consiste en l'introduction d'une caméra et d'instruments chirurgicaux par un faible passage corporel évitant de recourir à une chirurgie traditionnelle plus agressive et invasive. Sa prise en compte dans l'opinion rejoint peu ou prou les critères précédents et ajoute la préoccupation générale d'une courte rééducation réadaptation.

L'indice de gravité des cas traités établit la capacité d'un établissement à prendre en charge les cas les plus difficiles dans une spécialité donnée. Il correspond plutôt au service public car est notamment la conséquence de l'égal accès aux soins.

---

<sup>347</sup> Une infection nosocomiale est une infection contractée dans un établissement de soins.

Quant au dernier critère, celui de la mortalité, il serait mieux nommé de létalité, c'est-à-dire la proportion de cas fatals dans une thérapie. En outre, il nous semble assez critiquable. En effet, si son principe paraît apparemment justifié, il revient à pénaliser les services et établissements accueillant les affections aux indices de gravité les plus importants et les patients les plus fragiles ou immunodéprimés, soit en général les établissements publics astreints aux garanties de service public.

La fiabilité de ces estimations<sup>348</sup> se fonde sur les grandes séries statistiques des données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI)<sup>349</sup>

Elles courent le risque d'être taxées de caricature ou de favoriser les biais statistiques, c'est-à-dire de conduire les établissements à favoriser ce qui est pris en compte. Cependant l'expérience de l'accréditation par la Haute autorité de santé démontre la pertinence de paramètres significatifs d'une qualité générale. Surtout sans concurrence officielle, ces études médiatiques ont le mérite de forcer les établissements, sous peine d'absence au classement, à révéler leurs facettes d'activité. Même imparfaites, elles ont le mérite d'exister en tant que telles.

Elles présentent deux sortes d'inconvénients corollaires :

D'une part, elles sont l'œuvre d'organes non officiels et à but commercial. Remarquons qu'aucun dispositif spécialisé à base légale ne permet d'encadrer techniquement et méthodologiquement ou d'arbitrer les différends surgissant à l'occasion de ce genre de publication. Le Ministère de la santé ou l'une de ses agences se révèle pour l'instant inefficace à fournir ce type d'information que le public réclame à l'évidence puisque des organes de presse jugent rentable de les publier à grand tirage. La culture du résultat grand public n'est pas le propre de notre système sanitaire.

En revanche, trois systèmes d'information nécessitant des recherches orientées, se font jour, basées sur le médicament, ou sur des indicateurs de moyens, ou sur des indicateurs de certification. Sur le médicament, l'affaire du Médiateur avait fait naître la nécessité de la mise en place d'une information plus transparente et accessible à tous. Aussi, la loi « Bertrand » du 29 décembre 2011<sup>350</sup> sur la sécurité du médicament a défini les principes d'une base

---

<sup>348</sup> 22,5 millions de dossiers médicalisés, informatisés et anonymisés dont 15,5 de secteur public et 7 de secteur privé.

<sup>349</sup> [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr), Ordonnances 96-344, 96-345, 96-346 du 24 avril 1996.

<sup>350</sup> Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (JORF du 30)

publique de données. Ces données devant être, sous l'égide du ministère de la santé, issues de celles de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), de la Haute autorité de santé (HAS) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Cette "première pierre" d'un « service public d'informations en santé » a été lancée publiquement ce 1<sup>er</sup> octobre 2013<sup>351</sup>. Constituera-t-elle un outil opérationnel et utile à l'usager du système de santé et des établissements de santé ?

Sur des indicateurs dits fondamentaux, les seuls<sup>352</sup> dont le Ministère de la santé organise seul la collecte et impose la publication y compris sur les murs des établissements, font pâle figure. Ces « indicateurs fondamentaux » ne sont que des indicateurs de moyens, en l'occurrence pour lutter contre les infections nosocomiales et pour améliorer la tenue du dossier du patient. Ce n'est cependant pas complètement négligeable et sans effets, les établissements ayant progressé en ces domaines très focalisés. Mais l'apport pour le patient est bien sectoriel.

Quant à la nouvelle information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé<sup>353</sup>, elle reste assez expérimentale pour l'instant. Cependant le décret de sa création est publié le 1<sup>er</sup> mars 2014<sup>354</sup>. Même si on peut lui reconnaître une approche géographique et sur quelques disciplines assez commode à utiliser. Sa principale qualité originale sera cependant la prise en compte du ressenti du patient et subjectivement de la qualité telle que ressentie par le « client- patient ».

---

<sup>351</sup> [www.medicaments.gouv.fr](http://www.medicaments.gouv.fr)

<sup>352</sup> Article L. 6144-1 CSP ; Loi HPST art. 5-1 ; Arrêté du 28 décembre 2010 (JORF 5 janvier)

<sup>353</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS), 2 décembre 2013. « L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés, I-SATIS, est le premier indicateur soumis à diffusion publique : dès 2014, tous les établissements de santé MCO vont recueillir cet indicateur et les résultats individuels et nationaux seront disponibles en novembre 2014 sur le site d'information des usagers Scope Santé. Les réponses au questionnaire national permettent de construire des indicateurs de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés sur le plan national et par établissement de santé. Un score de satisfaction globale et 6 scores indicateurs thématiques mesurant la satisfaction en matière : de prise en charge globale du patient, d'information du patient, de communication entre le patient et les professionnels de santé, d'attitude des professionnels de santé, de commodité de la chambre, de restauration hospitalière. ([www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)).

<sup>354</sup> Décret n° 2014-252 du 27 février 2014 relatif à l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés I-SATIS, Article 1 : « Les établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique évaluent annuellement la satisfaction des patients hospitalisés en mettant en œuvre l'enquête de satisfaction des patients hospitalisés dénommée I-SATIS. Les établissements de santé utilisent un questionnaire dont le modèle est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Les établissements de santé sont responsables de ce traitement de données à caractère personnel, au sens de l'article 3 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée, et procèdent aux formalités préalables auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés prévues au chapitre IV d ». (NOR: AFSH1328719D, JORF 1<sup>er</sup> mars 2014).

La loi de financement de la sécurité sociale 2012<sup>355</sup> a confié à la HAS la mission de « coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé, à destination des usagers et de leurs représentants ». La première étape opérationnelle de cette mission est la création, en partenariat avec le Ministère des affaires sociales et de la santé et en collaboration avec l'Agence Technique d'Information Hospitalière, du site Scope santé<sup>356</sup>, dédié à l'information des usagers sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé encore limitée en 2014 à certains établissements et à la cancérologie, la chirurgie, la santé mentale, les urgences, la femme enceinte.

L'utilisateur, même bien informé sur ces sites électroniques, continue de devoir assembler des informations parcellaires et hétérogènes.

Qu'il s'agisse d'enquêtes médiatiques commerciales ou institutionnelles, pour grand public ou internautes avertis, elles ne traitent que de l'efficacité thérapeutique, ce qui est capital. Mais font abstraction de l'efficience humaine, du respect des droits de l'utilisateur (hors tenue du dossier médical et lutte contre la douleur) et du contexte qualitatif de la conduite de ces soins.

Il est donc important d'examiner si le ressenti des patients est relayé par les représentants des usagers.

- Les expressions des représentants des usagers

Le statut des représentants introduit une autre dimension. Nous lui concentrerons notre développement. L'association de l'utilisateur à la conduite de la politique de la santé et à celle des établissements de santé, notamment de service public, pourrait-elle s'extraire d'une « démocratie sanitaire » qui ne dépasse que rarement le stade de « l'institutionnellement correct » ? La loi HPST a certes amélioré, comme nous le verrons, la représentation de l'utilisateur. Mais par qui, pour représenter quoi et comment cette représentation doit-elle s'exercer ? N'est-il pas temps de donner un nom, une légitimité, une formation, un fonctionnement organisé à ce corpus indistinct de représentation ?

Et si les pouvoirs publics ne semblent pas placer une réforme démocratique dans leurs priorités, l'établissement public de santé doit éthiquement et au plan managérial, le réaliser en son sein, afin d'associer comme une obligation de service public, le patient à son accueil, à sa prise en charge en qualité et sécurité.

---

<sup>355</sup> Loi du 21 novembre 2011, ART L 161-37 CSS.

<sup>356</sup> [www.scopesante.fr](http://www.scopesante.fr)

Quels en sont **les enjeux (A)** et, plutôt que d'escompter une prise de conscience des acteurs hospitaliers et libéraux, ne convient-il pas de constater la **nécessité de nouvelles logiques ? (B)**

### *A- Les enjeux.*

Il s'agit de l'enjeu collectif des usagers-citoyens amenés à participer au contrôle et à l'évaluation du service public d'une action sanitaire et médico-sociale de l'hôpital et à sa publication.

I- Composante du management : le dialogue avec le patient- client.

L'utilisateur est tout à la fois un consommateur<sup>357</sup>, client, bénéficiaire, habitant d'un territoire, et aussi un malade, patient, ou un de ses proches.

D'une part, il doit être considéré comme un paramètre de management de l'établissement public de santé et du système de santé. Indicateur de qualité du service public de santé, et donc du service public hospitalier, il doit en être un élément de prévision objective et de l'évaluation de moyens mis en place, et à mettre en œuvre dans une « démocratie sanitaire<sup>358</sup> » propre à l'établissement. D'autre part, c'est une personne, détentrice de droits juridiques et moraux, cependant astreinte à peu de devoirs spécifiques. Mais à l'immense devoir de « responsabilité de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose<sup>359</sup> ». Nous côtoyons le domaine du « droit administratif souple » qui « représente pour le patient un écran normatif supplémentaire qui va s'intercaler entre lui et la

---

<sup>357</sup> VIALLA (F.), *Un accès aux soins facilité pour les bénéficiaires de la CMU : les avatars de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique*, RDS n° 33, pages 68 et 69, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr): « Les droits reconnus au patient le sont alors [en état d'infériorité] peut-être en raison de cette infériorité [sur le plan du savoir], la discipline glisse alors vers le champ du droit à la consommation ».

<sup>358</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Rapport à la ministre présenté par Claire COMPAGNON en collaboration avec Véronique GHADI, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire* : « garantir et inscrire durablement une représentation citoyenne dans notre système de santé ». [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport).

<sup>359</sup> Article L1111-1 CSP, modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005, art. 10, JORF 23 avril 2005 : « Les droits reconnus aux usagers s'accompagnent des responsabilités de nature à garantir la pérennité du système de santé et des principes sur lesquels il repose ».



norme qui lui reconnaît un droit ou la décision médicale qui le concerne<sup>360</sup> ». La « démocratie sanitaire<sup>361</sup> » sera donc empreinte de nombre d'équivoques qui vont retentir sur l'utilisateur.

Nous proposons de distinguer les droits de créance, ceux d'autonomie et de dignité, et ceux de participation.

a) Droits de créance, droits à l'autonomie et à la dignité.

On peut considérer que le citoyen possède une créance à l'organisation sociopolitique d'un système de santé conforme à nos valeurs de liberté, égalité, et fraternité. Il s'agit de l'égalité et de l'accessibilité à des soins de qualité, en sécurité que ce soit au plan géographique ou au plan financier. Ces soins doivent être accessibles en continuité temporelle (24h/24, chaque jour de l'année). Mais aussi en continuité spatiale par adressage aux acteurs les plus efficaces, en coopération de soins, et en continuité de mutabilité en regard des besoins d'intérêt général. Les droits de créance pourrait-on dire de créance sociale correspondent parfaitement aux garanties de service public apportées par les seuls établissements publics de santé<sup>362</sup>.

Se distinguent des droits de créance, les droits à l'autonomie et à la dignité. Ceux-ci se déclinent en droits à l'information, au libre choix du médecin, au consentement aux soins, au secret du dossier, à l'éventualité de soins palliatifs et à la limitation de la douleur notamment.

Les droits à l'autonomie et à la dignité sont difficiles à faire respecter par l'individu malade ou par l'utilisateur. Bien souvent il peine à les connaître et à les trouver dans les circonstances difficiles qu'il traverse. Qui, des pouvoirs publics ou des associations informe largement la population du site d'information ministériel dédié<sup>363</sup> ?

b) Les droits de représentation.

Qu'en est-il des droits de représentation dans les instances institutionnelles au travers de personnalités qualifiées soit désignées par des associations d'utilisateurs habilitées, soit par l'administration, ou par représentation concédée ?

---

<sup>360</sup> COMBEAU (P.), *Droit souple et démocratie sanitaire*, In (dir.) CASTAING (C.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité*, Les études hospitalières, février 2014, pp. 81-94, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr). Passim : Le domaine sanitaire est un terrain de prédilection du droit souple qui englobe le droit flou (droit sans précision), le droit doux (un droit sans obligation), et le droit mou (un droit sans sanction).

<sup>361</sup> MÉMETEAU (G.), CLEMENT (J.M.), RGDM, Droits des malades et qualité du système de santé : la loi du 4 mars 2002, février 2004, ISSN : 2105-2247, la démocratie sanitaire, [www.bnds.fr/revue/rgdm](http://www.bnds.fr/revue/rgdm).

<sup>362</sup> Article L. 6112-3 et 3-1 CSP.

<sup>363</sup> <http://www.sante.gouv.fr/espace-droits-des-usagers>

## 1- Panorama.

Nous avons tenté un panorama des instances de santé comportant des représentants<sup>364</sup> de la société civile et des associations d'usagers<sup>365</sup>. Son caractère énumératif est destiné à mettre en lumière l'opposition entre le très grand nombre d'organismes dotés de ces représentants et la congruité de leur présence face à des spécialistes mieux formés et mieux informés.

Conseils de surveillance des établissements publics de santé\*: 5/15 (2) ;

Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) des établissements de santé : 2/5 ;

Commission de l'activité libérale des médecins des EPS\*: 1/9 ;

Comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) : 2 à titre consultatif ;

Les Comité de lutte contre la douleur (CLUD),

Et les Comités de liaison alimentation et nutrition (CLAN) ont vu, par la loi HPST<sup>366</sup> dans les établissements publics de santé, leurs rôles transférés à des sous-commissions spécialisées de la CME. Néanmoins ces comités qui accueillait des représentants des usagers, ont été parfois conservés.

Conseils des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) : 3/23 ;

Conférences de territoire\*: 8/50 et leur bureau : 2/8 ;

Conseils de surveillance des Communautés hospitalières de territoire (CHT)\*: présence indirecte éventuelle par les représentants des établissements ;

Comité départemental des hospitalisations psychiatriques (CDHP) : 2/6 (2)

Comité départemental de l'aide médicale d'urgence et de la permanence des soins et des transports sanitaires (CDAMUPSTS)\*: 1/29 (1) ;

Conseil de surveillance des Agences régionales de santé (ARS)\*: 7/25 (3) ;

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)\*: 16/100 (12)

et ses différentes commissions : /Commission de la prévention\*: 6/30 (5),

/Commission organisation des soins\*: 4/44 (3), /Commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux\*: 6/30 (4), /Commission des droits des usagers du système de santé\*: 6/12 (6) ;

---

<sup>364</sup> La légende est la suivante. 5/15 (2) signifiera : cinq personnalités qualifiées dont 2 émanant des associations d'usagers sur 15 membres. Le signe (\*) indiquera une reformulation par la loi HPST.

<sup>365</sup> CISS (Collectif inter-associatif sur la santé), *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé*, [www.leciss.org](http://www.leciss.org)

<sup>366</sup> Art. L. 6144-1 CSP

Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales : 10/20 (6) ;  
Comité de protection des personnes : 8/14 (2) ;  
Conférence nationale de la santé\* : 20/113 (20) ;  
Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, section sanitaire : 1/34 (1)  
Commission nationale des accidents médicaux : 20/25 (4) ;  
Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), conseil d'administration : 2/23 ;  
Conseil d'orientation de l'ONIAM : 6/13 (3) ;  
Conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : 10/28 (6) ;  
Conseil d'administration de l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) : 1/38 (1) ;  
Commissions de la Haute autorité de santé (HAS)\* : 2  
Commission nationale de l'activité libérale : 1/13 (1).

La dispersion de sièges accordés aux représentants des usagers ne peut qu'ajouter à leur manque assez général d'expérience, de formation, de confiance en eux dans les débats souvent spécialisés, de coordination et à leur permettre d'influer significativement. En revanche, leur présence dans les instances de santé semble quasi généralisée ou en voie de l'être, même si pointilliste et sans liens fréquents et coordonnés entre les représentants des diverses entités. Observons enfin que la loi HPST n'a pas bouleversé les droits collectifs des usagers, non plus d'ailleurs leurs droits individuels. Les représentations décrites plus haut trouvent leurs origines dans des législations et réglementations ressortant des différents secteurs concernés, et sur lesquelles nous ne reviendrons pas sauf pour remarquer que leurs versions actuelles<sup>367</sup> des droits des représentants des patients sont toutes postérieures à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.<sup>368</sup> Cette œuvre a donc été poursuivie dans de nombreuses législations sans cependant parvenir à une grande opérationnalité.

---

<sup>367</sup> L'ordonnance du 24 avril 1996 avait déjà reconnu une parole spécifique et collective des usagers du système de santé. Leur représentation y avait été instaurée dans le conseil d'administration et dans la commission de conciliation des établissements publics de santé, ainsi que dans les conférences régionales et la conférence nationale de santé.

<sup>368</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

## 2- Une opérationnalité immature.

Aujourd'hui, il convient de faire vivre tout un corps de droits diversifiés au sein du système de santé et pour ce qui nous concernera plus loin, dans les établissements de santé publics et dans leur environnement direct. Un collectif inter-associatif de santé (CISS) a été créé en 1996 en plateforme inter associative puis sous le statut de la loi de 1901 en 2004. Vingt-deux comités régionaux étaient constitués sous la même forme en 2011. De nombreux réseaux, liens institutionnels ont été créés, des études, séminaires, formations mis sur pied. Mais, peut-être du fait de la diversité des représentants, de leur bénévolat, de leur disponibilité, de leur expertise, et de leur mode de désignation, les effets de leur opérationnalité n'est certainement pas à la mesure des « 16 000 représentants agissant sur le terrain au sein des diverses instances de santé, chaque représentant exerçant en moyenne trois mandats<sup>369</sup> ». Les représentants des usagers pourraient-ils avoir une influence ou une contribution dans l'amélioration de la relation « ville-hôpital » ?

### II. La médecine de ville, l'hôpital et l'utilisateur<sup>370</sup>.

La médecine dite de ville, ne tente que 10% des nouveaux diplômés. Aux champs, elle s'étiole : en Picardie, la densité de médecins, 1,5 fois moins importante qu'en Provence-Côte d'azur, est portée par des étrangers y constituant 44% des médecins ruraux<sup>371</sup>. L'hôpital, progressivement converti au territoire sectorisé, puis pertinent, recherche le nouveau rôle en réseau que lui demandent la loi, l'Etat, le marché et le citoyen. L'utilisateur, antienne du concept de démocratie sanitaire, lassé de rester spectateur de ce qui semble un *statu quo* et « s'impatiente »<sup>372</sup>. Or une nouvelle frontière de la loi HPST se situe à l'endroit de la coordination entre l'hôpital, la médecine de ville, et la représentation réelle des usagers. Au Congrès de la FHF des 9 et 10 juin 2011<sup>373</sup>, significativement organisé sur le thème «

---

<sup>369</sup> Ibidem, CISS, Guide 2011 du représentant des usagers du système de santé, p.19 et p.21

<sup>370</sup> ROMANENS (J.-L.), La médecine de ville, l'hôpital et l'utilisateur, RDS, août-septembre 2011, n°277, page 25

<sup>371</sup> CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Atlas 2011 de la démographie médicale*, [www.conseil-national.medecin.fr/](http://www.conseil-national.medecin.fr/)

<sup>372</sup> COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE : le CISS a créé le 4 mars 2014, jour anniversaire de la loi de 2002, le site des « 66 millions d'impatients » des usagers de la démocratie sanitaire, [www.66millionsdimpatients.org](http://www.66millionsdimpatients.org).

<sup>373</sup> *Stratégies de restructuration de l'offre de santé : la médecine de ville et l'hôpital*, Congrès interrégional FHF 2011 Languedoc-Roussillon- Provence-Alpes-Côte d'azur, Arles les 9 et 10 juin 2011.

Médecine de ville et hôpital », on parla beaucoup de la première, presque absente ; le second s'est demandé ce que la première souhaitait. Quant à l'usager, il s'est écrié qu'on avait assez réfléchi et qu'il fallait agir. Il est vrai, que persiste un sentiment d'autisme, en dépit d'ouvertures juridiques et d'initiatives ponctuelles.

a) Des constats et des ouvertures juridiques.

Un constat sociologique apparaît : sur dix médecins nouvellement qualifiés en médecine générale, deux seulement s'installent dans une médecine de ville bien nommée puisque fuyant campagne et banlieue. Or la France ne se situe pas en position de pénurie véritable et tout au moins relative de nombre de médecins si l'on en confond toutes les spécialités. Notre pays atteint un pic de 210 000 médecins en activité régulière, dont 46% de médecins généralistes mais en installation géographique totalement libre par principe récemment législativement réaffirmé. Alors même que la profession de pharmacien a su assez bien réguler l'implantation des officines<sup>374</sup>.

Un autre constat cette fois sanitaire peut être ressenti : celui de l'étrange pertinence de certains actes, de la mal-permanence des soins ambulatoires qui maltraite services d'urgences et patients et dont le Conseil de l'ordre des médecins vient d'être déchargé<sup>375</sup>, de dépassements d'honoraires doublés en vingt ans, de l'augmentation des temps d'accès à la médecine de recours fréquent<sup>376</sup>. Constat de pusillanimité : devant des volets ambulatoires de SROS non opposables et non prescriptifs ; devant la suppression des sanctions pour non observation des contrats santé solidarité. Les dix missions du médecin généraliste de premier recours définies par la loi HPST<sup>377</sup> restent putatives et largement non conventionnelles. Les interpénétrations ville hôpital : hospitalisation à domicile, éducation thérapeutique du patient, secteur de santé mentale, GCS de moyens, contrats d'association ou de participation des professionnels libéraux aux missions des EPS<sup>378</sup> restent d'application éparse. La prolongation de la loi HPST par la loi Fourcade n'a apporté que des modalités d'interpénétration entre professionnels

---

<sup>374</sup> Art. L. 5125-3 s. et R. 5125-1 s. CSP

<sup>375</sup> Ibid. Loi Fourcade

<sup>376</sup> DRESS, Etudes et résultats, février et juin 2011, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

<sup>377</sup> Art. L. 4130-1 CSP

<sup>378</sup> Décret n° 2011-345 du 29 mars 2011 (Art. R. 6146-17 s. CSP)

libéraux : sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, plateaux d'imagerie médicale mutualisés<sup>379</sup>.

b) Des initiatives ponctuelles

L'expérience remarquable des centres hospitaliers ex- hôpitaux locaux voit cependant décliner la participation des médecins libéraux. De nombreuses initiatives de coopération émergent mais restent de faible poids relatif : groupements de coopération sanitaire (GCS), contrats locaux de santé, coordinations complexes de maintien à domicile, réseaux gérontologiques, de maladies chroniques, télémédecine en périnatalité et en médecine générale, collaborations au sein de maisons médicales ou de santé,

Cependant hospitalisation et médecine de ville marquent une tendance à un rapprochement, partiellement favorisé par la loi HPST, délaissé par le FIQCS<sup>380</sup>. Convergence cependant beaucoup trop lente au regard de la prévalence des maladies chroniques, de la sénescence et de l'augmentation de la population et de l'expression de ses représentants. Leur rapprochement ville-hôpital ira-t-il dans le sens d'une médecine de parcours ? Les conditions d'établissement de soins de ville organisés et coordonnés ne semblent pas devoir être rapidement réunies, ni de ce fait un financement adapté, l'hôpital restant attractif du fait de son moindre reste à charge pour le patient. Les deux grands amis et néanmoins consœurs de la santé publique ne pourront continuer de bénéficier l'une d'une autonomie relative, l'autre d'une liberté d'installation usée, sans favoriser l'impératif d'une participation organisée et unifiée de la société civile au contrôle des droits des usagers, de l'égalité d'accès aux soins, et de la qualité des prises en charge.

Quoiqu'hétérogènes, mais assemblés dans le CISS<sup>381</sup>, les représentants des usagers commencent timidement à se faire entendre dans le contexte d'une démocratie sanitaire, au mieux participative, encore peu goûtée par l'hôpital et par la médecine de ville. Leur apport dans le rapprochement « ville-hôpital », très faible, se borne à des doléances et à des constats.

---

<sup>379</sup> Loi « Fourcade » n° 2011-940 du 10 août 2011 (J.O. du 11 août)

<sup>380</sup> Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

<sup>381</sup> Collectif inter associatif sur la santé.

## ***B- La nécessité de nouvelles logiques.***

La législation du secteur médico-social, parfois regardée comme moins évoluée que son homologue sanitaire mérite cependant l'examen de son regard sur l'utilisateur.

La loi du 30 juin 1975<sup>382</sup> a en effet prévu, il y a près de quarante ans, que les usagers des institutions sociales et médico-sociales soient « obligatoirement associés au fonctionnement de l'établissement » si des fonds publics sont utilisés. La loi du 2 janvier 2002<sup>383</sup> a fêté les dix ans de la représentation des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux dans les Conseils de la vie sociale (CVS). Instances d'échanges, de réflexion et d'association, ces conseils se doivent de veiller aux droits des usagers et à leur participation au fonctionnement de leur établissement qui est leur résidence. Les CVS doivent être consultés et faire des propositions pour tout aspect relevant du fonctionnement : activité socioculturelles, équipements, prix et nature des services, entretien. Toujours selon le Code de l'action sociale et des familles (CASF), le résident participe en principe à la conception et à la réalisation du projet d'accueil et d'accompagnement le concernant. Et au livret d'accueil du résident est annexé notamment, un contrat de séjour et de prise en charge, élaboré avec sa participation. Y sont définis les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement, dans le respect notamment des recommandations de bonne pratique professionnelle et du projet d'établissement ou de service. Toute personne prise en charge peut faire appel à une personne qualifiée qu'elle choisit sur une liste élaborée conjointement par le Préfet et le DGARS.

L'idée de la transposition au domaine sanitaire et du service public hospitalier peut paraître paradoxale. Mais force est de constater que à l'hôpital, nous ne pourrions continuer de nous limiter à remettre, au mieux, un livret de l'hospitalisé<sup>384</sup>. Il nous semble prioritaire et stratégique de commencer par améliorer la condition du représentant de l'utilisateur. Le rôle de l'utilisateur s'affermira lorsque deux conditions convergeront et se nourriront l'une de l'autre : le goût de faire participer l'utilisateur-homme-client et son représentant, et le positionnement juridique incontournable du représentant de l'utilisateur.

---

<sup>382</sup> Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, article 17.

<sup>383</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, articles 4 et 10, JORF 3.1. 2002 ; Article L. 311-6 CASF.

<sup>384</sup> Article L. 1112-2 CSP ; Arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé, JORF 15 mai ; Circulaire DHOS/D1/DGS/SD1B/SD1C/SD44A, n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée, BO Santé 15 mai 2006, n°4, page 25.

## I. Intégrer dans le management, la participation des usagers par leurs représentants.

Nous avons soutenu précédemment que l'essence de la qualité des services d'un acteur économique ou institutionnel, notamment dans le domaine de la santé, ne s'exprime que par ce que le « client » en dit, par rapport à ses attentes. Comment écouter sinon les suggestions, au moins les réponses de l'utilisateur à ce qui lui a été proposé ou fourni ? L'association de l'utilisateur à la conduite de la politique de la santé et à celle des établissements de santé, notamment de service public, pourrait-elle s'extraire d'une « démocratie sanitaire » qui ne dépasse que rarement le stade de « l'institutionnellement correct » ? La loi HPST a certes amélioré, comme nous le verrons, sa représentation.

Mais par qui, et pour représenter quoi et comment ?

Et avec quel support de connaissances juridiques, économiques et de santé publique ? L'École des hautes études en santé publique n'est-elle pas indiquée pour assurer la formation par stages décentralisés des représentants des usagers ? Un institut de formation des usagers est indispensable. N'est-il donc pas temps de donner un nom, une légitimité, une formation, un fonctionnement organisé à ce corpus indistinct de représentation ?

Et si les pouvoirs publics ne semblent pas placer une réforme démocratique dans leurs priorités, l'établissement public de santé doit éthiquement et au plan managérial, le réaliser en leur sein, afin d'associer comme une obligation de service public, le patient à son accueil, à sa prise en charge en qualité et sécurité.

### a) Vers une nouvelle obligation fondamentale de service public.

« Si l'utilisateur en tant que malade se voit reconnu un droit à l'information pour ce qui concerne son cas personnel, il n'a pas été jusqu'à présent reconnu un droit à l'information collective sur la qualité des soins prodigués par les établissements publics et privés » car la loi du 4 mars 2002 a « affirmé le droit à l'information personnelle du malade sans consacrer un droit à l'information collective de l'utilisateur sur la qualité des soins »<sup>385</sup>.

L'article L. 6112-3 CSP<sup>386</sup> mentionne que « L'établissement de santé, ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article 6112-1, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions : 1° L'égal accès à des soins de qualité... »

---

<sup>385</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, BRAS Pierre-Louis, GOHET Patrick, LOPEZ Alain, septembre 2010, [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr).

<sup>386</sup> Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 1<sup>er</sup> - IV.



Nous soutenons qu'il conviendrait d'ajouter «... sur lesquels ses représentants dans les différentes instances de l'établissement peuvent obtenir une information collective ». Rappelons que les dispositions de l'article L. 6112-3-1<sup>387</sup> étendraient ce bénéfice et cette garantie à tout patient d'un établissement public de santé. D'autre part, considérons que tant que la prise en compte des représentants des usagers ne constituera qu'une option managériale et médicale dans les établissements de santé, privés et publics, leur association tiendra du strapontin plus ou moins confortable et efficient. Serait-ce aveuglement de la part de nombre de chefs d'établissement ?

L'importance de proposer un service de qualité conforme à ce qu'attend le client a été formulée de longue date, à partir de la décennie 1960 par la doctrine managériale. Ainsi de Joseph Duran<sup>388</sup> « la qualité n'existe que dans l'esprit du client », de Philip Crosby<sup>389</sup> « la qualité est la conformité avec ce qui est attendu », d'Armand Feigenbaum<sup>390</sup> « la qualité est ce que le client dit qu'elle est ».

Certes, l'introduction du management dans l'enseignement de L'EHESP<sup>391</sup> ne date que de 2006 de même qu'une information sur la représentation des usagers à raison d'une demi-journée en première et deuxième année. Mais surtout, l'hôpital public reste baigné d'une culture d'établissement public plus que d'entreprise. Enfin, les représentants des usagers ne représentent pas une force politique et stratégique puissante, tout au moins si on la compare à celle des élus qui estiment par eux-mêmes représenter le citoyen, à celle des médecins qui s'en méfient, ou à celle de l'administration d'Etat qui pense incarner par essence l'intérêt général.

Le chef d'établissement public de santé constate la dispersion et il faut le dire la faiblesse de formation et de poids des représentants des usagers. Ce seront donc sa conviction, sa culture de la qualité, son éthique qui l'amèneront à organiser *proprio motu* une organisation institutionnelle originale, comme par exemple un Comité des usagers<sup>392</sup> ou un Forum des

---

<sup>387</sup> Ibid. Loi HPST, article 1<sup>er</sup> - V.

<sup>388</sup> JURAN (J.), *Management Breakthrough: a new concept of the Manager's Job, (L'intervention managériale)*, New York, MacGraw-Hill, 1964.

<sup>389</sup> CROSBY (P.), *La qualité est gratuite*, New York, MacGraw-Hill, 1979.

<sup>390</sup> FEIGENBAUM (A.), *Total Quality Control: engineering and management*, New York, MacGraw-Hill, 1961.

<sup>391</sup> Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique dont est issu l'auteur (Promotion 1970-1973).

<sup>392</sup> Le CHRU de Brest par exemple, a réuni le 13 mai 2011 son premier Comité des usagers.

usagers<sup>393</sup>, disposant de moyens matériels, propre à favoriser la participation des usagers à la vie institutionnelle de l'établissement et à intégrer les réflexions des usagers dans les projets de l'établissement.

De telles configurations peuvent recueillir, de manière autonome, l'avis des usagers sur les projets les concernant, participer à l'auto évaluation dans le cadre de la certification, organiser la représentation des usagers dans les groupes de travail. Mais, en allant plus loin, il conviendrait de transformer des droits octroyés localement en droits intrinsèques légaux.

b) Vers un droit statutaire du représentant des usagers à l'hôpital public.

Personne ne s'étonne de l'existence d'un droit syndical à l'hôpital protégeant, permettant et matérialisant l'exercice des représentants des personnels de la fonction publique. Sauf à être parfois surpris de la méconnaissance générale de l'étendue relative des moyens mis à leur disposition.<sup>394</sup> Comparaison n'est certes pas raison. Mais il nous semble qu'un patient n'est pas moins vulnérable et pas davantage en position de force vis-à-vis de l'institution hospitalière qu'un membre de son personnel. Il est difficile pour un représentant d'association de se placer dans un rapport de force. Leur discours dominant dans les institutions, les hôpitaux, reste de dire que leur place est symbolique, qu'on ne les écoute pas et pis, qu'on ne leur demande pas leur avis. Pour beaucoup, ils considèrent qu'ils ont un statut d'alibi dans les instances, une place de strapontin. Ils sont là parce que la loi l'impose<sup>395</sup>. Plus grave encore, ils peuvent être jugés « indésirables » si leurs demandes, questionnements, points de vue non pris en considération sont maintenus et se trouvent en opposition avec le conformisme des instances ou de l'établissement où ils siègent<sup>396</sup>. Il n'est pas rare de voir les représentants des usagers renoncer de fait à un rôle actif, à faire entendre leurs convictions de « France d'en bas ». D'autant que, guère associés par les « sachant » aux décisions en amont, leurs apports,

---

<sup>393</sup> BUBIEN (Y), *Le CHU d'Angers donne la parole aux citoyens*, Revue hospitalière de France, novembre-décembre 2013, n° 555, pp. 40-44, [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr).

<sup>394</sup> Dans un Groupe hospitalier dirigé par l'auteur de 1998 à 2006, comptant une moyenne annuelle de 3000 agents statutaires ou contractuels hors personnels médicaux, les représentants des personnels statutaires ((environ 2700 agents) bénéficiaient de par la réglementation propre aux hôpitaux, de locaux installés et équipés pour chacun des quatre syndicats, et de dix plein-temps de dispenses de service à la charge de l'établissement, soit une dépense annuelle de l'ordre de 500 000€. Par comparaison, les dépenses relatives aux représentants des usagers au nombre de 60 000 par an pour les seuls hospitalisés, elles se résumaient à quelques indemnités de déplacement, soit environ 5000 € par an.

<sup>396</sup> DECISION SANTE, Dossier « *Usagers, un strapontin trop étroit* », n° 271, janvier 2011, pp. 10 à 15.

considérés comme maladroits justifie à leur tour de les maintenir dans un commode ostracisme.<sup>397</sup>

Il est de même incongru que dans une instance comme le conseil de surveillance comportant des représentants des usagers, ces derniers soient les seuls, avec les « personnalités qualifiées » à ne pas bénéficier d'un statut particulier ou connexe avec des moyens, à la différence des médecins, des représentants du personnel, des élus et même de toutes les personnes de l'établissement assistant à l'instance à titre consultatif. Si un statut institutionnel s'impose, des pouvoirs de représentation individuelle de l'utilisateur paraissent aussi nécessaires à établir.

II. Un nouveau positionnement juridique du représentant de l'utilisateur.

a) Donner au représentant du patient un droit à agir.

Dans le contexte multiforme de démocratie sanitaire<sup>398</sup> il convient de fournir au patient un droit à agir mesuré et adapté. Un archétype similaire de la nécessité d'un droit à agir nous est suggéré par le commentaire<sup>399</sup> d'une récente proposition de loi du Sénat visant à améliorer l'accès aux soins des plus démunis. « Bien que le refus de soins aux patients démunis fasse désormais l'objet d'une prohibition expresse, la procédure mise en place par les dispositions de l'article 1110-3 CSP, qui relève de l'usine à gaz juridique, se révèle d'une particulière efficacité...pour décourager toute velléité d'action ». [...] Les études menées par Médecins du Monde-France notamment, démontrent la persistance du problème en dépit du dispositif créé par la loi HPST. [...] La proposition de loi envisage la possibilité qu'un patient qui s'estime victime d'un refus de soins illégal et ceci quel qu'en soit la raison ou le motif discriminatoire puisse être accompagné ou représenté par une association tout au long du processus, de la phase de conciliation à l'étape judiciaire le cas échéant ».

Plus généralement, il nous semble que le meilleur respect des droits des patients d'une part passe par un droit à agir des associations de représentants des usagers, dans des hypothèses soigneusement délimitées, le mieux pouvant être ici aussi l'ennemi du bien. L'article L.

---

<sup>397</sup> L'auteur a pu constater la survenance concrète de cette situation.

<sup>398</sup> MIAILLE (M.), *La démocratie sanitaire*, RGDM, Droits des malades et qualité du système de santé, février 2004, ISSN : 2105-2247, pages 23 à 36, [www.bnds.fr/revue/rgdm](http://www.bnds.fr/revue/rgdm).

<sup>399</sup> VIALLA (F.), *Sénat, Proposition de loi, n° 352 rectifiée, visant à améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, Revue Droit et Santé n° 54, juillet 2013, p. 441 à 442, [www.bnds.fr/bnds](http://www.bnds.fr/bnds)

1114.2 CSP réserve aux cas de litiges où l'action publique a été mise en mouvement, la possibilité aux associations agréées au plan national, d'exercer les droits reconnus à la partie civile lésée dans certaines infractions prévues soit au code pénal soit au code de la santé publique lorsqu'elles portent préjudice à l'intérêt collectif des usagers du système de santé. Nous proposons donc de d'élargir ce cadre strictement pénal et de permettre aux associations, de représenter l'utilisateur s'estimant victime, sur sa demande ou avec son accord. De surcroît, il nous semble que les associations d'utilisateurs gagneraient de ce fait une légitimité sociale dont elles ne disposent aujourd'hui que sur un mode compassionnel. Mais le représentant de l'utilisateur ne doit pas pour nous se limiter à des personnes proposées par des associations.

b) Vers une alternative de désignation et d'instance des représentants des usagers.

1- Une désignation associative justifiée doublée d'un second mode de désignation.

Il n'est pas dans notre propos d'apporter une objection à l'actuel processus de désignation de représentants des usagers par des associations. Rappelons-les. L'article L.1112-5 CSP prévoit la participation des associations de bénévoles qui peuvent apporter un soutien à toute personne accueillie dans l'établissement, dans les conditions d'une convention conclue avec celui-ci<sup>400</sup>. Il s'agit d'une simple participation encadrée, à la différence de l'activité de représentation ouverte en supplément aux associations agréées. L'article L. 1114-1 CSP, lui aussi issu de la loi du 4 mars 2002<sup>401</sup>, permet aux associations, régulièrement déclarées, « ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades », « montrant une activité effective et publique en vue de la défense des droits des malades et des usagers », de solliciter un agrément dans les conditions réglementaires décrites aux articles R. 1114-1 à 17 du CSP. Ces associations agréées disposent de l'exclusivité de « la représentation des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique », et proposent la nomination de leurs représentants au sein de ces instances.

---

<sup>400</sup> Les associations « non agréées » : à côté des associations bénéficiant d'un agrément national ou régional, d'autres associations proposent le plus souvent une aide aux personnes malades ou à leurs proches, souvent par des activités de soutien et d'accompagnement. La reconnaissance de leur action au sein des établissements de santé passe par la conclusion d'une convention définissant leurs conditions d'intervention. La circulaire n° DHOS/SDE/E1/2004/471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des « associations de bénévoles » dans les établissements de santé comporte une convention type. Les membres de ces associations, s'ils ne peuvent pas représenter les usagers dans les instances du système de santé, peuvent toutefois être appelés, ponctuellement, à apporter leur expérience pour nourrir une réflexion organisée dans le champ de leurs activités.

<sup>401</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, NOR : MESX0100092L, JORF du 5 mars 2002.

Cependant leur nombre même, au 21 janvier 2014, de 130 associations agréées au plan national et de 326 au plan des différentes régions<sup>402</sup>, au demeurant humainement respectables et diversifiées, entraîne une très grande hétérogénéité de spécialisations qui ne peut que nuire à leur éventuelle efficacité d'ensemble de représentation des usagers dans de nombreuses instances souvent généralistes.

Vers un second mode de désignation ? Afin de conférer aux usagers et à leurs représentants une légitimité démocratique dépassant celle des associations, nous avons proposé, après cette timide « année 2011 des patients et de leurs droits » un processus alternatif et supplémentaire de désignation.<sup>403</sup> Ainsi pour 50% des désignations des représentants des usagers, un appel à candidatures serait lancé dans le public. Certains critères seraient exigés : âge minimum, formation essentielle ou expérience dans le domaine de la santé. Les candidatures seraient reçues et feraient l'objet d'une première sélection par les ARS, puis seraient élues par les Commissions spécialisées dans le domaine des droits des usagers<sup>404</sup>, qui sont les émanations des Commissions régionales de la santé et de l'autonomie. Après élection, ces représentants de la société civile dans le système de santé seraient formés en fonction de leur choix d'affectation et répartis dans les nombreuses instances dans lesquelles la loi a prévu leur présence.

Les évolutions juridiques proposées seront-elles traduites dans la législation ? Remarquons<sup>405</sup> que le « statut » de l'utilisateur de service public a historiquement été élaboré par la doctrine et la jurisprudence et construit à partir des droits qui lui ont été attribués à l'occasion d'un service assuré ou régulé par l'Etat ou les collectivités locales, c'est-à-dire d'une activité de service public<sup>406</sup>. Avec la mutation du service public vers une gestion protéiforme confiée à des établissements publics administratifs, industriels ou commerciaux, ainsi qu'à des personnes publiques ou privées<sup>407</sup>, l'utilisateur évolue vers le client consommateur et le citoyen participant.

---

<sup>402</sup> MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Liste des associations d'utilisateurs du système de santé agréées, [www.sante.gouv.fr/agrement des associations de malades et d'utilisateurs du système de santé](http://www.sante.gouv.fr/agrement_des_associations_de_malades_et_d'utilisateurs_du_syste_me_de_sante_IMG/pdf/associat), IMG/pdf/associat.

<sup>403</sup> Ibid. ROMANENS (J.L.), *La médecine de ville, l'hôpital et l'utilisateur*.

<sup>404</sup> Art. D. 1432-42 CSP.

<sup>405</sup> LEVRAY (N.), *L'utilisateur au centre de l'action sociale*, La Gazette Santé-social n° 73, Avril 2011, p.42.

<sup>406</sup> TRIBUNAL DES CONFLITS, Arrêt « Blanco », 8 février 1873.

<sup>407</sup> CE Sect. 13 janvier 1961, *Magnier*, Rec. 33.

La loi du 4 mars 2002 a fait exception et novation au plan des droits individuels essentiellement. Il reste à espérer une modification de la représentation de l'utilisateur par la même voie. La question n'apparaît pas devoir constituer une priorité politique. Les représentants des usagers n'ont pas de coloration politique, et les parlementaires n'ont guère le goût de représentants qui leur sont étrangers. L'administration centrale admet l'existence d'une question. Ainsi en 2011, la mission usagers de l'offre de soins du Ministère de la santé, a-t-elle appelé à une « qualification » de la représentation des usagers par une formation leur permettant d'assurer ce rôle avec efficacité, et « à veiller à leur renouvellement par des personnes représentatives de toutes les catégories de la population »<sup>408</sup>.

Cependant, l'actuelle insuffisance de prise en compte institutionnelle de l'utilisateur et de ses représentants a cependant avant tout pour explication un manque de goût à cette participation des acteurs installés et traditionnels. Il s'agit pourtant d'associer la réalité humaine à la vie de l'établissement public (et privé) de santé. Cette doxa pourrait-elle évoluer si le mode de siège des représentants des usagers dans les établissements pouvait être réformé ?

## 2- Vers une instance d'examen de la qualité des soins par le client.

Qu'en serait-il de la novation d'un comité des conditions d'hospitalisation et de soins (CCHS), fonctionnant à l'image des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ? Elle permettrait sans doute, sous la présidence du directeur et les vice-présidences du président de la CME et du président de la commission des soins infirmiers de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) aux représentants des patients de délibérer spécifiquement et de manière essentiellement concrète. C'est la satisfaction profonde du « client » qui serait évaluée de manière délibérément subjective. « Un service public hospitalier moderne ne peut se concevoir sans que soient mises en place de nouvelles modalités de collaboration avec les usagers, pour adapter la politique d'accueil ou les dispositifs concernant la sécurité et la qualité des soins. »<sup>409</sup>

---

<sup>408</sup> FOURCADE (A.), 2011, *année des patients et de leurs droits, mythe ou réalité*, Pôle santé-sécurité-soins du Médiateur de la République, [www.securitesoins.fr](http://www.securitesoins.fr)

<sup>409</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Rapport du 14 février 2010 à la ministre présenté par Claire COMPAGNON en collaboration avec Véronique GHADI, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire* : « Recommandation n° 3 : Mettre en œuvre une commission des usagers au sein des établissements de santé à la hauteur des enjeux de qualité, de sécurité des soins et de respect des droits. Nous recommandons un élargissement des missions de la CRUQPC et un positionnement renforcé au sein des établissements, selon une triple mission :- garantir, évaluer et développer le respect des droits des usagers ; - participer à la politique

De la même façon, il convient de réformer l'approche de la richesse humaine des divers personnels de l'hôpital.

## § 2 – Reconsidérer la gestion des ressources humaines à l'hôpital.

Le management des ressources humaines à l'hôpital compte de nombreux atouts : capacité à mobiliser les personnels, capacité d'innovation, aptitude à former et à développer les compétences, perspectives de carrière et développement personnel continu très actif. Autre force, la conscience partagée par de nombreux personnels, de l'éthique du service public hospitalier, vécue comme une valeur professionnelle. Cependant elle fait face à de nombreuses difficultés : concurrences de rémunération (cliniques, libéral, entreprises), regroupements d'établissements, équilibre budgétaire en tension, domaines médical et non médical insuffisamment en phase, gestion des ressources humaines trop centralisée, taille des établissements souvent trop importante. Plus subjectivement elle doit manager des non-qualités ressenties notamment dans les conditions de travail, dans sa communication interne et externe. Mais elle doit se donner des objectifs de recherche de sens, d'autonomie, de gestion des effectifs comme une variable de production, de meilleure coopération territoriale, et surtout de positionnement stratégique de la gestion des ressources humaines.

Nous examinerons tout d'abord les **enjeux et logiques du management des ressources humaines à l'hôpital (A)**, puis les **réingénieries (B)** envisageables.

### *A- Enjeux et logiques du management des ressources humaines à l'hôpital*

La nature de l'hôpital et de ses missions conditionnent fondamentalement le cadre et l'exercice des fonctions de ses collaborateurs et partant, de sa GRH. Ici, l'« enjeu » est ce que l'on peut gagner et créer, ou bien perdre et amoindrir, dans ce qui est entrepris. Et ce, grâce à une logique qui est un enchaînement cohérent d'idées dans un raisonnement méthodique et juste.

La gestion, administration, direction devra s'élargir à un management de ressources humaines, c'est-à-dire fondamentalement l'énergie de moyens en hommes dont dispose une collectivité. A l'hôpital, cette richesse prend des formes très diverses : personnels statutaires,

---

qualité et de sécurité des soins ;- mettre en œuvre la concertation entre les acteurs professionnels et les représentants des usagers sur tous les grands sujets des établissements ». [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport).

auxiliaires, contractuels, mandatés syndicaux, personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques soit statutaires soit intérimaires, internes, étudiants médicaux et para médicaux, agents en études de promotion professionnelle, services externalisés, stagiaires scolaires, contrats aidés, administrateurs de conseil de surveillance notamment représentants des usagers.

L'hôpital est une entreprise humaine portée pour et par des femmes et hommes ; C'est donc par essence une entreprise de main-d'œuvre. Son rôle humain fondamental et surtout le poids de son service public entraînent un coût économique de ressources humaines particulièrement élevé. Il s'élève à 63,5%<sup>410</sup> des charges de fonctionnement des établissements publics, contre 51,7% en moyenne dans les établissements privés commerciaux de médecine, chirurgie et obstétrique<sup>411</sup>. L'hôpital public compte, hors personnels de sous-traitants et fournisseurs de maintenance, environ 1 140 000 collaborateurs, chiffre en régulière légère augmentation. Cette ressource humaine assure 45 millions de consultations, 7 millions de séances par an et, par 9 millions d'hospitalisations dans 145000 lits en France, une présence d'accueil et de prise en charge 24 / 7 / 365 avec des qualifications élevées dans une globalité de 130 métiers possibles<sup>412</sup>. Elle réalise une part prépondérante et croissante des entrées de tous les établissements de santé français, tous statuts et secteurs confondus (pour « 1 nuit ou plus » en premier chiffre, et pour « 0 nuit » en deuxième chiffre) : Médecine 82 et 64%, Obstétrique 81 et 74%, Chirurgie : 53 et 31%, Soins de suite et de réadaptation 36 et 21%, tandis que les services d'urgences hospitaliers réalisent 83% des passages en France. L'hôpital assure enfin

---

<sup>410</sup> En moyenne nationale car cela varie avec sa spécificité, un établissement public de santé voyait en 2012 ses charges de fonctionnement être constituées à 63,5% par ses personnels, à 16,6% par ses charges médicales, à 10,3% par ses dotations aux amortissements et provisions et à 9,6% par ses charges hôtelières et générales. FHF, Enquête situation financière 2012, publiée le 21 octobre 2013 par la Fédération hospitalière de France, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

<sup>411</sup> HOSPIMEDIA, 04/11/13, 12h56, <http://abonnes.hospimedia.fr> rapporte que d'après CTC Conseil, L'Observatoire Economique et Financier des Cliniques Privées MCO se basant sur les travaux de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, Rapport novembre 2013, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr). : « L'année 2012 voit ainsi une baisse légère du poids des frais de personnel : 51,7% du CA contre 53% en 2011, certainement en réponse au tassement de l'activité, alors que dans le même temps la rémunération moyenne du personnel augmente (+1,3%) ».

<sup>412</sup> Suivant nos constatations professionnelles, on peut évaluer en France à 50% la proportion de personnels hospitaliers ayant une formation d'au moins trois années d'enseignement supérieur et le nombre de métiers différents possibles à l'hôpital à 130 environ.



la très grande partie de l'enseignement sanitaire, de l'enseignement et de la recherche médicale clinique en France.

L'emploi de ces ressources humaines obéit à des particularités locales et à une histoire exceptionnelle qui conditionne son présent.

Le service public hospitalier implique de **donner un sens (I)** profond à la mission de chacun qui s'exerce dans les **particularités de gestion de la sphère publique hospitalière (II)**.

#### I. Donner un sens à la mission de chacun.

Posons comme axiomes que la vie au travail est de qualité quand la vie au travail fait sens. Et d'autre part que la qualité de vie au travail est une condition de la qualité des soins et de la sollicitude au patient.

Dans quel contexte juridique s'exerce cette mission et quelles en sont les interrogations ?

##### a) Quel hôpital et quelle mission particulière pour ses personnels ?

On ne trouve guère de mentions du personnel hospitalier dans le code de la santé publique. L'article L. 6141-7 CSP note laconiquement que « les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier... ». Non pas en ce qui concerne ses personnels ? Et l'article L. 6141-1 (8-I) CSP n'évoque pas non plus ses personnels : « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public, dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le présent titre [titre quatrième établissements publics de santé]. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. ».

En revanche le CSP se manifeste (L. 6141-7-1) lorsqu'il s'agit de changement de ressort ou de fusion d'établissement et prévoit le transfert des emplois lors de ces transformations, les procédures de recrutement et d'avancement poursuivies.<sup>413</sup> Ces dispositions cohabitent

---

<sup>413</sup> « La transformation d'un ou de plusieurs établissements publics de santé résultant d'un changement de ressort ou d'une fusion intervient dans les conditions définies par le présent article. Les structures régulièrement créées en vertu des articles L. 6146-1 et L. 6146-2 dans le ou les établissements concernés, avant la transformation mentionnée au premier alinéa, sont transférées dans l'établissement qui en est issu. Il en va de même des emplois afférents aux structures considérées, créés avant l'intervention de la transformation. Le nouvel établissement devient l'employeur des personnels mentionnés à l'article L. 6152-1 exerçant dans les structures ainsi transférées. Les procédures de recrutement et d'avancement, en cours avant la transformation d'un ou de plusieurs établissements publics de santé, peuvent être valablement poursuivies dans le nouvel établissement. Le directeur de l'établissement public de santé devant faire l'objet d'un changement de ressort prend toutes les décisions nécessaires à la mise en place de l'établissement qui en résultera. En cas de fusion de plusieurs établissements, les décisions nécessaires à la mise en place de l'établissement qui en résultera

législativement avec le sort des autorisations, des biens meubles et immeubles. Les personnels ne constitueraient que des emplois, des recrutements, des avancements.

#### 1- Les missions de l'hôpital et de ses personnels.

Leurs missions sont celles que tout établissement de santé doit remplir en vertu des L. 6111-1 et 2, soit, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile. Mais aussi participation à la coordination des soins...et à la mise en œuvre de la politique de santé publique, et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Encore mener en son sein une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale. Au surcroît élaborer et mettre en œuvre une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et à traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Quelles particularités impactent le travail de ses personnels ? Les établissements publics de santé assurent la très grande partie des quatorze missions de service public nouvellement énumérées par l'article L. 6112-1 du CSP: permanence des soins en établissements ; soins palliatifs ; enseignement ; recherche ; DPC médical; DPC paramédical ; éducation et prévention pour la santé ; aide médicale urgente ; lutte contre l'exclusion sociale ; actions de santé publique ; hospitalisés sans leur consentement ; détenus ; étrangers retenus ; retenus socio-médico-judiciaires (crimes). De même qu'au titre des articles L. 6112-6 et 7, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et la délivrance de soins palliatifs ;

La singularité légale de l'hôpital se place catégoriquement dans l'article L. 6112-3-1 CSP qui prescrit aux seuls hôpitaux publics de garantir, es-statut, plusieurs caractéristiques de service public : l'égal accès de tout patient à des soins de qualité, une permanence de l'accueil et de la prise en charge ou une orientation adéquate, ainsi que des tarifs prévus au code de la sécurité sociale. Remarquons enfin que selon les articles L. 6141-7-1 et L. 6131-2, seuls les hôpitaux publics peuvent être transformés, fusionnés ou placés en position de coopération, communauté hospitalière de territoire dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Seul le service hospitalier public présente cette caractéristique de

---

sont prises conjointement par les directeurs des établissements concernés, après que les conseils de surveillance de ces établissements se soient prononcés en application du 4° de l'article L. 6143-1 ». « Le directeur général de l'agence régionale de santé fixe les conditions dans lesquelles les autorisations prévues aux articles L. 5126-7 et L. 6122-1, détenues par le ou les établissements transformés, ainsi que les biens meubles et immeubles de leur domaine public et privé sont transférés au nouvel établissement et atteste des transferts de propriété immobilière en vue de leur publication au fichier immobilier... »

mutabilité de service public. Egalité d'accès, accessibilité financière, universalité, permanence, mutabilité : la notion de service public hospitalier, nonobstant la suppression de sa mention législative textuelle, conserve tous les éléments de fond d'une existence juridique muettement explicite. Ces critères sont, rappelons-le, le fruit d'une longue tradition née de la charité (511, concile d'Orléans), puis de l'assistance, de la bienveillance et de la sollicitude à l'autre.

## 2- Projet d'établissement et projet social.

Élément spécifique à l'EPS : le projet d'établissement de l'article L. 6143-2 définit une politique générale sur la base des projets respectivement médical, de prise en charge des patients et d'un projet social. Le code de la santé publique fournit ici une seconde allusion indirecte aux personnels au travers de la mention de la « politique sociale » de l'établissement. Les personnels ne seraient-ils que « politique sociale ». Et pourquoi aucun projet de gestion n'est-il prescrit ?

L. 6143-2 (1<sup>er</sup>-II) : Le projet social (qui devrait être de management des ressources humaines) « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement, ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels. Le projet social est négocié par le directeur et les organisations syndicales représentées au sein du CTE, chargé de suivre chaque année l'application du projet social et d'en établir le bilan à son terme ».

Ainsi la législation donne ou reflète le ton ambiant. Les ressources humaines n'y sont pas considérées comme des ressources.

### b) Les doutes contemporains.

Après la réforme de 1970 qui lui a donné mention législative, impulsion et sens, le service public hospitalier a vécu en réforme permanente. Dès 1991, se succèdent les réformes des projet d'établissement, certification, gestion systémique de la qualité, droits des malades, tarification à l'activité et EPRD, nouvelle gouvernance, coopérations et restructurations. Placé dans une vive concurrence, il étend régulièrement ses parts de marché et ses salutaires interrogations éthiques internes. En même temps, il s'interroge sur le renforcement de la planification, de l'étatisme et sur la baisse particulière de ses tarifs T2A. Son caractère de service public vivant de son activité, en concurrence, ni administration, ni entreprise, autonome et spécialisé domine le sens de l'action de ses personnels.

Paradoxe : aucune de ces réformes menées depuis 1986 ne s'est directement intéressé aux ressources humaines ou ne les a impliquées, sauf celle de la gouvernance mais dans une dimension politique. Quelles explications avancer ? Le social hospitalier serait trop sensible politiquement et donc domaine réservé d'un directeur éventuellement fusible ? Par tradition française d'indépendance du soin, du fait des corporatismes, ou du clivage historique entre soignants et personnel médical et entre personnel médical et direction ? La gestion de la ressource humaine qui est la plus fondamentale du service public hospitalier, est celle dont les conditions locales de management sont les plus autonomes.

Peu d'institutions ou entreprises vivent dans un environnement aussi large et complexe, avec des contraintes et responsabilités vitales de cette nature, dans la coexistence d'identités professionnelles aussi diverses et nécessitant autant de talents et de valeurs morale. Aussi la GRH, se situe entre deux caractéristiques.

D'une part celle d'une gestion d'essence publique (I) de socles statutaires stabilisants mais rigides (II). Et d'autre part de multiples essais et réussites de réingénierie de management des ressources humaines.

## II. Les particularités de gestion de la sphère publique hospitalière.

Les pouvoirs du Directeur chef d'établissement et président du directoire, sur les personnels constituent un « domaine réservé », d'origine législative<sup>414</sup>, sur lesquels ne peut intervenir, à quelques exceptions, aucune autre autorité, sauf judiciaire. Il est compétent avec un pouvoir propre et autonome ce qui est exceptionnel dans la sphère publique, dans la plupart des décisions relatives aux ressources humaines. Notamment il dispose d'un pouvoir de nomination dans la plupart des emplois de l'établissement. Et sinon, d'une compétence d'avis ou de propositions qui sont rarement infirmés. Il propose ainsi au Centre national de gestion (CNG) la nomination des directeurs-adjoints et des directeurs de soins. Sur proposition du chef de pôle et avis du PCME, il propose aussi au CNG la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. Son autorité est entière avec cependant une modalité particulière : « Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art ». C'est

---

<sup>414</sup> Loi HPST, article 10-I codifié à l'article L. 6143-7 du CSP.

après concertation avec le directoire dont il est le président « qu'il arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique de l'intéressement. Et aussi qu'il décide, à défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales, de l'organisation du travail et des temps de repos. »

a) Le statut du personnel non médical.

1- Le CTE (L. 6144-3).

Le Comité technique d'établissement a vu restreindre par la loi HPST ses compétences consultatives consécutivement à l'évolution de celles du chef d'établissement. Elles ont cependant été élargies par le décret du 20 septembre 2013<sup>415</sup> qui a étendu tout à la fois le rôle consultatif des commissions médicales d'établissement et celle des CTE, marquant le principe de la parenté sociale de ces deux entités. Un autre décret du même jour précise cette extension du domaine de compétence des CTE.<sup>416</sup>

Il s'agit cependant d'un simple pouvoir d'avis sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'ARS, sur la politique sociale, le plan de développement professionnel continu, les modalités de la politique d'intéressement, le bilan social, la politique de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques. Mais aussi sur les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et le règlement intérieur de l'EPS. Enfin est seulement informé du CPOM, de l'EPRD, des coopérations, de la situation budgétaire, et des effectifs.

2- La fonction publique hospitalière.

Par les statuts et règles monastiques et de ceux des congrégations, des règles singulièrement précises régissent les hospitaliers depuis le VI<sup>e</sup> siècle. Ce qui est exceptionnel. La première charte moderne du statut particulier des personnels hospitaliers est établie par le décret du 20 mai 1955<sup>417</sup> alors codifié dans l'ex-livre IX du CSP, mais aujourd'hui significativement retiré

---

<sup>415</sup> Décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé, JORF du 22 septembre.

<sup>416</sup> Décret n° 2013-842 du 20 septembre 2013 relatif au comité technique d'établissement des établissements publics de santé, JORF du 22 septembre.

<sup>417</sup> Décret n°55-683 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation de soins ou de cure publics (recrutement, rémunération, notation et avancement, discipline, positions : activité,

de ce code. Son statut général est depuis par la loi du 13 juillet 1983<sup>418</sup> confondu avec le titre I de celui des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales. Le statut particulier de la fonction publique hospitalière constitue le titre IV de ce dernier, développé dans la loi du 9 janvier 1986<sup>419</sup> portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière<sup>420</sup>.

Il s'applique à près d'un million de personnels titulaires, stagiaires, et contractuels<sup>421</sup> de droit public, hors personnel médical. L'ensemble de cet effectif est en augmentation faible mais régulière<sup>422</sup>. Les agents appartiennent à différentes filières, de direction, soignante (2/3 des agents), de rééducation, médico technique, administrative, ouvrière et socio-éducative, le tout constituant en moyenne une centaine de métiers différents nécessaires à la permanence du service public hospitalier. La direction des ressources humaines et des formations d'un hôpital public de la taille de celui de Montpellier, Centre hospitalier régional universitaire et premier employeur régional de la région Languedoc-Roussillon, gérait à la mi-2013, 11 000 personnels non médicaux et 150 métiers.

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé, sur avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière (CSFPH) définit les statuts des personnels et leur suivi-négociation. L'évolution du point d'indice de rémunération, les grilles de rémunération, les reclassements, les intégrations, diverses mesures générales souvent politiciennes, sont décidées par un gouvernement non responsable de l'équilibre financier des hôpitaux. Les mesures unilatérales de ce type sont nombreuses et infligent de nombreuses pénalisations à l'hôpital public. Nous les développerons plus loin dans les servitudes de l'hôpital public.

---

congés, détachement, disponibilité, position sous les drapeaux, cessations de fonctions, pensions et sécurité sociale), articles 1 à 104, JORF du 22 mai 1955.

<sup>418</sup> Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JORF du 14 juillet 1983.

<sup>419</sup> Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, dite LE PORS, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, JORF du 11 janvier 1986.

<sup>420</sup> Au terme d'une concertation à laquelle l'auteur a participé au ministère de la santé en représentation du Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH) qui regroupait 60% des directeurs d'hôpitaux, aujourd'hui Syndicat des managers publics de santé (SMPS).

<sup>421</sup> Les personnels contractuels soit en CDD soit en CDI représentent 14,5% de l'effectif total des personnels hors personnels médicaux.

<sup>422</sup> En moyenne nationale annuelle, on compte près de 10% de recrutements et 7,5% de départs en retraite

Mais la gestion opérationnelle de la plupart des personnels est du domaine des directeurs des EPS, suivant des règles d'application négociées localement. Seuls les directeurs et le personnel médical (y compris la part hospitalo-universitaire) obéissent à une gestion nationale par le CNG<sup>423</sup> depuis 2004 (Centre national de gestion) établissement public à caractère administratif sous tutelle du ministère de la santé. Un indice et une conséquence de cette gestion locale et décentralisée se traduisent dans le coût variable d'un personnel hospitalier<sup>424</sup>. En 2012, le coût moyen d'un équivalent temps plein (ETP), masse salariale et charges incluses, s'élevait en 2012 dans les seuls hôpitaux publics (724 structures) à 46 222 euros, avec un pic à 48 344 euros pour les centres hospitaliers disposant d'un budget compris entre 20 et 70 millions, les CHU émargent à 44 478 euros, les hôpitaux psychiatriques à 47 861 euros et les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux à 40 013 euros. Quant aux établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), ils ressortent à 54 345 euros, un montant 17,6% plus élevé que leurs homologues du public.

Les différentes régions, tous établissements confondus présentent des écarts, de 42% entre la moins onéreuse, la Bourgogne (44 056 euros), et la plus coûteuse, la Martinique (62 587 euros). Les personnels dits non-médicaux se situent à 43 162 euros, l'écart n'étant guère significatif entre ceux œuvrant dans les services des soins (45 390 euros) des autres personnels (45 245 euros). Le montant atteint 44 818 euros pour les titulaires et stagiaires, 44 176 euros chez les CDI et 32 759 euros pour les CDD. Par catégorie de personnel, les médecins montrent un ETP moyen à 103 746 euros en excluant du décompte les internes et étudiants.

b) La gestion des personnels médicaux.

Nous distinguerons les praticiens statutaires et leur pendant, les médecins intérimaires.

---

<sup>423</sup> L'ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre pose les fondements du CNG dans le cadre de la gouvernance hospitalière et de la modernisation des ressources humaines. Ce texte est mise en œuvre par le décret n°2007-704 du 4 Mai 2007 sur l'organisation et le fonctionnement du CNG. Il gérait en 2012, 46 384 praticiens hospitaliers et personnels enseignants et hospitaliers, 5906 personnels directeurs de la fonction publique hospitalière, 3211 directeurs d'hôpital chefs d'établissement, 1865 directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social (D3S), 830 directeurs des soins, 18 Conseillers généraux des établissements de santé. Et plus de 800 professionnels accompagnés dans le cadre de dispositifs d'accompagnement.

<sup>424</sup> AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH), Service Information sur la Performance des établissements de santé (IP), Pôle Analyse des Données et Indicateurs de la performance (ADI), *Effectifs et masse salariale prévisionnels de l'activité principale des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2012*, août 2013, [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr).

#### 1- Les praticiens hospitaliers (L. 6152-1 à 4).

L'évolution du statut, du nombre, des conditions d'emploi, de la sociologie du corps médical hospitalier a constitué un des vecteurs et aussi une résultante de la mutation du service public hospitalier. Et au premier chef, la création en 1978 d'un statut des praticiens à plein temps dans les établissements hospitaliers publics autres que les hôpitaux locaux. Le temps plein constitue 90% de l'exercice en hôpital public.

Le statut de praticien hospitalier est accessible par un concours national à l'issue duquel une liste d'aptitude unique est établie par discipline, par spécialité et par type d'épreuves. La nomination est prononcée par arrêté du directeur du centre national de gestion (CNG). L'affectation, sur proposition du chef de pôle et du président de la CME, est prononcée par le directeur de l'établissement. L'établissement leur assure une couverture en responsabilité civile. Ils bénéficient d'une progression de carrière. Le CNG apporte une gestion individualisée de leur carrière dans le cadre de reconversion ou de recherche d'affectation. Ils sont rattachés au régime général de la Sécurité sociale pour la retraite de base et à l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC) pour une retraite complémentaire. Ils bénéficient de repos compensateurs et disposent d'un compte épargne temps. Leur perfectionnement de connaissances est facilité par le développement professionnel continu (DPC) que nous développerons plus loin. Les praticiens hospitaliers peuvent opter pour un exercice à temps plein, à temps partiel ou une activité réduite et être détachés, mis à disposition ou encore placés en disponibilité. En outre, les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent être autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale encadrée (L.6154-1 à 6), des activités d'intérêt général, dans la limite autorisée, et parfois des activités d'expertise.

Un assouplissement a été apporté à ce statut rigide, national, égalitariste, aux longues procédures, ainsi facteur de vacances de postes donc à des recrutements palliatifs. La position de médecin clinicien hospitalier (L. 6152-1-2°) s'applique à des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Mais, revanche de la rigidité, du corporatisme et de l'étatisme, ils doivent être prévus au CPOM. Ces contractuels de droit public pour une durée six ans sont rémunérés de manière fixe et variable, devrait contribuer au développement des coopérations de professionnels de santé, au décloisonnement des secteurs et des modes d'exercice.



Les médecins peuvent aussi exercer en tant que praticiens à temps partiel, attachés ou contractuels. Ainsi que noté dans « le pacte de confiance pour l'hôpital », contrairement aux 8000 personnels enseignants et hospitaliers titulaires et stagiaires, qui sont fonctionnaires d'Etat, les 115 000 praticiens en nombre de personnes physiques en 2010, sans les étudiants, dont 45 000 praticiens hospitaliers sont gérés au niveau national (outre les 8000 personnels hospitalo-universitaires pour la partie hospitalière de leur activité). Le rapport précise qu'ils ont des statuts spécifiques en tant qu'agents publics, selon qu'ils sont titulaires et en période probatoire (notion équivalente à celle de stagiaire dans la fonction publique) ou contractuels dans de nombreux statuts relevant de cette catégorie. Il en va de même pour les étudiants et internes en médecine, pharmacie et odontologie<sup>425</sup>. En comprenant l'effectif des internes, l'ensemble du corps médical totalise environ 65 000 équivalents temps plein. Ce nombre continue de croître régulièrement<sup>426</sup>. L'exercice de fonctions médicales à plein temps a évolué de 3 000 praticiens en 1966<sup>427</sup>, orée de la création du service public hospitalier organique à l'hôpital public par la réforme hospitalière de 1970, à 40 589 en 2012. Dont une augmentation de 11 666 (+ 46%) de 2003 à 2013 ! Enfin il est constitué de 46% de femmes<sup>428</sup> contre 25% dans les cliniques commerciales. La féminisation globale du corps médical en France, en augmentation progressive depuis trente ans<sup>429</sup>, s'est accélérée entre 2000 et 2005<sup>430</sup> et apparaît comme un facteur actuel et futur de mutation psychologique du service public hospitalier. D'autant que les femmes n'ont pas encore investi la haute hiérarchie hospitalière : seulement 26% des 6 500 professeurs hospitalo universitaires.

Explosion quantitative, effectifs historiquement importants, augmentation continue, généralisation du plein temps, développement du rôle d'enseignement et de recherche, spécialisation, féminisation forte et croissante : la composition du corps médical hospitalier a muté. Il a évidemment contribué à la mutation de l'exercice médical du service public hospitalier. A moins que ce ne soit aussi, l'inverse. Mais cette modification sans doute

---

<sup>425</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur général, page 39, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>426</sup> + 4% de praticiens gérés par le CNG, de 2011 à 2012.

<sup>427</sup> Ibid. IMBERT (J.), *Histoire des hôpitaux en France*, p. 447.

<sup>428</sup> Sources : PMSI 2011 et Centre national de gestion (CNG), [www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)

<sup>429</sup> HARDY (A.-C.), *Travailler à guérir*, Presse de l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

<sup>430</sup> MOUTET (F.), *La féminisation des effectifs chirurgicaux*, Presses universitaires de Grenoble.

souhaitable n'a-t-elle pas été trop rapide et donc facteur d'effets pervers au sens économique et social du terme ?

Etait-elle compatible avec un statut d'application aussi rigide ? Il a nécessité en 2012, l'organisation de douze concours de recrutement. Ces concours sur titres ou sur épreuves impliquent des procédures telles qu'en moyenne, deux ans s'écoulent entre la décision d'un hôpital de la nécessité de créer tel poste et son pourvoi par un lauréat national. Les jeunes confrères sont-ils accompagnés à l'arrivée à l'hôpital ? L'adéquation entre offre de service et besoins de santé a-t-elle finement présidé aux choix de créations de postes ? L'université a-t-elle adapté les disciplines de formation aux besoins de santé, ou à sa propre logique ? L'encadrement médical a-t-il suffisamment d'expérience ? Le dogme des 35 heures hebdomadaires n'a-t-il pas induit des comportements hédonistes ? N'était-il pas inévitable que comme aujourd'hui le taux de vacance de poste statutaire s'élève à 24% dans les postes à plein temps et à 40% pour les temps partiel ? Aussi, une autre évolution plus ambiguë s'est fait jour.

## 2- Le médecin hospitalier intérimaire.

Le statut et la fonctionnarisation de fait des médecins hospitaliers constituent une façade a priori admirable. En réalité, cet aspect dissimule toutes les antinomies surgissant à la confluence d'un art de dévouement charitable au sens étymologique, et d'un statut d'essence idéologique et technocratique.

L'adaptabilité tant médicale que de service public des soins aux patients devrait être servie par des statuts professionnels de médecins qui soient suffisamment souples. Il n'en est rien. Et le pouvoir politique n'est pas près de remettre en cause la liberté des médecins hospitaliers de ne pas s'établir dans les régions où les besoins dans leur discipline sont les plus aigus. Ce qui est paradoxal puisque l'Etat gère la nomination et la carrière des médecins hospitaliers au travers du Centre National de Gestion (CNG) qui en dépend directement. Alors, à quoi sert une gestion nationale de personnels payés par les hôpitaux ? Sinon à affaiblir le lien nécessaire qui doit lier le médecin à son établissement d'exercice ? L'Etat semble par ailleurs politiquement incapable d'introduire une modularité dans la rémunération des médecins hospitaliers en fonction de l'offre et de la demande dans les territoires et dans les différentes spécialités médicales.

La gestion nationale par l'Etat qui n'est pas responsable de la qualité du service public dans chaque hôpital, à la différence de l'établissement et du Directeur à titre personnel, est ainsi une incongruité. Il s'agit d'un non-sens sanitaire pénalisant l'application des garanties de service public hospitalier qui s'imposent aux établissements publics : égalité financière et géographique d'accès à des soins de qualité, permanence et adaptabilité des soins. Mais le système trouve sa justification dans un contexte éthique devenu idéologique. D'une part le médecin ne doit pas se trouver dans un lien de subordination trop étroit par rapport à son employeur direct. D'autre part, le principe égalitariste emprunte à notre conscience collective et à la fonction publique hospitalière. Aussi, la rémunération du médecin hospitalier n'est à peu près aucunement influencée par sa discipline, son lieu d'exercice, sa charge de travail et ses mérites.

Par ailleurs, le système trouve une origine dans un gel politico-bureaucratique. Les négociations directes entre Etat et syndicats de médecins hospitaliers ont généré un consensus à intérêt commun qui lie un non-payeur non-responsable de soins avec des représentants du « toujours plus » corporatiste. L'intérêt du patient et celui des établissements chargés du service à la population sont exclus.

Aussi s'est développé, sujet tabou pour les raisons précédentes, un des plus flagrants effets pervers de cette situation, l'importance du recours par les hôpitaux à des médecins intérimaires. Il ne s'agit pas ici de contester qu'un arrêt de maladie soit remplacé, quoique ceux-ci, relativement rares et en raison de leur durée assez brève sont souvent compensés par les équipes médicales. Quant aux congés de maternité ou vacances de postes en attente parfois très longue (jusqu'à un an et demi) de résultats aux concours de praticiens hospitalier, leur comblement s'opère par recrutements statutaires dénommés « à titre provisoire ».

Nous évoquons ici le recours à une forme de mercenariat connu des autorités. L'Etat (CNG) officiellement ignore et ne gère pas ces médecins, pourtant la conséquence de la liberté de choix des postes, de la longueur des pourvois par concours national, de l'absence habituel de sanction d'un médecin inactif ou inapte, de l'égalité des rémunérations quelle que soit la discipline en porte à faux des rémunérations du secteur privé et des déséquilibres de formation universitaires, ensemble de facteurs du ressort de l'Etat. Les disciplines dites sinistrées dans les hôpitaux portent en effet sur celles sur lesquelles pèsent des déficits de formation notamment anesthésie-réanimation, urgences, radiologie, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, psychiatrie. Comment ne pas remédier à une moyenne de 24% de postes vacants de titulaires

dans les hôpitaux ? De même les Directeurs d'ARS alors que ces praticiens, souvent de formation limitée ou étrangère, ne connaissant pas et non connus de l'établissement, réclament et obtiennent des rémunérations de l'ordre du double de celle d'un praticien en fin de carrière, que les directeurs d'hôpital prennent la responsabilité personnelle de leur concéder afin de préserver la permanence des soins de leur établissement. Cependant, même si les directeurs d'EPS parviennent à limiter l'impact de cette situation à 3,3% des dépenses totales pour le personnel médical<sup>431</sup>, l'Etat néglige les effets d'une situation qui a coûté, selon le site de la Fédération hospitalière de France, 67 millions d'euros aux hôpitaux en 2002, avec une augmentation de 30% en trois ans. Quant aux syndicats médicaux, tout en déplorant ces rémunérations qui profitent du désarroi des hôpitaux mais préserve les statuts médicaux, ils préfèrent fermer les yeux sur les avantages de confort qui en résultent pour leurs adhérents et pour leur contrôle du système. En outre, cet état de fait permet la pratique illégale de certains titulaires (ou internes, futurs adhérents), de faire eux-mêmes des « ménages » (remplacements) sur leurs congés ou « récupérations » de droit ou de fait. Nous sommes ainsi dans une région normative où le droit est bien loin d'encadrer le fait social. Ce fait social doit donc être guidé par d'autres règles, celles du management.

### ***B- Les réingénieries de la gestion des ressources humaines à l'hôpital.***

Les réingénieries<sup>432</sup> de la GRH à l'hôpital que nous développerons ici sont celles destinées à initier et organiser un faisceau de nouvelles visions managériales recréant de nouvelles dynamiques anthropocentrées.

Tout d'abord, notons l'importance du rôle de l'équipe de direction, du tandem Directeur-PCME. Et celle du climat social et d'entreprise de l'établissement sur la performance, la qualité.

Les dynamiques à instaurer peuvent être de deux ordres quantitatifs ou qualitatifs, quelque fois confondus.

---

<sup>431</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES, *Synthèse allégée des bilans sociaux des hôpitaux pour l'année 2012*, plateforme dédiée de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : les dépenses liées aux personnels intérimaires s'élèvent à hauteur de 3,3% de leurs dépenses brutes avec charges pour le personnel médical, et à 0,3% pour le personnel non médical, page 11. ([www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/note\\_bil](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_bil)).

<sup>432</sup> MMD, *Le Vade-Mecum du manager de La lettre du management*, deuxième édition, Paris, 2001, ISBN-2-9509760-7-7, page 153 : « Réingénierie (de reengineering) : méthode de remise en cause radicale des processus ou des méthodes de l'entreprise. »

## I. Des réingénieries quantitatives ou structurelles.

Le service public hospitalier peut et doit réaliser la meilleure adéquation donc l'efficacité des personnels à la tâche présente(a), et d'autre part mieux associer l'efficacité du potentiel humain à l'avenir de l'institution (b).

### a) Améliorer l'efficacité<sup>433</sup> du potentiel humain.

La richesse du potentiel humain qualifié constitue une ressource précieuse car coûteuse, respectable, rare, et fondement premier des hôpitaux. Il doit être managé de façon efficace. Il faut certes s'interroger sur les conditions et la qualité de vie au travail que nous développerons plus loin.

Mais dans un contexte financier qui a toujours été contraignant, il convient de tendre à un consensus d'établissement vers une quadruple adéquation : qualité de vie au travail, performance sociale, efficacité économique, et donc qualité de soin au patient. C'est à ce prix que la performance au travail et la satisfaction au travail pourront être mesurées dans un bilan social.

Deux grandes actions fondamentales doivent être entreprises, qui peuvent révéler des considérables gisements d'amélioration du service public hospitalier. D'une part la gestion organisée de l'effectif et du temps de travail, d'autre part de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

#### 1- Gestion globale de l'effectif, et gestion du temps de travail.

Il s'agit de rendre effectives les actions managériales assurant, d'une part la proportionnalité permanente de l'effectif de l'établissement avec la charge de production de soin, et d'autre part la concordance entre le temps médical et le temps soignant afin notamment de contribuer à la permanence et à l'accessibilité des soins.

---

<sup>433</sup> MMD, *Ibid.*, page 48 : « l'efficacité consiste à bien faire ce que l'on fait (bien faire les choses, travailler bien) ».

LE ROBERT, 1976, tome2, page 393, donne à l'efficacité une acception voisine d' « être capable, compétent », à la différence de l'efficacité « qui produit l'effet qu'on attend ».

☒ La gestion globale de l'effectif. La gestion globale de l'effectif nécessaire à une évaluation prévisionnelle des recettes et des dépenses (EPRD, L. 6145-1) doit s'appréhender en lien avec la masse salariale, les congés, l'absentéisme qui est facteur de démotivation, de diminution de qualité de vie et source de surcoût et de non-qualité. Elle vise à l'adéquation permanente de la force productive avec la production de l'EPS.

Elle s'ajuste en expertise conjointe de la direction des ressources humaines et la direction des soins avec l'appui des directions des finances contrôle de gestion et des systèmes d'information. Elle nécessite l'aval décisionnel managérial de la direction générale. Cela devra s'opérer de manière réactive et rapprochée en chaque début de mois par expertise conjointe Direction générale-DRH-coordination des soins, Direction des affaires financières. Il s'agit de mettre, lors de chaque début de mois, en adéquation, d'une part la ressource humaine opérationnelle (1), et d'autre part la production de soins demandée (2).

La détermination de la ressource humaine opérationnelle (1) mensuelle en activité réelle disponible « au lit du malade », implique de déterminer et de surveiller l'évolution des congés<sup>434</sup> et de les retrancher du nombre de journées payées. On obtient le nombre et la courbe mensuelle du nombre d'agents opérationnels en moyenne pour le mois considéré et sa comparaison annuelle et pluriannuelle.

La production de soins demandée (2) est déterminée par le nombre moyen mensuel d'hospitalisés présents et le nombre d'entrées en hospitalisation.

On déduit immédiatement de la comparaison des nombres (1) et (2), si les moyens humains ont été proportionnés à la charge de production de soins. Et on effectue une correction immédiate. S'ils ont été surestimés, on conserve le « gain » à la disposition d'une prochaine nécessité de hausse de production.

On obtient donc un lissage dans le temps. De même un mode de négociation rationnelle avec les pôles de production et avec les représentants des personnels. A l'expérience, ce mode de régulation est parfaitement admis. L'auteur ne l'a pas vu être contesté en vingt-six années d'introduction et d'utilisation pour la gestion des personnels non médicaux et non stagiaires dans trois établissements différents<sup>435</sup>. La variable d'ajustement en est la programmation de

---

<sup>434</sup> Ces congés peuvent être syndicaux, de promotion professionnelle, de formation permanente, annuels, de récupération du temps de travail (RTT), d'absentéisme sanitaire.

<sup>435</sup> Centre hospitalier de Blois (1350 agents), Centre hospitalier de Castres (1000 agents) et Groupe hospitalier de la Réunion (2700 agents de la fonction publique hospitalière).

l'ensemble des décisions possibles de départ et d'arrivées de personnel qu'ils soient contractuels ou titulaires, ce qui suffit largement si une gestion réactive est coordonnée entre DRH et Direction des soins.

Puis sont comparés le nombre de jours de travail payés et ceux permis par les ressources. Ce qui conduit à un pilotage mensuel réactif portant sur environ 70 % des dépenses de fonctionnement de l'établissement.

Assurer cet équilibre a pour résultat d'assurer l'équilibre financier de l'institution. Les autres groupes de charges étant quasiment invariables, amortissement et frais financiers pour 10% et charges hôtelières pour 10%, seules les dépenses médicales et pharmaceutiques quoique proportionnelles à la T2A restent à surveiller. Le résultat de l'ensemble de ces surveillances d'indicateurs et d'actions conjointes « à la marge » mais « en temps réel » est spectaculaire dans ses effets sur les conditions de travail et sur l'équilibre « au fil de l'eau » de la trésorerie et du compte d'exploitation annuel, donc sur la capacité d'autofinancement. L'auteur a pu en vérifier la réalité de l'efficacité de cette méthode, qu'il a enseignée à l'EHESP, et qui a contribué dans les établissements ci-dessus désignés, à un cercle vertueux de charges de fonctionnement ayant permis en outre une diminution de l'absentéisme, un puissant autofinancement d'emplois complémentaires et de capacité de financement d'investissements. Et donc une amélioration de la qualité du service public hospitalier.

Mais il ne s'agit que d'un des aspects de l'amélioration de l'efficacité.

☒ La gestion du temps de travail (GTT).

Aucun dispositif d'évaluation du temps de travail n'existe aujourd'hui à notre connaissance dans les établissements de santé et médico sociaux. En revanche, l'ANAP<sup>436</sup> met à leur disposition<sup>437</sup> un outil d'autoévaluation de l'optimisation du temps de travail des professionnels auprès du patient ayant pour objectif la cohérence des temps au service de la

---

<sup>436</sup>Article L. 6113-10 CSP (Loi du 21 juillet 2009, article 18-I) : « L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux. L'agence a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. A cette fin, dans le cadre de son programme de travail, elle peut procéder ou faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et médico-sociaux. »

<sup>437</sup>Outil AETTAPES, téléchargeable sur [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

performance. C'est aussi un support de communication interne et de dialogue, par exemple au sein d'un pôle, en initiant un travail de réflexion intra professionnel. Il permet de synchroniser et de vérifier la disponibilité des professionnels. Il vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins en réduisant notamment les délais d'attente du patient. Cet outil mesure le taux de satisfaction au travail, comptabilise l'absentéisme. Il aide les établissements à adapter les emplois aux besoins de production de soins. Il améliore l'efficacité organisationnelle grâce à des indicateurs de « taux de retard au démarrage », de « débordement » de présence. Il permet la diminution du remplacement par des personnes extérieures au service, et celle des heures supplémentaires, facteur de fatigue et de coût évitable.

Remarquons qu'il répond à une des demandes des hospitaliers contenue dans les préconisations du « Pacte de confiance pour l'hôpital »<sup>438</sup>, d'apprentissage du travail en équipe, de décloisonnement entre l'exercice des personnels non médicaux et des praticiens hospitaliers, de meilleure association de ces derniers à l'organisation du travail, à l'organisation et la gestion du temps et à l'articulation entre le temps médical et non médical.

Gestion des effectifs et gestion du temps de travail doivent se doubler d'une gestion individuelle personnalisée des agents du service public.

## 2- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

La GPMC, dans le cadre du décret du 21 août 2008<sup>439</sup>, réforme la formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) des agents de la fonction publique hospitalière. Elle consiste à identifier les métiers en tension, les métiers où les recrutements vont augmenter, adapter les politiques de formation, prendre en compte les professionnels « faisant fonction ». Mais aussi à affiner la gestion des recrutements, les déroulements de carrière, la recherche des compétences critiques et le parcours professionnel des cadres. Elle s'appuie aussi sur la formation continue des personnels hospitaliers, et le DPC des professions médicales.

---

<sup>438</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>439</sup> Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, NOR : SJSH0773892D, JORF du 23 août 2008.



Le Développement professionnel continu (DPC)<sup>440</sup> est obligatoire aux médecins, pharmaciens, odontologistes des seuls établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Seuls les EPS doivent y consacrer des crédits qui ne peuvent être inférieurs à u taux fixé règlementairement. La loi HPST donne au DPC pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Concrètement, le GIP organisme gestionnaire du DPC (OGDPC) et ses commissions scientifiques (qui remplacent la Formation professionnelle conventionnelle (FCP) individualisent une part du budget aux programmes interprofessionnels, structurés par les méthodes de la HAS. Les fonds du DPC proviennent des contributions des employeurs, de l'Etat, de l'assurance maladie ainsi que de la majoration du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des industries de produits de santé (seulement pour les médecins).

Pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers publics, les fonds spécifiques de l'OGDPC sont alimentés de manière mixte par l'industrie pharmaceutique et par les EPS dont les contributions (0,5% des rémunérations en CHU et 0,75 en CH) sont collectées par l'Association nationale de formation des agents hospitaliers. La formation continue des personnels non médicaux hospitaliers est réalisée par l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) choisie par l'EPS. L'Association nationale pour la formation du personnel hospitalier (ANFH) l'effectue pour 873000 personnels publics (2011). Elle recueille 2,1% des rémunérations budgétées pour la réalisation du plan de formation de l'EPS, 0,6% pour le financement des études professionnelles conduisant à un diplôme et 0,2% de la masse salariale pour les congés de formation professionnelle, de validation des acquis de l'expérience et de bilan de compétences.

L'importance de cet effort financier, sans commune mesure avec la plupart des administrations, établissements publics et entreprises commerciales, permet une très haute densité et facilité de formation et de largeur de prise en charge financière. Le nombre de formations dispensées chaque année équivaut en général au nombre des personnes employées<sup>441</sup>. L'auteur, qui possède une expérience de l'enseignement des réformes

---

<sup>440</sup> L. 6155-1 et 4 du CSP.

<sup>441</sup> En 2012, 941 368 départs en formation enregistrés pour 1 100 000 personnels.

hospitalières dans les hôpitaux, peut attester de l'extrême motivation des stagiaires de formation permanente.

On peut cependant adresser deux critiques à la mise en œuvre de ce système : d'une part les retours de formation ne sont pas assez exploités. D'autre part la coordination avec les évolutions thérapeutiques et formations médicales se heurte à l'autarcie médicale. La possibilité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013 de versement à l'ANFH de la contribution DPC permettra peut-être une coordination partielle et progressive.

b) Associer le personnel à l'avenir.

1- Ouvrir la coopération avec le personnel.

✕ Inscrire la GRH comme une composante stratégique de l'EPS non comme une variable d'accompagnement ou de correction des erreurs de prévision, politiques, architecturales. Le management de projet anticipe, gère, accompagne les coopérations et restructurations, fédère les énergies autour de projets communs qui font le sentiment de réussite, l'appropriation par les personnels et l'adaptation aux attentes des patients.

De plus la mise en place depuis quelques années des démarches qualité apportées par l'HAS, et des méthodes convergentes d'analyse de processus accompagnées par l'ANAP, a permis une meilleure prise en charge des malades mais fait courir le risque d'une certaine déresponsabilisation des individus. Le management de projet apprend aux cadres le management comportemental. Soit de motiver, socialiser, définir des objectifs, déléguer, évaluer, motiver et créer une dynamique de groupe pour atteindre des objectifs communs et fédérateurs. Enfin, la méthodologie de gestion de projet développée plus haut constitue la ligne de force d'une politique d'association stratégique des ressources humaines aux projets d'établissement. Notamment par concertation avec les personnels sur les diagnostics, objectifs, prévisions, enseignements du projet précédent, stratégie, finalités, culture et valeurs, objectifs personnels, synergies, objectif de groupe et enseignements retirés.

✕ L'apport des pôles d'activité clinique et médicotechnique (L. 6146-1 et 2).

Le chef de pôle, manager du pôle qui a autorité fonctionnelle sur les personnels affectés peut et doit contribuer à leur association au présent et à l'avenir de leurs fonctions. Ainsi par le

---

Certains agents ayant suivi plus d'une formation dans l'année, le taux d'accès individuel à formation a concerné 57% des agents. Source : statistiques ANFH citées dans le magazine Interactions de la Fédération hospitalière de France numéro 16, septembre 2013, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

chef de pôle et ses assistants, le personnel pourrait-il être plus proche des décisions de remplacements des personnels non permanents, des décisions concernant les médicaments, les dispositifs médicaux, l'hôtellerie, l'entretien et réparations des équipements et la formation du personnel. Mais aussi du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, de la répartition des moyens humains entre les structures internes, des tableaux de service et profils de poste de l'ensemble des personnels et d'une participation à l'élaboration du plan de formation. La mise en œuvre d'un intéressement du personnel que nous avons abordée plus haut, ne peut que s'appuyer sur la structure de pôle. Comment ne pas associer le personnel dans une démarche d'intéressement et pour se rapprocher d'objectifs quantitatifs et qualitatifs de structure, d'activité, de moyens budgétaires, humains, de performance (PMSI), qualité, gestion des risques ? Le bénéfice de l'intéressement pourra abonder les crédits du pôle pour des dépenses de formation continue, petit matériel, documentation, équipements (avec les charges induites), travaux, conditions de travail, ou mis en provision.

## 2- La coopération par les hommes.

### ⊗ Les coopérations d'exercice professionnel.

Les rapports Berland (2002-2003) ont ouvert la possibilité d'expérimentations de transfert des tâches pour la prise en charge des malades chroniques et la libération de temps médical, par dérogations au monopole d'exercice de la médecine<sup>442</sup>, en autorisant des soins médicaux à des infirmières expertes en hémodialyse, hépatite C, urologie, éducation thérapeutique et avec des manipulateurs d'ER, orthoptistes, diététiciens de diabète de type 2. Depuis lors, l'article 51 de la loi HPST<sup>443</sup> a disposé que les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention. Et ce, dans la limite de leurs connaissances, de leur expérience, et de protocoles de la HAS en fonction de leur efficacité clinique, de leur qualité, de la maîtrise des risques et du suivi de résultats. La loi Fourcade<sup>444</sup> dans son article 60 a permis d'y associer en outre les techniciens de laboratoire, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les préparateurs en pharmacie. Plusieurs

---

<sup>442</sup> Article L. 4161-1 CSP.

<sup>443</sup> L. 4011-1 s. CSP, arrêtés des 31 décembre 2009, 21 juillet 2010, 28 mars 2012, Articles D. 4011-1 et 2 CSP.

<sup>444</sup> Loi « Fourcade » n° 2011-940 du 10 août 2011 (J.O. du 11 août)

guides méthodologiques ont été édités par la HAS et la DGOS. Même si le dispositif reste lourd à mettre en place, et même si les rémunérations libérales et les grilles statutaires des délégations ne sont pas fixées, de nombreuses formations et initiatives, essentiellement hospitalières éclosent, principalement en CHU.

☒ Les coopérations et coordinations du système de santé (L. 6131-2 à 5) portent parfois directement sur les ressources humaines. Ainsi dans les coopérations filières lors de la mise en commun d'un bloc opératoire, dans les coopérations efficience par des formations aux gestes d'urgence ou une médecine du travail, dans les coopérations isolement par des centres mutualisés des ressources au niveau territorial.

Mais ni les coopérations décidées pour raisons politiques ou pour nouvelle législation ou pour économies d'échelle ou pour meilleur accès aux soins ne sont bien souvent conçues, pilotées, gérées en associant les DRH, souvent simples exécutants des conséquences humaines de décisions prises à d'autres niveaux. Les opérations de fusion conduisent cependant au rapprochement, voire à la réingénierie des modes de gestion, mais bien souvent au maintien de DRH locales et à des programmations étalées de réaffectation de postes pourvus par cellules d'accompagnement-volontariat et par le jeu des départs-recrutement. Les réingénieries à dominante quantitative semblent donc encore bien timides et peu répandues.

## II. Des réingénieries<sup>445</sup> qualitatives

Le bloc législatif HPST a émis une discrète suggestion très peu reprise ou commentée. Serait-elle du domaine de l'utopie ? Il s'agit de la possibilité de jonction du CTE, de la CME et d'un collège de cadres pour constituer une expérimentation de comité d'établissement afin de donner un avis sur les projets de délibération du conseil de surveillance (L. 6144-6-1). Cette proposition, sans doute en avance sur son temps, fera sans doute son chemin face aux pouvoirs considérables attribués au directeur. Viendra le temps où le corps médical, les centrales syndicales concluront des alliances objectives. Et chacune des trois composantes commencera de connaître les deux autres et d'agir de conserve dans l'intérêt des patients ? Sur un autre plan mais tout aussi subjectif, la gestion des ressources humaines doit cultiver la motivation des acteurs de l'institution en se dirigeant vers la qualité de vie au travail.

---

<sup>445</sup> MMD, *Le Vade-Mecum du manager de La lettre du management*, deuxième édition, Paris, 2001, ISBN-2-9509760-7-7, page 153 : « Réingénierie (de reengineering) : méthode de remise en cause radicale des processus ou des méthodes de l'entreprise. »

## 1- La motivation

La motivation l'emporte souvent sur le talent. Elle passe par les trois dimensions de l'implication<sup>446</sup>. Soit l'échange entre récompense et travail par des facteurs d'hygiène (salaire, conditions de travail, relations sociales) dont la seule réduction entraîne la démotivation, les facteurs motivateurs (responsabilité, autonomie, résultats obtenus, possibilités de progression) « complément inverse » dont seule l'augmentation stimule la motivation. Aussi par l'identification au groupe dont l'agent veut être membre (service, pôle), et aux valeurs véhiculées au sein de l'institution. Sa reconnaissance pose la personne comme une entité singulière digne d'attention et de respect. Enfin dans l'internalisation par la confluence des valeurs organisationnelles et individuelles. Ici se situe l'importance de la gestion de projet, de la concertation organisée, de l'expression et de la mise en œuvre des valeurs éthiques (historiques et humanistes vers « l'Autre ») des valeurs pragmatiques du « faire bien » (rationalisation, efficacité, dynamisme et qualité) et des valeurs déontologiques, managériales et stratégiques du sujet « auteur » de qualité.

## 2- Emergence de la notion de qualité de vie au travail :

Elle vient d'être introduite dans le manuel de certification V 2010 de la Haute autorité de santé (HAS). Définie par le texte du Rapport Lachman,<sup>447</sup> intersyndical<sup>448</sup> aux hôpitaux publics en 2010, « Bien-être et efficacité au travail » repensant les modes de management et l'organisation, devant déboucher en 2013 sur un accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail, examinons ses aphorismes sous forme de propositions.

L'implication de la direction générale est indispensable. L'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain et donc la santé des salariés. La santé des salariés est d'abord l'affaire des managers. Les responsables de proximité sont les premiers acteurs de santé. Donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail... Impliquer les partenaires sociaux ... Le dialogue social est une priorité. Mesurer les conditions de santé et de sécurité au travail. Préparer et former les managers au rôle de manager. Affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes. Ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus. Valoriser la performance collective pour rendre les

---

<sup>446</sup> PEOC'H (N.), *Qualité de vie au travail*, RHF, n° 549, novembre- décembre 2012, p. 38.

<sup>447</sup> GHADI (V.), *Certification et qualité de vie au travail*, Revue hospitalière de France, Ibid., p.43.

<sup>448</sup> Syndicats CFDT, CFTC, CGT, FO, Syndicat des managers publics de santé (SMPS), SUD, UNSA.

organisations du travail plus motivantes et plus efficaces. Anticiper et prendre en compte l'aspect humain des changements. Tout projet humain de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement. La santé au travail a un impact humain sur son environnement, en particulier sur ses fournisseurs. Ne pas laisser le salarié seul face à ses problèmes. Accompagner les salariés en difficultés. Que de chemin à parcourir : la réforme de la T2A s'est-elle préoccupée des conséquences de cette réforme tarifaire sur les conditions de travail ? Comme à l'accoutumée, les réformes se mettent en place en résultante du pouvoir exécutif et des groupes de pression. Certes, la question n'est pas neuve. Le personnel en est encore une fois considéré comme une variable d'ajustement.

Un programme de travail l'instauration d'indicateurs pour mesurer l'éventuelle corrélation entre l'augmentation de la productivité, née de la T2A, et la dégradation des conditions de travail au sein des établissements doit être lancée en 2014 via l'École des hautes études en santé publique (EHESP), indice du sentiment de cette corrélation<sup>449</sup>.

## CONCLUSION du chapitre 2.

Le terme de rentabilité est encore parfois perçu comme antinomique d'une activité de soins de service public. Aussi préfère-t-on le concept d'efficacité<sup>450</sup>, plus rassurant car à la fois plus esthétique et moins bien défini. Mais faisant appel à la manière de parvenir au résultat, plus qu'au seul résultat gouverné par la seule efficacité. S'occuper de l'argent serait-il incompatible avec le soin dû au patient de service public ? Il est de fait que les acteurs de l'hôpital, du fait de leur éthique particulière dans le monde de la santé, et de siècles de gestion comptable, restent encore, mais de moins en moins, en relation distante des lois de l'argent et de l'économie. L'hôpital aurait-il à concilier une fois encore, plusieurs approches : celle qui considère que la santé n'a pas de prix et qu'elle est un service public financé par la Nation, et celle qui veut que le soin soit aussi une activité économique qui doit répondre à des exigences de bonne gestion ?

L'hôpital serait-il malade de la rentabilité ? Mais n'est-il pas seulement en recherche d'un management propre recherchant une efficacité au service du patient et une efficacité économique bénéfique à la collectivité des patients et des citoyens, comme nous avons proposé de l'analyser ou de le montrer ? Selon le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), il convient « de ne pas opposer les approches économiques et éthiques mais de les

---

<sup>449</sup> ENCC, Séminaire, (Etude nationale des coûts à méthodologie constante), Bordeaux, 7 et 8 novembre 2013.

<sup>450</sup> Ibidem

considérer comme complémentaires dans le champ de la santé<sup>451</sup> », et en conséquence, « envisager une articulation de l'éthique et de l'économique, redéfinie en raison d'impératifs budgétaires qui justifient l'évaluation et la prise en compte du caractère efficient du soin<sup>452</sup> ».

## CONCLUSION du Titre1.

Le service public hospitalier est simplement en mutation permanente, comme l'est son statut juridique. L'hôpital public aurait-il dès lors à « retrouver son statut de service public »<sup>453</sup> et cette question a-t-elle un sens ?

Ainsi qu'exprimé aujourd'hui, pertinence et performance s'associent, quand l'analyse des données chiffrées participe d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles<sup>454</sup>. La question s'était posée avec acuité dès l'application du plan « Hôpital 2007<sup>455</sup> » et bien avant l'irruption de la loi HPST en 2009. La réponse de la nécessité d'un management hospitalier permettant d'encadrer et de bonifier les mutations hospitalières semble s'imposer largement et à de nombreux niveaux.

Ethique et morale auraient-elles été encore une fois perdues au profit de « l'insatiable quête de performance<sup>456</sup> » ? La répétition de l'interrogation vaut réponse. Et dans le cas contraire, *cur aliquid potius nihil* ? Pourquoi subsisterait-il quelque chose, plutôt que rien ? Plus considérable apparaît l'impératif du questionnement de sa morale, socle de sa permanence historique, donc de sa capacité d'éthique<sup>457</sup>.

---

<sup>451</sup> CCNE (1998), avis n°57 : *Progrès technique, santé et modèle de société, la dimension éthique des choix collectifs*.

<sup>452</sup> BUTTARD (A.), *De l'opposition à la complémentarité ? Les dimensions éthique et économique du soin*, in MARTINEZ (E) et VIALLA (F), (dir) : *Les grands avis du comité consultatif national d'éthique*, 20 mars 1998, Paris, 2013, LGDJ, Lextenso éditions, pages 791 et 792.

<sup>453</sup> HOLLANDE, François, *Le changement c'est maintenant*, profession de foi adressée aux électeurs avant le premier tour de l'élection présidentielle du 22 avril 2012, p.3.

<sup>454</sup> FOURCADE (O.), *Des outils au service du dialogue de gestion*, *Revue hospitalière de France*, n° 556, janvier-Février 2014, p.20, [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr).

<sup>455</sup> Le plan « Hôpital 2007 » s'est juridiquement traduit par l'ordonnance no 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, NOR : SANX0500028R, JORF 3 mai 2005.

<sup>456</sup> BOURRET (R.), VIALLA (F.), MARTINEZ (E.), DEBOST (C.), *Lorsque le respect des droits fondamentaux l'emporte encore sur le quête de performance*, RDS n°57, janvier 2014, page 868 in fine, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

<sup>457</sup> APPOLIS (B.), *La difficile conciliation des dimensions sociale et économique de l'hôpital public*, RDS n° 22, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds), pages 245 à 248, à propos de l'avis du comité consultatif national d'éthique (CCNE) n° 101, 28 juin 2007.

Ainsi, peut-on considérer que, en dépit et peut-être grâce à sa mutation permanente, le service public hospitalier a conservé la **permanence de son être (Titre II)** ?

## **TITRE 2. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER DANS LA PERMANENCE DE SON ETRE**

La doctrine de l'être chère à Parménide<sup>458</sup>, suivi d'Aristote, de Platon et de Spinoza se vérifie-t-elle ici ? Derrière l'apparence du changement permanent, ne se cache-t-il pas une réalité ?

La mutation permanente du service public hospitalier se conjuguerait avec une permanence d'un être immuable. Nous pouvons l'espérer en regard de son importance sociale irremplaçable et le supputer en considération de son millénaire et demi d'existence.

Plus dynamiquement, nous chercherons en quoi l'ontologie<sup>459</sup> du service public de l'hôpital apparaît chercher dans **la permanence de son paradigme (CH 1)**, les voies d'une **nouvelle pertinence (CH 2)** ?

### **CHAPITRE 1 : LA PERMANENCE D'UN PARADIGME**

Par-delà la genèse du service public hospitalier précédemment évoquée, notons dans l'histoire, l'apparition des valeurs que ce service a calqué et développé dans notre société. Créés dès le Ve siècle par des chrétiens encouragés par l'Eglise, pour les malheureux, les personnes âgées, les pèlerins, les institutions hospitalières marquent un saut de civilisation : la prise en charge collective, organisée et charitable des plus faibles. Le paradigme est posé et l'histoire des réformes hospitalières<sup>460</sup> marque la naissance, puis la permanence, dans les

---

<sup>458</sup> L'être « est » et c'est tout, selon Parménide, philosophe grec, début du Ve siècle av. J.-C., né à Elée en Grande Grèce, tenant de l'école éléate. De l'apparence du changement ne peut surgir la réalité.

<sup>459</sup> Dictionnaire LE ROBERT, tome 4, p.744 : (du grec *ontos* « l'être, ce qui est »), « partie de la métaphysique qui s'applique à l'être en tant qu'être (Aristote) indépendamment de ses déterminations particulières ».

<sup>460</sup> Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)



hôpitaux, des valeurs d'*égalité* d'accueil, de *continuité* de fonctionnement et de remarquable *adaptabilité* aux évolutions de la société, caractéristiques du service public, voire d'une certaine gratuité pour l'utilisateur et propres à certains services publics<sup>461</sup>. Ces valeurs ont influé durablement sur notre représentation socio politique et culturelle d'un idéal de société. Elles ont contribué à l'idéal de celles de notre République. C'est la *fraternité*, à défaut de laïcité qui n'a alors pas le sens actuel. Comme nous l'avons approché en introduction générale, la Règle de Saint Benoît de Nursie, reprenant les préceptes de Saint Augustin, codifiée par Saint Benoît d'Aniane, inspirée du principe de charité de l'Écriture Sainte, recommande aux moines l'hospitalité des humbles. Diffusée pendant des siècles dans tous les ordres monastiques, elle donnera une origine religieuse chrétienne à la création, dès le VI<sup>e</sup> siècle, des hôpitaux en France. On trouvera pour exemple significatif, dans l'annexe 1 de cet ouvrage, la dénomination chronologique des hôpitaux successifs de la ville de Castres (Tarn).

Puis le caractère *social* du soin dans les hôpitaux commencera vers la fin du Moyen-Age à s'affirmer auprès de leur caractère religieux<sup>462</sup>. Ainsi naît l'*universalité* des soins qui imprègne particulièrement le secteur public d'hospitalisation et le service public. Ainsi, sont fondés à Montpellier en 1180 et 1198 respectivement l'Ordre des Hospitaliers du Saint-Esprit<sup>463</sup> et un Hôpital du Saint-Esprit<sup>464</sup> destinés à aider de manière holistique tous les déshérités de la vie. S'appliquent les Règles de miséricorde préconisées par Saint-Augustin. Soit donner à manger, à boire, des vêtements, accueillir les étrangers, délivrer les captifs des infidèles, prendre soin des malades, ensevelir les morts<sup>465</sup>. Mille hôpitaux de ce type essaieront dans toute l'Europe et persisteront jusqu'aux guerres de religion, à Montpellier jusqu'en 1542.

Avec d'autre part une consonance de *santé publique*, le XII<sup>e</sup> siècle ordonnera aux léproseries de prendre soin et éloigner leurs malades des villes. Puis le XVII<sup>e</sup> siècle verra en 1662 dans

---

<sup>461</sup> La part de dépenses payées par les ménages se limite à 5,4% dans un hôpital (15,4% en établissement privé à but lucratif), DREES comptes nationaux de la santé 2007, calculs Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

<sup>462</sup> IMBERT (J.), (dir.), *Histoire des hôpitaux*, Privat 1982, Toulouse, p. 91

<sup>463</sup> ROUQUETTE (J.) et VILLEMAGNE (A.), *Bullaire de l'église de Maguelone*, VALAT, 1911-1914, p. 244.

<sup>464</sup> Les vestiges de sa chapelle en sont visibles à Montpellier, au bas de la rue du Pila Saint - Gély.

<sup>465</sup> PEIGNOT (G.), *Histoire de la fondation des Hôpitaux du Saint-Esprit de Rome et de Dijon*, DOUILLIER, Dijon, 1838, p.50-51.

une volonté connexe d'*ordre public*, Louis XIV ordonner la création dans chaque ville d'un hôpital-Dieu accueillant les pauvres, vieillards, vagabonds, orphelins, prostituées. La loi du 7 août 1851 leur donne la *liberté de l'autonomie* et reconnaît les *établissements privés*.

Les hôpitaux publics détiennent une parcelle du *civisme*, c'est-à-dire du dévouement à la chose publique, de la *citoyenneté* d'appartenance à la Cité, et recherchent la difficile *civilité* de respect des règles de conduite admises dans une société. Le chirurgien Jacques Tenon écrivait en 1788<sup>466</sup> une phrase célèbre, qui se vérifie encore à l'échelle mondiale : « Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple ».

Depuis quinze siècles, s'est enraciné dans notre conscience collective, chez l'acteur et dans l'institution hospitalière, le lien indéfectible entre essence sociale, service public et contrat de société.

La doctrine de « l'Ecole de Bordeaux » a formulé une part de cette valeur en 1938 par les lois de Rolland<sup>467</sup>. Sa reconnaissance des concepts d'*égalité*, de *continuité* et d'*adaptabilité*, de *gratuité* dans certaines activités, a trouvé en 2009 une formalisation dans l'article premier de la loi dite HPST<sup>468</sup> qui garantit à tout patient l'égal accès à des soins de qualité, la permanence de l'accueil et de la prise en charge (...), la prise en charge à des tarifs (opposables) dans le cadre d'une mission de service public.

Mais n'est-ce pas (si on excepte l'enclave du secteur médical dit libéral à l'hôpital, objet de remises en cause cycliques<sup>469</sup> mais toujours renaissant), le propre de toutes les missions qu'exerce l'hôpital en tant qu'établissement de santé au sens de l'article L. 6111-1 CSP ?

Le paradigme national que constitue le service public hospitalier semble bien établi. Quelles en sont ses déclinaisons ?

Elles semblent embrasser des **servitudes de droit (S1)**, et aussi des **servitudes de fait (S2)**.

---

<sup>466</sup> TENON (J.), « *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* », Imprimerie de Ph-D. Pierres, Paris, 1788, *reprint* par DOIN éditeurs/Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 1998, cité par GUIBERT (Grégory), DE MONTALEMBERT (Pierre), VERDIER (Fabien), *Directeur d'hôpital, l'essor d'une profession*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011, p.9.

<sup>467</sup> ROLLAND (L.), 1877-1956. Reprenant les travaux de Duguit, il formule au sein de « l'Ecole de Bordeaux » (Rolland, Jèze, Bonnard, de Laubadère) les axiomes modernes du concept de service public.

<sup>468</sup> Article L. 6112-3 du CSP

<sup>469</sup> Le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 voté le 26 octobre 2012 par l'Assemblée nationale a prévu puis renoncé à un encadrement renforcé du volume et des flux financiers du secteur libéral à l'hôpital.

## Section 1 Les servitudes de droit de l'établissement public de santé.

Le service public hospitalier porte la charge, peu ou mal compensée, de ses missions<sup>470</sup>. Mais le poids du statut d'établissement public de santé et d'établissement public administratif sur son hôpital - support pèse aussi sur les ressources et les modes d'exercice de ses actions. Enfin, il subit la contrainte de nombreuses injonctions et pressions de la part de l'appareil central ou politique ou administratif d'Etat, et même de la part des collectivités territoriales. Cette situation est ancienne, contemporaine<sup>471</sup>, actuelle. Elle témoigne de son rôle historique du service public hospitalier et de son dialogue inégalitaire avec les pouvoirs publics. Nous examinerons les charges indues pesant sur l'hôpital public et le service hospitalier public français<sup>472</sup> sans doute de manière non exhaustive, et quelques obligations partiellement ou pas compensées<sup>473</sup>.

Il convient cependant de distinguer les **servitudes liées à la nature d'établissement public de santé (§1)** du **poids des garanties de service public assurées au patient (§2)**

### §1 Les servitudes liées à la nature d'établissement public de santé.

Certaines servitudes sont liées à la nature intrinsèque **d'établissement public (A)**, d'autres plus singulièrement à celle **d'établissement public de santé (B)**.

#### *A- Servitude d'établissement public.*

La soumission de l'hôpital public et donc de la majeure partie du service public de santé aux règles de gestion publique impacte leur adaptabilité aux besoins de l'intérêt général et leur compétitivité économique. Ainsi par exemple des opérations immobilières modernisant

---

<sup>470</sup> La Commission des comptes de la sécurité sociale a évalué à 84% la part des recettes des hôpitaux publics provenant de l'assurance maladie et à 16% celle versée par l'Etat au titre des leurs missions de service public. Tout au moins celles identifiées en MIG (missions d'intérêt général), AC (aide à la contractualisation), MERRI (missions d'enseignement, de référence, de recherche et d'innovation). La France a théorisé et majoré les contraintes de son service public hospitalier, mais en a minoré les compensations.

<sup>471</sup> ROMANENS (J.-L.), *L'hôpital public : de ses contraintes actuelles à un aménagement de son statut*, 1<sup>e</sup> partie : les contraintes de service public hospitalier, Mémoire de fin d'études de directeur d'hôpital, Promotion 1970-1973, Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 1973, 155 pages.

<sup>473</sup> L'article L. 6112-1 CSP (Loi HPST, art. 1<sup>er</sup>-IV) précise « l'éventualité » d'une compensation financière de mission de service public, renouant avec une longue tradition.

l'efficacité sanitaire et la productivité financière<sup>474</sup>. De nombreuses mesures gouvernementales politiques s'appliquant au secteur public ou aux hôpitaux survenant de manière continue, sont appliquées le plus souvent sans concertation et généralement sans compensations.

Nous prendrons deux cas de servitude d'établissement public : le statut de la fonction publique, et la gestion de trésorerie par le Trésor public.

#### I. Impact d'application du statut de la fonction publique.

Les servitudes du statut de la fonction publique pénalisent l'équilibre financier ou social ou de fonctionnement de manière plus ou moins grave suivant leur poids ou leur accumulation. La plus récente sera prise ici pour illustration significative. La suppression du jour de carence d'arrêt de maladie annoncée en février 2013 à effet de 2014<sup>475</sup> par le gouvernement devrait entraîner une augmentation de 7% de l'absentéisme du personnel, selon la Fédération hospitalière de France. Cette dernière estime ce chiffre, par enquête auprès des hôpitaux sur un échantillon de 203 000 agents, par extrapolation de la baisse d'absence qui avait été entraînée par l'instauration de cette disposition. Notre expérience personnelle nous incline à confirmer cette estimation. Nous avons pu en effet constater dans la pratique et contrairement à l'exposé des motifs du gouvernement, l'impact que peuvent avoir des mesures incitatives à la réduction du court absentéisme.<sup>476</sup>

De manière plus large, le statut général et les statuts particuliers, rémunérations et indemnités, droits syndicaux sont négociés avec les organisations syndicales directement par l'Etat qui

---

<sup>474</sup> MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, *Avis du Conseil de l'immobilier de l'État sur la stratégie immobilière du CHU de Montpellier*, in fine : « Le Conseil observe, plus généralement, que la sécurisation des procédures administratives se traduit parfois par un allongement des délais dans le processus de décision. Il ajoute qu'une procédure longue non seulement pénalise financièrement les établissements mais peut aussi menacer la réalisation des projets immobiliers du fait d'une obsolescence prématurée au regard des progrès scientifiques. Dans un contexte très concurrentiel, cette lenteur administrative est nuisible à l'hôpital public ». Avis N° 2013-27 Séance du 16 octobre 2013, [www.economie.gouv.fr/files/files/dir](http://www.economie.gouv.fr/files/files/dir).

<sup>475</sup> La journée de carence applicable dans la fonction publique devrait être supprimée en 2014. C'est ce que prévoit l'article 67 du projet de loi de finances pour 2014 (EFIX1323580L). En effet, depuis le 1er janvier 2012, en cas de congé de maladie ordinaire pour maladie non professionnelle, le 1er jour d'arrêt n'est plus rémunéré dans la fonction publique (article 105 de la loi de finances pour 2012).

<sup>476</sup> Postérieurement à un accord d'établissement signé à la fin 2002 par l'auteur chef d'établissement avec les représentants du personnel, prévoyant l'attribution d'un ou de deux jours de congés supplémentaires pour les personnels totalisant respectivement moins de deux et moins de cinq jours d'absentéisme par an, la moyenne de celui-ci avait évolué à l'échelle du Groupe hospitalier, de 2001 à 2005, de 20,4 à 16,3 jours par an.

n'est pas le payeur des avancées sociales qu'il consent pour le personnel des hôpitaux. De surcroît, l'hôpital public ne peut négocier localement que ce qui précise un accord national, ou que ce qui l'améliore<sup>477</sup> et donc le rend plus coûteux.

## II. L'obligation de gestion de la trésorerie par le Trésor Public.

Cette obligation est la conséquence de la règle générale de la comptabilité publique, de séparation des ordonnateurs et des comptables<sup>478</sup>, impliquant que le trésorier public est seul chargé d'encaisser les recettes, de payer les dépenses ou de conserver fonds et valeurs. Le Règlement général de la comptabilité publique (RGCP) s'applique aux comptables de toutes les administrations publiques (État, collectivités territoriales et établissements publics. Mais pas aux établissements publics industriels et commerciaux, dont les hôpitaux sont pourtant si proches que la loi a dû préciser leur différenciation exprès<sup>479</sup>.

Le code de la santé publique<sup>480</sup> confirme que les comptables des établissements publics de santé sont des comptables publics de l'Etat et leurs rapports fonctionnels avec leurs ordonnateurs.

Ces obligations entraînent un certain nombre de conséquences pénalisantes qui n'obèrent pas les établissements de santé privés de statut commercial même lorsqu'ils assurent des missions de service public (L. 6112-1 CSP) et par conséquent sont obligés à des garanties de service public hospitalier dans le cadre de ces missions (L. 6112-3 CSP).

---

<sup>477</sup> Loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 relative à la rénovation du dialogue social et comportant diverses dispositions relatives à la fonction publique, NOR: BCFF0902558L, JORF n°0154 du 6 juillet 2010 page 12224.

<sup>478</sup> Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique (JORF du 30 décembre 1962, p. 12828), article 20 : « Les fonctions d'ordonnateur et celles de comptable public sont incompatibles » ; et article 11 : « La séparation des ordonnateurs et des comptables implique que le trésorier public est seul chargé d'encaisser les recettes, de payer les dépenses ou de conserver fonds et valeurs ».

<sup>479</sup> On trouve peut-être ici, l'explication de la mention finale singulièrement précise de l'article L. 6141-1 modifié par l'ordonnance n°2010-331 du 25 mars 2010, art. 11 : « Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par le présent titre. Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial. »

<sup>480</sup> Article L6145-8 CSP, modifié par l'ordonnance n°2010-420 du 27 avril 2010, art. 118.

a) Comptabilité en partie double et superposition de contrôles.

Ainsi, de manière totalement séparées, les services financiers de l'hôpital ordonnent recettes et dépenses et les services du trésorier<sup>481</sup> recouvrent ces recettes et liquident ces dépenses suivant des comptabilités qui doivent concorder à l'échelle de volumes financiers s'élevant à des centaines de millions d'euros par établissement. A ce coûteux contrôle mutuel permanent s'ajoute celui du Conseil de surveillance qui se tient en présence consultative du trésorier et entend son rapport annuel. Puis un contrôle extra juridictionnel est a posteriori exercé par la chambre régionale des comptes. Enfin, dès l'exercice 2014 pèsera en quatrième niveau après l'importance de ces trois contrôles publics administratifs indépendants, la novation d'une très coûteuse obligation de certification des comptes introduite par la législation HPST<sup>482</sup>. Il nous semble que cette nouvelle obligation va être mise à profit par les hôpitaux pour affiner leurs bilans dans la perspective de stratégies d'investissement et de recours nécessaire à l'emprunt mieux lisibles par les institutions de crédit.

Il n'en reste pas moins que les surabondances de contrôles tuent le contrôle. Observons que si les établissements de santé privés ont à certifier leurs comptes, ils ne sont pas astreints un contrôle de la chambre régionale des comptes ni à une double comptabilité avec le Trésor Public. Aussi, à notre sens, ce dernier doublon local avec le Trésor public doit être supprimé. Mais le mouvement actuel de contraction administrative des services fiscaux et des services de recouvrement voit en corollaire l'attachement des services du Trésor pour cette mission hospitalière attractive pour ses fonctionnaires. Et l'Etat retire un avantage de trésorerie à gérer celle des hôpitaux.

---

<sup>481</sup> Loi 63-56 du 23 février 1963, article 60.

<sup>482</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 17-1, codifié à l'article L. 6145-16 CSP : « Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés. Les modalités de certification par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes sont [Disposition déclarée non conforme à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2009-584DC du 16 juillet 2009] fixées par voie réglementaire » [Cet article s'applique au plus tard aux comptes du premier exercice qui commence quatre ans à compter de la publication de la loi (article 17-II) le 22 juillet 2009 soit sur les comptes de 2014. L'administration d'Etat a enjoint aux hôpitaux de « fiabiliser leurs compte »s dans cette perspective (circulaire interministérielle DGOS/DGFFIP/PF1/CL1B :2011/391/ du 10 octobre 2011). Sont parus au JORF n°0301 du 28 décembre 2013, les décrets n° 2013-1238 et 1239 du 23 décembre 2013 d'une part relatif aux modalités de certification des comptes des établissements publics de santé, et d'autre part définissant les établissements publics de santé soumis à la certification des comptes (NOR : AFSH1315762D et NOR : AFSH1325380D). La Fédération hospitalière de France dans son avis du 5 février 2013, évalue les seuls frais de préparation (formation des personnels, audit des procédures comptables) à 400 000 euros par établissement, auxquels s'ajouteront les frais de la procédure et de rémunération du commissaire aux comptes). Les frais de certification pourront s'élever à un montant de l'ordre de 100 000 euros pour un CHU (Source : CHRU de Montpellier pour un chiffre d'exploitation de 800 000 euros)

## b) Coût pour les hôpitaux publics.

Le trésorier public est partiellement rémunéré par l'hôpital. Dans les hôpitaux les plus importants, des locaux doivent être fournis conventionnellement. Ces dépenses se superposent avec celles des propres services financiers de l'hôpital public. Et avec celles de l'ensemble des personnels hospitaliers « régisseurs des recettes et de dépenses » qui travaillent au frais de l'hôpital pour le compte du trésorier public. En outre, l'hôpital public a obligation, pour la quasi-totalité de ses recettes, de déposer ses fonds auprès de l'Etat.<sup>483</sup> Aussi, le rendement de sa propre trésorerie positive échappe à l'hôpital. De plus, il doit la gérer en cas d'insuffisance, même de très courte durée, par des emprunts relais bancaires et au surcroît quelle que soit la performance de gestion et de recouvrement du trésorier public. Enfin, par un singulier bégalement de servitude, les créances émises par l'ordonnateur et que le trésorier public ne parvient pas à recouvrer devront être reversées par l'hôpital au Trésor Public pour son manque à recouvrer et pour équilibrer son bilan. Il s'agit des « créances irrécouvrables » que le budget de fonctionnement doit provisionner et reverser périodiquement au Trésor Public. Ces créances doivent faire l'objet d'un mandatement par la collectivité car considérées comme une dépense obligatoire, comme les dotations aux provisions pour créances douteuses. L'admission en non-valeur est demandée par le comptable lorsqu'il rapporte les éléments propres à démontrer que malgré toutes les diligences qu'il a effectuées, il ne peut pas en obtenir le recouvrement. L'ordonnateur a compétence liée pour préparer les admissions en non-valeur des créances irrécouvrables par l'assemblée délibérante. A quelle logique se référer pour comprendre cette double pénalisation (absence de recette et mandatement obligatoire), par rapport au secteur commercial, d'un service public qui soigne avant de faire payer par primauté des concepts de service public sur la rentabilité lucrative. D'un service public qui doit garantir un égal accès à des soins permanents et de qualité notamment à des patients en situation de précarité, en absence de prise en charge sociale, au poids majeur des admissions en urgence, Mais aussi à des débiteurs inconnus, défaillants, ou encore à des populations étrangères notamment celle des Etats hors Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange (AELE) ?

---

<sup>483</sup> Article L6145-8-1 CSP, modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010, art. 4 : « Les dispositions de l'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales relatives aux dérogations à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat des fonds des collectivités territoriales et de leurs établissements publics sont applicables aux établissements publics de santé sous réserve des dispositions suivantes... ». Mais les hôpitaux publics sont établissements publics de santé (L. HPST du 21 juillet 2009, art. 8-I) et non plus des établissements publics rattachés à des collectivités territoriales.

## ***B- Servitude d'établissement public de santé.***

En tant qu'établissement public de santé, l'hôpital et son service public fait face légalement à quelques obligations intrinsèques.

### I. Le statut des collaborateurs.

#### a) Les médecins.

La gestion de la majeure partie des médecins praticiens hospitaliers par le ministère de la santé entraîne une perte de lien entre le management de l'hôpital et son moteur d'activité et une difficulté de gestion tant juridique que psychologique. Ainsi, l'interdiction d'exercer dans une clinique concurrente n'appartient pas aux compétences du directeur d'établissement public de santé mais à celles du directeur général du Centre national de gestion du ministère de la santé.<sup>484</sup>

Le régime du Développement professionnel continu (DPC)<sup>485</sup> est obligatoire aux médecins, pharmaciens, odontologistes des seuls établissements publics de santé et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Uniquement les EPS doivent y consacrer des crédits qui ne peuvent être inférieurs à un taux fixé règlementairement.

L'organisation notamment médicale de la permanence des soins en établissements pèse lourdement sur le service public hospitalier. Nous en prendrons une illustration. Certes la directive sur le temps de travail 2003/88/EC<sup>486</sup> du Parlement européen et de son Conseil s'applique à tous les travailleurs d'un Etat membre. Cette directive prévoit, entre autres, de fixer une durée du temps de travail maximale de 48 heures pour les praticiens hospitaliers, au-delà de laquelle le temps de travail additionnel doit être réalisé avec l'accord express du praticien. Cependant, la permanence des soins est plus lourde dans les établissements publics. De plus, les médecins y sont salariés pour la quasi-totalité d'entre eux. Enfin les

---

<sup>484</sup> CAA Nancy, 14 février 2012, [www.hospitalex.com](http://www.hospitalex.com)

<sup>485</sup> L. 6155-1 et 4 du CSP

<sup>486</sup> UNION EUROPEENNE, DIRECTIVE 2003/88/CE du parlement européen et du conseil européen du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, Journal officiel de l'Union européenne du 18.11.2003.



établissements publics sont soumis à une application de cette directive par voie d'arrêté spécifique<sup>487</sup> et de contrôle particulier par les ARS.

Quant à la pratique du cumul d'activités par les personnels médicaux des établissements publics de santé, certes elle « s'inscrit dans le respect des règles applicables aux fonctionnaires et aux agents publics, qu'il s'agisse de l'obligation d'exercice entier, personnel et exclusif des fonctions ou des exceptions prévues par les textes, en particulier en ce qui concerne le régime juridique des activités accessoires » ce qui constitue une première et onéreuse servitude. « Toutefois, à la complexité des règles générales s'ajoute l'adaptation des règles de cumul aux spécificités de l'exercice médical, notamment dans le domaine de l'expertise, comme aux dérogations complémentaires aménagées par les textes (enseignement, activité libérale...) », ce qui constitue un alourdissement de servitude. En outre, « des risques juridiques ... résultent de l'enchevêtrement de textes et de principes qui peinent à tracer une frontière stable entre les exigences de continuité et d'attractivité du service public »<sup>488</sup>, ce qui ajoute une difficulté de management des personnels médicaux et une « zone grise » dans leur relation avec le service public.

#### b) Les autres personnels

Au regard des personnels de la fonction publique hospitalière on note une politique de formation continue et de promotion professionnelle sans commune mesure avec les autres établissements de santé,

Mais aussi un régime de retraite impliquant une cotisation employeur de 27,30% des salaires bruts, contre 15% pour un établissement à but lucratif, soit un différentiel de 12,30% qui, portant sur 70% des dépenses d'un hôpital impacte à lui seul 9% de surcoût relatif<sup>489</sup>. A titre de comparaison, le déficit global consolidé de 487 M€ de l'ensemble des 1200 établissements

---

<sup>487</sup> Arrêté du 8 novembre sur l'organisation et l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les EHPAD, JORF 17 novembre 2013.

<sup>488</sup> BOURRET (R.), MARTINEZ (E.), METAYER (Y.), PEYRAT (R.), VIALLA (F.), *Le cumul d'activités des personnels médicaux des établissements publics de santé*, [RDS n° 56](#), novembre 2013, LEH, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

<sup>489</sup> IFRAP (Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques), *Les hôpitaux publics face au coût des retraites*, [lfrap.org](http://lfrap.org), 23 octobre 2012 : Dans les cliniques à but lucratif (comme généralement dans le secteur privé) et dans les hôpitaux publics, les cotisations des salariés s'élèvent respectivement à 11% contre 8,4%. L'hôpital devrait être aligné à 11% en 2020. Les cotisations des employeurs s'établissent respectivement à 15% en secteur de clinique contre 27,3% à l'hôpital. Elles croîtront chez celui-ci (selon le PLFSS 2013) à 30% en 2014. A cette date, il est donc à prévoir, entre cliniques commerciales et hôpital public, une aggravation à 15% du différentiel de charges à ce titre. Ce qui, multiplié par 70% de charge salariale dans les hôpitaux publics, portera intrinsèquement à 10,5% le surcoût exogène public en 2014.

publics de santé ne représentait 1,02% de leurs budgets de près de 50 Milliards d'euros en 2011<sup>490</sup>.

De même, l'obligation de cotiser à un fonds pour l'emploi hospitalier. Ce fonds sous-utilisé perçoit de la part des hôpitaux des cotisations surestimées depuis sa création<sup>491</sup>. Aussi le FEH est-il structurellement excédentaire, au point de l'être aujourd'hui à hauteur de 40 millions d'euros. Au lieu de réduire la contribution des hôpitaux dont l'équilibre sera difficile en 2013, l'Assemblée nationale a le 23 octobre 2013 validé un prélèvement « à titre exceptionnel » de 200 millions d'euros du Fonds<sup>492</sup> pour l'emploi hospitalier (FEH) au profit de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL). Un fonds prélevé de manière surabondante sur le budget des hôpitaux est ainsi dévoyé vers une institution de retraite déficitaire, dans laquelle les personnels hospitaliers ne représentent que 38,6% des cotisants et 47,4% des pensionnés<sup>493</sup>.

Encore, l'obligation en matière d'action sociale, de cotiser, conformément au statut de la fonction publique de 1983 à hauteur de 1,5% de la masse salariale brute en direction d'un organisme agréé par l'Etat (en règle générale le CGOS) pour fournir au personnel une aide au logement, à l'enfance, aux loisirs, et à des situations sociales difficiles par dons ou prêts.

## II. Au plan tarifaire et fiscal.

✕ Un coût très important pour les hôpitaux réside dans son imposition sur la base de la taxe sur les salaires. Cette taxe est due pour certains employeurs non soumis à la TVA sur 90% au moins de la totalité de leur chiffre d'affaires. A l'instar notamment dans le domaine de la santé par des organismes mutualistes ou des établissements à but non lucratif. Soit pour les hôpitaux, un impôt sur les charges salariales de l'ordre de 7 % sur la base d'une assiette

---

<sup>490</sup> Données de la Fédération hospitalière de France. Ce déficit relatif décroît chaque année. Il inclut des situations très diverses, et notamment le poids de ceux des grandes entités hospitalières (CHU, Hôpitaux de Paris, Lyon, Marseille) lourdement et peut être structurellement déficitaires mais portant le poids de leurs missions de service public spécifiques.

<sup>491</sup> Décret n° 95-245 du 1er mars 1995 relatif au fonds pour l'emploi hospitalier créé par l'article 14 de la loi no 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, NOR: SPSH9500080D, JORF n°57 du 8 mars 1995 page 3617. « La Caisse des dépôts et consignations, gestionnaire du fonds pour l'emploi hospitalier, rembourse chaque trimestre, à l'établissement qui assure le paiement de l'indemnité exceptionnelle allouée aux bénéficiaires de la cessation progressive d'activité ainsi que celui de la rémunération des agents autorisés à travailler à temps partiel à 80 p. 100 ou 90 p. 100, les sommes correspondant à la part qui incombe au fonds... »

<sup>492</sup> Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2014, article 3.

<sup>493</sup> [www.cnracl.fr](http://www.cnracl.fr), chiffres-clés.

constituée par 70% des dépenses hospitalières plus lourde pour un hôpital public à forte taux de main d'œuvre de haute qualification qu'un assujettissement (moins récupération) à la TVA. Et alors qu'en sont dispensés les établissements d'enseignement supérieur, l'Etat sur le budget général, les collectivités locales ainsi que leurs regroupements, à l'exception de leurs établissements publics. Mais l'hôpital public est-il encore un établissement public communal ? Ainsi un établissement public de santé totalisant un chiffre d'activité de 200 millions d'euros soit payant 150M de charges salariales, taxées à 7%, versera une taxe sur salaires de l'ordre de 10 millions d'euros annuellement...

☒ Les hôpitaux ont été exclus dans le projet de loi de finances rectificative pour 2012, du bénéfice du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), allègement fiscal créé spécifiquement pour les entreprises privées, donc devant bénéficier aux établissements sanitaires et médico sociaux à but lucratif (pour ce qui les concerne à hauteur de 500 M€ moins différentes corrections tarifaires) pendant trois ans à compter de 2013.

☒ Les hôpitaux ont été écartés du fonds de compensation des emprunts toxiques qui a tout d'abord été réservé aux seules collectivités locales. Le ministère des finances, en dépit du ministère de la santé, avait décidé d'exclure les hôpitaux. En revanche, le Conseil constitutionnel a censuré l'interdiction faite aux hôpitaux d'attaquer les banques devant les tribunaux. Et la mesure a été élargie aux hôpitaux en dépit du ministère des finances.

De manière discriminatoire, les hôpitaux et donc leur service public, manne fiscale pour le budget de l'Etat, comptent ainsi parmi les entités économiques les plus sélectivement imposées de France.

## **§2 La dialectique des garanties de service public apportées au patient.**

La crainte formée par de nombreux acteurs et de nombreux auteurs devant une disparition du service public hospitalier semble s'être basée sur l'absence de sa mention dans la loi HPST et, en miroir, sur la consécration de quatorze missions de service public accessibles à tout acteur de santé.

En revanche, la combinaison des articles confirmant les garanties de service public n'a pas toujours été considérée dans son ensemble qui est frappé d'une inhabituelle contorsion dialectique.

### ***A- Les contorsions des articles 6112-1, 6112-3 et 6112-3-1 CSP.***

L'article L. 6112 -3 CSP prévoit qu'un « établissement de santé<sup>494</sup>, soit en fait quasiment tout acteur de santé<sup>495</sup> ou toute personne chargée d'une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1<sup>496</sup>, garantit à tout patient accueilli dans le cadre de ces missions :

1° L'égal accès à des soins de qualité. 2° 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. 3° La prise en charge aux tarifs fixés par l'autorité administrative ou aux tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Les garanties mentionnées aux 1° et 3° du présent article sont applicables à l'ensemble des prestations délivrées au patient dès lors qu'il est admis au titre de l'urgence ou qu'il est accueilli et pris en charge dans le cadre de l'une des missions mentionnées au premier alinéa, y compris en cas de ré-hospitalisation dans l'établissement ou pour les soins, en

---

<sup>494</sup> Article L. 6111-1 CSP, note : *Juge administratif. Reconnaissance de la qualité d'établissement de santé*, Code de la santé publique Dalloz, édition 2013, page 1087.

<sup>495</sup> Article L. 6112-2 CSP « Outre les établissements de santé, peuvent être chargés d'assurer ou de contribuer à assurer, en fonction des besoins de la population appréciés par le schéma régional d'organisation des soins, les missions de service public définies à l'article L. 6112-1 :

-les centres de santé, les maisons de santé et les pôles de santé ;-l'Institution nationale des invalides dans le cadre de ses missions définies au 2° de l'article L. 529 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre. -le service de santé des armées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat ;- les groupements de coopération sanitaire ;-les autres personnes titulaires d'une autorisation d'équipement matériel lourd ;-les praticiens exerçant dans les établissements ou structures mentionnés au présent article.

Lorsqu'une mission de service public n'est pas assurée sur un territoire de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé, sans préjudice des compétences réservées par la loi à d'autres autorités administratives, désigne la ou les personnes qui en sont chargées... »

<sup>496</sup> 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 postuniversitaire. 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 en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ; 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-médoco-judiciaires de sûreté.

hospitalisation ou non, consécutifs à cette prise en charge... Les obligations qui incombent, en application du présent article, à un établissement de santé ou à l'une des structures mentionnées à l'article L. 6112-2<sup>497</sup> s'imposent également à chacun des praticiens qui y exercent et qui interviennent dans l'accomplissement d'une ou plusieurs des missions de service public».

On trouve là l'intégralité de la doctrine de « l'Ecole de Bordeaux » formulée en 1938 par les lois de Rolland<sup>498</sup> et ses concepts d'égalité, de continuité et d'*adaptabilité*, de quasi gratuité dans certaines activités. Ces caractéristiques du service public ont ainsi trouvé une formalisation dans l'article premier de la loi dite HPST. En articulation avec ces garanties de service public, l'article L. 6112-3-1 précise que « tout patient d'un établissement public de santé bénéficie des garanties définies aux 1° et 2° de l'article L. 6112-3. Les établissements publics de santé appliquent aux assurés sociaux les tarifs prévus aux articles L. 162-20 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale. Dans le cadre des missions de service public assurées par l'établissement, les tarifs des honoraires des professionnels de santé visés au premier alinéa de l'article L. 6146-2 du présent code et des praticiens hospitaliers exerçant dans le cadre de l'activité libérale prévue à l'article L. 6154-1 du même code, sont ceux prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. »

Il s'agit ainsi, dans une articulation qui aurait gagné en clarté, des garanties calquées sur celles des caractéristiques classiques de service public évoquées plus haut. Assurées partiellement par les ESPIC, et éventuellement par tout établissement de santé dans le cadre d'une mission de service public assurée sur sa demande acceptée, ces garanties sont appliquées et en leur totalité par les seuls établissements publics de santé dans ce qui constitue une mission organique.

Il été ainsi renoué avec la notion de garanties de service public hospitalier créée par la loi du 31 décembre 1970.

Ainsi, «au-delà du rappel de ces principes fondamentaux, il faut réaffirmer que le service public hospitalier ne se définit pas seulement à travers une liste de missions »<sup>499</sup>. Et que sa caractérisation et son développement contemporains se basent « sur la garantie, pour les

---

<sup>497</sup> Ibidem.

<sup>498</sup> ROLLAND (Louis), 1877-1956. Reprennent les travaux de Duguit, il formule au sein de « l'Ecole de Bordeaux » (Rolland, Jèze, Bonnard, de Laubadère) les axiomes classiques du concept de service public.

<sup>499</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) président, SCOTTON (C.) rapporteur : « 1.1.3. Principes du service public hospitalier », [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

activités de soins, de certains principes : - non-discrimination dans l'accès aux soins programmés ou non - accessibilité géographique (territoire/coopération) et financière (tarifs opposables ou conventionnels) - adaptation continue de l'offre aux besoins tels qu'exprimés par le SROS (Territoire/coopération) »<sup>500</sup>. Et encore de manière plus moderne sur les exigences de « -transparence du fonctionnement (médical, financier, stratégique) - écoute et participation des usagers - management participatif »<sup>501</sup>.

### ***B- Les garanties de service public : servitudes et pérennité.***

#### **I. La permanence de l'accueil et de la prise en charge.**

La permanence de l'accueil et de la prise en charge des patients ou de leur orientation encadrée, entendue au sens de l'article 6112-3 CSP est consécutive de la garantie de service public d'égalité d'accès permanent à des soins de qualité dans des conditions tarifaires règlementés de secteur 1. Elle pèse essentiellement sur l'hôpital public dont les patients sont les plus lourds et dans lequel les densités de personnel sont les plus fortes.

Le service public supporte donc le coût très lourd de personnels d'astreinte dans de nombreux secteurs et surtout des présences médicales permanentes (24/365) dans certaines disciplines spécialisées : urgences, anesthésie réanimation, parfois gynécologie obstétrique, cardiologie, psychiatrie, pédiatrie. Ainsi, pour illustration, passer d'une présence de jour à une présence permanente d'un poste médical augmente les nécessités (et aléas) de recrutement à hauteur de trois postes médicaux d'un coût unitaire annuel d'un million d'euros.

#### **II. L'égal accès à des soins de qualité, adaptés, administrativement tarifés**

L'impact de cette garantie de service public est assez difficile à appréhender car très multiforme. Prenons donc quelques illustrations.

⊗ Ainsi de l'absence de refus de soins opposés aux bénéficiaires<sup>502</sup> de la CMU, CMU-C, de l'ACS et de l'AME<sup>503</sup>. Le refus de soins peut être manifestement illégal. L'article L. 1110-3

---

<sup>500</sup> Ibid.

<sup>501</sup> Ibid.

<sup>502</sup> LE DEFENSEUR DES DROITS, [www.defenseurdesdroits.fr](http://www.defenseurdesdroits.fr), *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Rapport remis au Premier ministre, mars 2014, rendu public le 1<sup>er</sup> avril 2014, Passim. Ce rapport nous a fourni tous les éléments de ce paragraphe.

<sup>503</sup> Couverture maladie universelle, CMU complémentaire, aide à la couverture de soins, dont les bénéficiaires s'élèveraient à 5 millions de personnes, et aide médicale d'Etat dont bénéficieraient 210 000 personnes.

du code de la santé publique qualifie le caractère illégal de tels refus : aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins, règle qui s'inspire des principes traditionnels de service public. Ainsi, « le Défenseur des droits a été saisi en janvier 2014 d'une réclamation relative au refus d'une clinique privée de pratiquer une opération chirurgicale sur une personne de nationalité étrangère et bénéficiaire de la CMU-C<sup>504</sup> ». Mais les manifestations des refus de soins implicites ou indirects peuvent prendre d'autres formes. « La circulaire 33/2008 du 30 juin 2008 de la CNAMTS » pointe notamment « l'orientation répétée et abusive vers un autre confrère, un centre de santé ou la consultation externe d'un hôpital, sans raison médicale<sup>505</sup> ». Et le faible nombre de signalements de ce type confirme la difficulté des usagers à faire valoir leurs droits et leurs difficultés à établir la réalité du refus de soins opposé par un professionnel de santé. En outre, les refus de soins déguisés ne sont pas toujours identifiés : « ainsi, l'orientation vers l'hôpital, qui, dans certains cas, est en fait un refus de soin illégal, n'est pas perçue comme tel par les usagers<sup>506</sup> ».

☒ De même de la pratique du tiers-payant. Le coût de l'accessibilité financière par obligation de généralisation du tiers-payant au bénéfice des patients, a pu être évalué à 3,50 Euro par acte<sup>507</sup>.

☒ Aussi de l'ouverture à certains patients étrangers. Les patients étrangers<sup>508</sup> sont soignés en France à 93% à l'hôpital public. Ils ont occasionné 60 161 séjours hospitaliers. Leurs 186 nationalités différentes, donne un aperçu de ses soins de qualité et de son image internationale : 55% sont ressortissants de l'Union européenne<sup>509</sup> et de ses pays limitrophes, dont par ordre décroissant, belges, britanniques, italiens, allemands, néerlandais espagnols, suisses, luxembourgeois, roumains, portugais, monégasques, polonais et grecs. Ce cosmopolitisme renseigne aussi sur la réalité perçue de l'égalité vérifiée d'accès à des soins

---

<sup>504</sup> LE DEFENSEUR DES DROITS, Ibidem.

<sup>505</sup> Ibidem.

<sup>506</sup> Ibidem.

<sup>507</sup> BOUTON (R.) et COULOMB (A.), *Etude des centres de santé parisiens*, Paris, 2008, FNCS (Fédération nationale des centres de santé).

<sup>508</sup> PMSI 2011 (Programme médicalisé des systèmes d'information).

<sup>509</sup> GAUBERT (J.), *Patients sans frontières*, RDS n° 26, nov. 2008, p.747 à 750, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

de qualité. En 2012, le montant des dépenses de santé remboursées par le Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (CLEISS) et les caisses françaises de sécurité sociale, au titre des soins reçus par des assurés français dans des États membres de l'UE ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE), a atteint 481 millions d'euros. En revanche, en 2012, les différents pays membres de l'Union ont versé 615 millions d'euros au CLEISS au titre du remboursement des soins reçus en France par leurs assurés, soit une augmentation de 10,6% par rapport à 2011. Entre 2003 et 2012, le montant ainsi remboursé a augmenté d'un taux de croissance annuel moyen de 4,5%. Il apparaît ainsi que les transferts monétaires liés aux soins transfrontaliers dans l'Union européenne sont favorables à la France qui est donc bien un pays attractif en matière de soins de santé. Le développement des soins transfrontaliers au sein de l'espace européen bénéficie à nos comptes sociaux.<sup>510</sup>

Hors union européenne, les fréquentations majeures sont celles des algériens, marocains, koweïtiens, états-uniens, tunisiens, sénégalais, égyptiens. En juillet 2012, la chambre régionale des comptes d'Ile de France notait dans son rapport que la moitié des séjours d'étrangers dans les hôpitaux de Paris n'étaient pas réglés. L'hôpital public français se trouve, en l'absence d'efficacité ou de volonté de la diplomatie française, dans l'incapacité de recouvrer sa créance. Ainsi, l'Algérie posséderait à elle seule une créance de plusieurs centaines de millions d'euros envers le système de santé français<sup>511</sup>, pesant essentiellement sur les hôpitaux publics. Le fait d'accueillir des patients étrangers dont les Etats ne remboursent pas au service public hospitalier français le coût des soins de leurs ressortissants venus en France pour en bénéficier peut se justifier dans un grand nombre de cas par des motifs humanitaires ou diplomatiques.

Mais à ce titre régalien, ils devraient être pris en charge par l'Etat. De même que pour contribuer à une égalité tarifaire avec le secteur privé, mais que ce dernier ne réclame pas en ce domaine.

---

<sup>510</sup> ASSEMBLEE NATIONALE, Rapport rédigé le 16 janvier 2014 au nom de la commission des Affaires sociales pour la discussion en séance publique du Projet de loi visant à adapter diverses dispositions du droit européen dans le domaine de la santé à la France.

<sup>511</sup> ASSEMBLEE NATIONALE, Compte rendu en Commission des affaires sociales de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale. Audition ouverte à la presse et au public, sur la lutte contre la fraude sociale, de la directrice adjointe de la direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire au ministère des affaires étrangères et européennes, du sous-directeur adjoint des conventions et de l'entraide judiciaire, et du sous-directeur de l'expatriation, de la scolarisation et de l'aide sociale. 18 mai 2011, Séance de 17 heures 30, compte rendu n° 12



### III. L'adaptabilité ou mutabilité, les articles L. 6131-2 et 6141-7.

☒ Les hôpitaux publics obéissent à une diversité et la répartition géographique des établissements qui se sont opérées historiquement souvent sans planification centralisée. Mais, dans un mouvement continu, relayé aujourd'hui par la tutelle de l'Etat, de telle sorte que leurs strates impulsées par la réforme de 1970, assure les besoins de la population de manière géographique, populationnelle et en hiérarchie de soins<sup>512</sup>. Ainsi, « les établissements publics de santé... personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière... soumis au contrôle de l'Etat ont un ressort communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national<sup>513</sup>. Et « les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux ; ils assurent en outre les soins courants à la population proche. Les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention au titre du chapitre II du présent titre avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires »<sup>514</sup>.

☒ Les Communautés hospitalières de territoire<sup>515</sup> présentent les signes de cette mutabilité. Selon les articles L. 6141-7-1 et L. 6131-2, seuls les hôpitaux publics peuvent être transformés, fusionnés ou placés en position de coopération, communauté hospitalière de territoire dans des conditions fixées par le directeur général de l'agence régionale de santé. Seul le service hospitalier public hospitalier présente cette caractéristique de mutabilité imposée. Si selon l'article CSP L.6132-1, les établissements publics « peuvent » conclure une convention de CHT, les articles 6131-1 et 6131-3 autorisent le directeur général de l'ARS à leur « demander » de conclure la convention et ajoutent que si la demande n'est pas suivie d'effet, il peut prendre les mesures appropriées notamment une diminution des dotations de

---

<sup>512</sup> Les établissements publics de santé en 2011: 29 Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires, 54 en dépendant, 3 CHR, 516 Centres Hospitaliers, 88 Centres Hospitaliers Spécialisés et 277 Centres Hospitaliers «ex-hôpitaux locaux» soit un total de 967 entités de taille très différentes, couvrant densément le territoire. [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

<sup>513</sup> Article L6141-1 CSP modifié par l'ordonnance de coordination du 25 mars 2010 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

<sup>514</sup> Article L6141-2 CSP modifié par la loi HPST du 21 juillet 2009.

<sup>515</sup> DREES, *Le panorama des établissements de santé, édition 2012*, ouvrage collectif, p.146, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

financement<sup>516</sup>. Au 30 juin 2010, étaient recensées 200 communautés hospitalières de territoire<sup>517</sup>, créant des structures souvent impulsées par les ARS et donc d'une pertinence très variable, d'autant que ces groupements ne peuvent posséder de personnalité morale.

Par-delà ces servitudes de droit, se greffent des servitudes de fait.

## Section 2 Les servitudes de fait de l'établissement public de santé.

### § 1 Les missions optionnelles de service public.

#### *A- Les quatorze missions de service public.*

Les missions de service public en santé ne sont souvent pas compensées en valeur.

▫ Services d'urgence déficitaires. 75% de 670 de ces entités relevant du secteur public pour 83% des passages en 2010. 106 SAMU/106 et 500 SMUR/670 relèvent du secteur public. La relative déficience de permanence des soins ambulatoires des médecins libéraux, leur liberté d'installation, dépassements d'honoraires, refus de soins, chargent des services d'urgences de service public, mal adaptés à 80% des patients.

▫ Rémunération des étudiants en médecine<sup>518</sup> et fonctionnement d'internats en médecine d'hébergement et restauration gratuits.

▫ Mi-temps d'enseignement et de recherche des médecins hospitalo-universitaires.

▫ Le coût de la recherche clinique et des essais thérapeutiques<sup>519</sup> souvent peu isolable des dépenses considérées comme des coûts des soins. Une compensation au titre de Missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation (MERRI) intervient aléatoirement

---

<sup>516</sup> TRUCHET (D.), *Le contrat dans la loi HPST*, In : CORMIER (M), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, page 147.

<sup>517</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au 30 juin 2010*, ([www.snante.gouv.fr](http://www.snante.gouv.fr)) : « Sur 347 GCS : 173 sont des GCS de droit public, 174 sont des GCS de droit privé ». Mais ce bilan annuel n'a pas été reproduit depuis 2010. Par ailleurs il se considère lui-même comme incomplet. Enfin, il n'intègre pas les conventions informelles, les conventions formelles simples, les réseaux, les communautés hospitalières de territoire. La réalité doit devrait se situer à un multiple de ces chiffres.

<sup>518</sup> Un hôpital comme le Centre hospitalier régional et universitaire de Montpellier forme 493 étudiants en médecine (de 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année), 169 étudiants en pharmacie, 182 étudiants en odontologie.

<sup>519</sup> Un hôpital comme le Centre hospitalier régional et universitaire de Montpellier mène des recherches cliniques par six projets européens et 877 études en cours.

pour seulement 12% en moyenne du budget des CHU, moins dans les centres de lutte contre le cancer et dans quelques Centres hospitaliers importants (de l'ordre de 6%).

☐ Subventions d'équilibre aux budgets des écoles de formation para médicales gérées<sup>520</sup>.

☒ Les soins aux détenus. La mission de soins aux personnes incarcérées s'entend de façon globale, c'est-à-dire incluant les soins somatiques, et psychiatriques<sup>521</sup>, dans leur triple dimension préventive, diagnostique et curative. Elle s'exerce à la fois dans l'hôpital où l'accueil des détenu(e) nécessitant des examens spécialisés ou des hospitalisations doit être assuré, mais également *in situ*, en milieu pénitentiaire, où une organisation spécifique des soins doit être prévue<sup>522</sup>. Ils sont le fait exclusif des hôpitaux publics<sup>523</sup> qui assurent la totalité des missions de service public de « soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret »<sup>524</sup>. Les soins en milieu pénitentiaire impliquent la création par le service public hospitalier d'UCSA (Unité de consultation et de soins ambulatoires) et d'assumer leur coût de fonctionnement comportant l'affectation d'un temps de médecin et de plusieurs personnels soignants. Tandis que les soins en milieu hospitalier impliquent des lits réservés dans des chambres de sûreté pour détenus avec des locaux pour forces de l'ordre. Ces coûts et organisations ne peuvent être facturés en tarification classique mais obéissent à des conventionnements de dédommagement partiels de plus aléatoires car fonction des décisions parlementaires et gouvernementales. Ainsi, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale 2012 pour 2013, relatif au financement de la prise en charge des soins aux détenus, a ensuite été pour révision, « gelé » par le gouvernement. Eu égard à la complexité d'application de cet article, selon les pouvoirs publics, des travaux devaient être menés sur la question avant éventuellement, de pouvoir l'appliquer. Cependant cette prise en charge n'est pas reprise dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013 pour 2014, lésant ainsi les établissements publics d'une compensation dont la justification était établie jusque dans la loi.

---

<sup>520</sup> Un hôpital comme le Centre hospitalier régional et universitaire de Montpellier accueille dix écoles et instituts de formation initiale d'infirmier(e), sage-femme, infirmier(e) de bloc opératoire, infirmier(e) anesthésiste, puéricultrice, aide-soignant, manipulateur en électroradiologie, ambulancier, préparateur en pharmacie, cadre de santé.

<sup>521</sup> Article L. 3214-1CSP.

<sup>522</sup> DUPONT (M.), BERGOIGNAN-ESPER (C.), PAIRE (C.), *Droit hospitalier*, 8<sup>e</sup> édition 2011, Editions Dalloz, page 249.

<sup>523</sup> Art. L.6141-5 CSP.

<sup>524</sup> Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 1<sup>ER</sup>, IV, 12°, et article L. 6112-1, 12° du CSP.

α A la fin de l'année 1982, comblant par cette spoliation le déficit de l'assurance maladie, la ministre de la santé impose par arrêté le non-versement à l'ensemble des établissements publics de santé du dernier douzième annuel de versement mensuel de dotation globale. Les EPS perdent ainsi en fin d'exercice toute possibilité d'équilibre budgétaire et sont amputés de ce montant de recettes.<sup>525</sup>

α Les lenteurs de paiement de l'Etat (Aide médicale d'Etat), des collectivités départementales (aide sociale notamment aux personnes âgées), des caisses d'assurance maladie, leur absence d'acompte, leur calendrier règlementaire de paiements en fin de mois et en début de mois suivant) pèsent plus spécifiquement sur le service public. Cette situation, dans laquelle l'hôpital hésite généralement à mettre en action des voies judiciaires, génère une gestion de trésorerie tendue et des frais d'agios d'avances bancaires notamment au moment des paiements de charges salariales portant sur le principal poste de dépenses.

### ***B- Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation : les MIGAC.***

La contractualisation avec la puissance publique par nature inégalitaire. La jurisprudence définit les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>526</sup> comme des contrats administratifs, même lorsque conclus avec des établissements privés commerciaux<sup>527</sup>. Entre personnes publiques, les critères matériels de clause exorbitante du droit commun ou de participation à l'exécution d'une laïcité, impliquent en outre que leur régime est celui des contrats administratifs<sup>528</sup>. Il s'agit de « contrats d'orientation », « habillages de la manifestation unilatérale de la puissance publique », « susceptibles d'être modifiés unilatéralement<sup>529</sup> ».

---

<sup>525</sup> Vécu de l'auteur, nommé en 1982 à la tête d'un centre hospitalier.

<sup>526</sup> Art. L. 6114-1 à 4 CSP.

<sup>527</sup> TA Lille 24 janvier 2006, clinique Saint-Roch : req. n° 05-03-649,

CE 21 décembre 2007, clinique Saint-Roch, *Rec.*, p. 1086 ; *AJDA*, 2008 p.1893, note H. Rihal,

<sup>528</sup> TRUCHET (D.), *Le contrat dans la loi HPST*, In : CORMIER (M), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, Passim et page 152.

<sup>529</sup> TRUCHET (D.), *Ibid.* pp. 138, 144, 149.

En 2013, le montant des crédits venant compenser les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ont été abondés par arrêtés des 28 mars et 10 octobre<sup>530</sup>, générant des paiements effectifs aux « co-contractants » de l'Etat en milieu et fin d'année pour des réalisations déjà effectuées en grande partie. Ce qui met à mal le principe des dépenses conditionnées par les recettes dans la tarification à l'activité. En 2012, 400 millions d'Euros de MIGAC attendus pendant toute cette année essentiellement par les établissements publics ne seront finalement pas versés à leurs destinataires. Economiquement et même politiquement, ils constituent pour le gouvernement une variable d'ajustement financière des dépenses de santé.

Ils participent du principe de mutabilité des missions de service public, à supposer que leur caractère discrétionnaire puisse être rattachés aux besoins de l'intérêt général. Ils se caractérisent par l'incertitude résultant des paiements aléatoires, fractionnés, de montant résultant du fait du prince, toujours tardifs.

Aussi les indemnités de dépenses résultant des missions de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, qu'elles soient fléchées en contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou en aides d'Etat congrues et plus largement de plans de santé publique nationaux et régionaux, plan cancer ou autres ou d'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), constituent à notre sens des ajouts permanents et objectifs aux quatorze missions de base de service public. Citons pour exemples de MIGAC<sup>531</sup>, les équipes hospitalières de liaison et consultations hospitalières en addictologie, équipes mobiles de gériatrie, consultations « mémoire », prise en charge de la douleur chronique rebelle, consultations de génétique, nutrition parentérale à domicile, centres périnataux de proximité, représentent des formes décentralisées et évolutives d'application-extension des missions de service public du Code de la santé publique. En mars 2012, les financements relatifs à quatre missions d'intérêt général MIG (Permanence des Soins, Centres Périnataux de Proximité, Centres de Diagnostic Anonyme et Gratuit et Actions de prévention et d'Education Thérapeutique) ont été transférés vers le Fonds d'Intervention Régional (FIR). Auparavant en

---

<sup>530</sup> Arrêté du 10 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 28 mars 2013 fixant pour l'année 2013 les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, NOR : AFSH1325509A, JORF n°0247 du 23 octobre 2013 page 17330.

<sup>531</sup> ARS LANGUEDOC ROUSSILLON, [www.ars.languedocroussillon.santefr](http://www.ars.languedocroussillon.santefr) *Fiches action de MIG 2011*.

produits Assurance Maladie, ces MIG sont donc devenues des subventions.<sup>532</sup> Autres exemples rencontrés au centre hospitalier dont l'auteur est membre du Conseil de surveillance : le dépistage de surdité des nouveau-nés, le fonctionnement d'établissement en multi-sites, la contribution à la création de postes d'internes, la permanence des soins en établissement de santé, la lutte contre les événements indésirables.

Les compensations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dans les produits hospitaliers publics représentaient en 2012, en moyenne nationale, 11,5% des recettes hospitalières<sup>533</sup>, soit un niveau sensiblement inférieur au coût d'une part de l'ensemble des missions d'intérêt général qu'ils remplissent et d'autre part à celui des actions prescrites contractuellement par les ARS.

## § 2 Les missions de l'intérêt général institutionnel.

### *A- Missions d'appartenance à la sphère publique.*

☒ Offrir administrativement ou réglementairement autour d'un service d'urgence, la gamme de soins la plus large possible quand on est hôpital de proximité, ce qui est le cas de la plupart des hôpitaux publics (même dans le cas intrinsèque de la santé mentale), alors que la spécialisation est source de profit financier<sup>534</sup>.

☒ Offrir des services très diversifiés. Ainsi par exemple, des patients dans un état végétatif chronique ou un état pauci-relationnel, ou dit de conscience minimale<sup>535</sup>. 1072 lits

---

<sup>532</sup> FHF, Enquête situation financière des hôpitaux 2012, publiée le 21 octobre 2013, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

<sup>533</sup> FHF, Ibid., 15% des recettes provenant de l'assurance maladie, elles-mêmes constituant 77,6 % des recettes hospitalières des hôpitaux publics en moyenne nationale pour 2012.

Les recettes des hôpitaux sont constituées à 77,6% par des produits provenant de l'assurance maladie, à 8,2% par les autres produits de l'activité hospitalière, et à 14,1% pour le reste.

Les produits provenant de l'assurance maladie correspondent pour 52% d'entre eux aux séjours, pour 20% aux dotations annuelles de fonctionnement (produits hors T2A : santé mentale, soins de suite et de réadaptation...), pour 15% aux MIGAC, 6% aux consultations externes, 4% aux molécules onéreuses, 1% aux dispositifs médicaux.

<sup>534</sup> DREES, *Le panorama des établissements de santé*, édition 2012, ouvrage collectif, p. 32, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr)

<sup>535</sup> Nous avons formé les bases d'une unité maintenant réalisée de Soins de suite et de réadaptation de ce type au Groupe hospitalier Sud-Réunion pour les troubles neurodégénératifs liés au vieillissement, les traumatismes crâniens et les accidents vasculaires cérébraux, notamment en aval du service de neuro réanimation.

spécialement sont consacrés à ces patients dans les hôpitaux au sein de 131 unités de moins de 10 lits d'accueil au long cours, au taux d'occupation de 100%. 93% d'entre elles sont accolées à des services de soins de suite et de réadaptation dans les hôpitaux. Les autres sont installées dans des maisons d'accueil liées à des établissements hospitaliers pour personnes âgées et dépendantes.<sup>536</sup>

☒ Accueils des situations d'interruption d'accueil des établissements de statut commercial dont les agents ne peuvent être réquisitionnés ou assignés lors de leurs mouvements de grève. Ou accueil impromptu par exemple en mars 2014 d'élèves infirmières en contrat de stage de formation dans des établissements privés à but lucratif<sup>537</sup>.

☒ Stricte conformité aux schémas régionaux à l'opposé de la seule conformité non directive et non opposable appliquée à la médecine ambulatoire.

☒ Chambres mortuaires : Les chambres mortuaires entraînent des coûts importants de locaux souvent récents et bien équipés<sup>538</sup>, d'affectation de personnels de plus en plus qualifiés généralement issus de la filière soignante en lien avec les opérations de la prise en charge mortuaire. Seuls les établissements de santé totalisant plus de 200 décès dans l'établissement par an<sup>539</sup> ont l'obligation de disposer d'une chambre mortuaire.

Aussi, les cliniques privées, du fait de leur taille, de la moindre gravité moyenne de leurs patients et de la nature de leurs disciplines de soins ne présentent que rarement des chambres mortuaires fonctionnalisées. Or le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire d'un établissement de santé public ou privé du corps d'une personne qui y est décédée sont gratuits pendant les trois premiers jours suivant le décès<sup>540</sup>. Si l'établissement ne dispose pas d'une

---

<sup>536</sup> LE MONDE, [www.Lemonde.fr](http://www.Lemonde.fr), 14/2/2014, selon [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>537</sup> FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), *Missions Santé*, magazine) édité par la FHP tous les trimestres et consacré à l'actualité des établissements de santé privés de statut commercial, 1<sup>er</sup> mars 2014 : « Contrainte de démontrer son rôle incontournable, l'Hospitalisation privée engage... la suspension de la formation des infirmiers par celle de leurs stages [de 3<sup>e</sup> année] à compter du 1<sup>er</sup> mars 2014 pour une durée indéterminée ». <http://www.fhp.fr/1-fhp/6-informations-services/270-missionsante>. Cette démarche anti sociale de l'hospitalisation à but lucratif avait cessé le 12 mars suivant, mais les EPS avaient déjà définitivement accueilli les 400 élèves sur lesquels portaient ce chantage peu humain à visée de stratégie financière.

<sup>538</sup> Arrêté du 7 mai 2001 relatif à leurs prescriptions techniques.

<sup>539</sup> Art. L. 6115-5 CSP et Art. R. 2223-90 du code général des collectivités territoriales.

<sup>540</sup> Art. R. 2223-89 du code général des collectivités territoriales

chambre mortuaire, les frais de transport en chambre funéraire et ces trois premiers jours deviennent à sa charge<sup>541</sup>. En outre, un grand nombre d'établissements publics ne facturent pas le dépôt et le séjour des corps au-delà du troisième jour, pour des raisons humaines et de non assimilation de leur activité à celle d'entreprises funéraires, alors même que le directeur de l'EPS peut en fixer le tarif<sup>542</sup>. Enfin, ces chambres mortuaires servent souvent et de manière non compensée par le ministère de la justice, de centres médico légaux pour des autopsies diagnostiques ou de recherche et à des autopsies, prélèvements, conservations de corps et de pièces biologiques au bénéfice des enquêtes de police et d'instruction judiciaire.

⌘ Examinons le rôle particulier des établissements publics dans la prévision, la préparation, les exercices, l'opérationnalité des plans blancs. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose que tout établissement de santé, public ou privé, est dans l'obligation d'élaborer un plan blanc lui «permettant de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature pour faire face à une situation d'urgence sanitaire, et que tout département élabore un plan blanc élargi. Par ailleurs des établissements de santé de référence sont désignés dans chaque zone de défense<sup>543</sup>. Ce sont des établissements publics dans la très grande majorité des cas, disposant d'une permanence d'accueil et de prise en charge de qualité, d'un plateau technique complet, d'un volume de lits important et d'installations spécifique d'accueil complémentaire. De plus, dans un établissement public de santé, tout patient doit se voir assurer un égal accès à des soins de qualité<sup>544</sup>. Enfin, la plupart des établissements publics de santé sont appelés à assurer les missions de service public de permanence des soins et d'aide médicale urgente.<sup>545</sup>

Chaque établissement de santé<sup>546</sup>, public ou privé est doté d'un dispositif de crise dénommé plan blanc d'établissement, qui lui enjoint de mobiliser immédiatement les moyens de toute nature dont il dispose en cas d'afflux de patients ou de victimes ou pour faire face à une

---

<sup>541</sup> Ibid. Art. R. 2223-79

<sup>542</sup> Ibid. Art. R. 2223-94

<sup>543</sup> Circulaire N°DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis.

<sup>544</sup> L. 6112-3-1 CSP

<sup>545</sup> L. 6112-3 CSP ;

<sup>546</sup> L. 3131-7 CSP.



situation sanitaire exceptionnelle<sup>547</sup>. Mais la locution « moyens de toute nature dont il dispose » va de fait exonérer la plupart des établissements privés d'une participation autre que secondaire ou d'appui aux afflux massifs de blessés ou de victimes. Ainsi de la prise en charge des victimes de la canicule à l'été 2003 ou de l'incendie du centre de rétention de Vincennes en 2008 ou de celle des victimes de l'accident ferroviaire de Brétigny sur Orge du 12 juillet 2013. De manière plus inaperçue cela peut concerner des épisodes d'affections saisonnières comme de bronchiolite provoquant une sur fréquentation des services de pédiatrie quasi exclusivement situés dans les hôpitaux publics. Il peut s'agir d'épisodes épidémiques, comme celui du Chikungunia à la Réunion essentiellement au début de 2006, quasi exclusivement pris en charge par le service public au travers de moyens très importants décrit dans le document en annexe 1<sup>548</sup>.

▫ Autre mission naturelle mais lourde et coûteuse celle, générale, de régulation sociale (errance, détresses)<sup>549</sup> et d'aide à l'ordre public (aval des missions des forces de l'ordre) : l'hôpital public est, hors heures ouvrables c'est-à-dire pendant les deux-tiers du temps, la seule lumière accessible qui brille dans la cité ce qui est aussi une mission d'ordre socio-politique très lourde.

## ***B – Une mission d'ordre politique***

### **I. Participation à la « modernisation » (actualisation) du système de santé.**

L'Etat tente d'infléchir les actions des établissements de santé au travers d'un fonds auquel participent ceux d'entre eux qui souhaitent s'engager dans des actions spécifiques de santé publique. Il s'agit du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

---

<sup>547</sup> L'auteur a installé dans deux hôpitaux successifs, Castres (Tarn) et Sud-Réunion (Ile de la Réunion) des locaux spécifiquement dédiés au tri des patients en cas d'afflux massif de victimes.

<sup>548</sup> GROUPE HOSPITALIER SUD-REUNION, *Mobilisation des moyens du GHSR pour faire face à l'épidémie de Chikungunia*, Mensuel Hôpitaux du sud Actualités, n° 86, mars 2006, Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr); Archives départementales du Tarn, [www.archives.tarn.fr](http://www.archives.tarn.fr). Ce mensuel, diffusé individuellement chaque mois à chacun des 3500 collaborateurs, est reproduit en annexe. Il décrit les niveaux successifs de prises en charge d'une lourde crise sanitaire, du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 15 mars 2006.

<sup>549</sup> Cette mission pourrait être partiellement considérée comme un vestige du rôle d'ordre public des hôpitaux généraux apparus au XVII<sup>e</sup> siècle et mentionnés dans notre introduction générale. Il s'agit cependant d'un reliquat de nature différente, l'hôpital de service public de soins ayant une priorité soignante, corollairement sociale et sociologique mais non pas d'enfermement.

(FIMHO)<sup>550</sup>. Il pourra s'agir de différents accompagnements d'intérêt général du système de santé, bien étrangers d'une « modernisation » des établissements de santé. Vérifions qu'elles sont proches des quatorze missions de service public de la loi HPST et éventuellement qu'elles favorisent l'application des garanties de service public.

a) Développement d'actions thérapeutiques prioritaires

Ainsi du plan Alzheimer. Aussi de la prise en charge de la douleur, du tutorat psychiatrique, des soins sans consentement qui rejoignent les missions de service public.

b) Mesures de « modernisation sociale » des établissements.

Soit d'évolution des pratiques hospitalières, de promotion professionnelle, de sécurité en psychiatrie, d'accompagnement social, d'amélioration des conditions de travail, de primes de déménagement, de gestion prévisionnelle des effectifs, des métiers et des compétences. De même d'indemnité de départ volontaire, de prime de mobilité, de remboursement action de conversion, de remboursement différentiel de rémunération, de renforcement de la sécurité en radiothérapie.

c) Mesures de modernisation de gestion.

Ainsi du développement des systèmes d'information, des coûts à méthodologie commune (ENCC) du champ des soins de suite et réadaptation, de la gestion informatisée pour les risques associés aux soins, d'investissement en système d'information, de système d'information des infections ostéo-articulaires, du système d'information soins de suite et de réadaptation, de projets de coopération entre établissements santé.

d) Investissement immobilier.

Soit d'investissement dans les systèmes d'information, du plan régional d'investissement santé mentale, des Unités d'Hospitalisation spécialisée aménagée, d'Unités de malades difficiles, des Urgences SAMU. Qu'en est-il de la participation du service public hospitalier à ces actions gouvernementales de « modernisation » ? Selon la Caisse des dépôts et

---

<sup>550</sup> Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés modifié.

consignations<sup>551</sup>, 84% des crédits alloués l'ont été sur demande des établissements publics de santé. Notons qu'il ne s'agit pas d'actions obligatoires.

Ces actions ne se situent que partiellement sur le plan des garanties et missions de service public. Ne s'agit-il pas d'extensions de fait du service public hospitalier des EPS, en conjugaison de leur volonté naturelle, de leur tradition de structuration de l'optimum de leur qualité. Et surtout d'une action du gouvernement relayée par ses acteurs les plus réceptifs, les hôpitaux publics ?

## II. Une mission diffuse d'équilibre socio-politique.

L'influence des communes reste importante et cela se justifie par le rôle et le poids sanitaire de l'hôpital, ainsi que par son poids économique qui est facteur de bien être pour une population. Mais la fréquente persistance du maire de la commune à la présidence du conseil de surveillance peut se traduire par son relai des intérêts des établissements commerciaux, que le Maire se doit de pérenniser. Cette présence peut se traduire aussi par un militantisme de maintien d'établissements hospitaliers pour une contribution à la vie économique et de l'emploi local. Plus largement, la composition du conseil de surveillance contribue à l'expression d'intérêts politiques ou de celui d'autres collectivités publiques. La contrainte peut-être parfois plus « politicienne » et servir d'autres intérêts que celui de l'hôpital. Le rôle du maire au sein de l'organe délibérant tend à perdurer pour des raisons historiques et psychologiques locales, même s'il tend à décroître du fait de la nécessité de son élection au sein d'un Conseil de surveillance sans moyens propres, aux pouvoirs congrus et composé en majorité par des personnes représentant davantage le tissu social que les intérêts de l'hôpital « surveillé ». L'Etat tend en effet à éloigner l'hôpital de l'influence locale. Il n'en reste pas moins que le rôle du maire, encore parfois député ou sénateur, peut encore représenter une intrusion dans l'intérêt propre de l'hôpital, dans la latitude d'action du directeur et dans les opérations de fusions, regroupements et maintien de services hospitalier.

Enfin, le dirigisme, l'intervention verticale et la pression de l'Etat sur l'institution et sur les personnes qui la conduisent, le statut actuel au terme d'une parallèle évolution récente<sup>552</sup>, de son directeur, nommé, révocable, encadré par l'autorité publique, la tradition de « tutelle »

---

<sup>551</sup> CAISSE DES DEPOTS - Direction des retraites et de la solidarité, *RAPPORT ANNUEL FMESPP 2012, Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés* : « établissements publics 235 975 245 €, 84%, établissements privés 43 638 294 €, 16% », page 23, [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr)

<sup>552</sup> GUIBERT (G), DE MONTALEMBERT (P), VERDIER (F), *Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession*, préface d'Edouard COUTY, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2011.

trouvent dans l'hôpital un moyen d'action juridiquement favorisé, administrativement le plus aisé et son opérateur le plus puissant, souvent le plus apte.

L'abandon récent de la convergence tarifaire<sup>553</sup> entre les établissements de santé publics et privés participe d'une reconnaissance du poids financier de la globalité du service public de l'hôpital et plus globalement, de la singularité qu'il imprime à l'hôpital public.

Cette mission extrapolée d'établissement public administratif ou d'aide publique ou d'aide collective, est d'autant plus lourde qu'elle repose sur le seul secteur public d'hospitalisation, ne totalisant en France, à la différence des autres pays européens, que 75% des lits de soins aigus installés<sup>554</sup>

Est-il finalement souhaitable qu'un acteur sanitaire et aussi à forte incidence politique soit contraint par la sphère publique constituée de l'Etat et de ses différentes administrations, des collectivités territoriales et plus globalement des élus de la République ? Dans une certaine mesure, il importe qu'une organisation publique aussi importante fournisse une variable d'ajustement sociale et politique au sens premier, voire démocratique du terme. La multitude de missions ponctuelles souhaitées de fait ou non assurées de fait par les autorités publiques en raison de leur absence d'opérationnalité, permettent de parfaire le système sanitaire et social. Ainsi par exemple, de l'aide aux victimes de violences sexuelles, de maltraitance aux enfants voire de violences conjugales. Ainsi des expériences de « pôle d'accueil médico-judiciaire d'urgence »<sup>555</sup> en collaboration avec le procureur de la République et en association avec les forces de police et de gendarmerie ainsi que les associations de victime. Le fonctionnement en unité de temps, de lieu et d'action, pouvait concerner plus de cent cas par an. Dans les deux cas, les hôpitaux publics concernés fournissaient sans compensation, le supplément de coût des locaux spécifiques et dédiés tant médicaux, mais aussi judiciaires et sociaux nécessaires, et surtout la permanence 24/7/365 de médecins urgentistes, gynécologues, traumatologues, urologues, psychiatres et de psychologues nécessaires. Dans une autre mesure, on peut se poser la question de savoir pourquoi tant l'Etat au titre de cette

---

<sup>553</sup> MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, *Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013* voté par l'assemblée nationale le 26 octobre 2012 a mis fin au processus de convergence tarifaire (en excluant les EHPAD et USLD) entre les établissements. [www.economie.gouv.fr](http://www.economie.gouv.fr). Présentation par le gouvernement, p. 21 et suivantes.

<sup>554</sup> OCDE, *Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-2009* : part du secteur privé en Allemagne 15%, Espagne 9%, Italie 2%, Royaume-Uni voisin de 0%.

<sup>555</sup> Elaborés par l'auteur à Castres-Mazamet dans le Tarn et dans le Sud de l'île de la Réunion.

mission d'intérêt général sanitaire et sociale que de la protection judiciaire des victimes, que le Conseil général à celui de la Protection maternelle et infantile, n'en avaient dans le deux cas ni pris l'initiative ou la coordination ou la promotion, ni ne « possédaient de budget » pour apporter une participation aux moyens d'une telle action. La contrainte était là de ne pas faire ou de faire sans moyens.

L'Etat dans sa composante gouvernementale peut substituer par pouvoir de tutelle transformé en pouvoir illégal de substitution ou en pression politique *ad hominem*, ses intérêts propres à ceux de l'institution hospitalière ou même de la population. Ainsi en juillet 2013, la « décision » du Ministre de la santé appuyant la volonté électoraliste du Maire de Paris dans le même parti politique de surseoir à la fermeture des urgences de l'Hôtel-Dieu de Paris. Décision connexe de celle du Président de la République de regrouper le transfert des deux hôpitaux parisiens dans le 4<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Décisions s'exonérant des positions de la commission médicale, du conseil de surveillance, de la direction générale des Hôpitaux de Paris, des équipes de soignants préparant cette fermeture et de l'état de pré-fermeture et de relai de cette structure.

## CONCLUSION du Chapitre 1

La permanence historique, éthique, conceptuelle, fonctionnelle, extensive du service public de l'hôpital possède de la sorte une constante structurelle très forte expliquant la « singularité de l'hôpital, tant institution qu'organisation de l'histoire contemporaine de la santé »<sup>556</sup>.

L'ensemble de ses permanences et de ses mutations se place dans une constante recherche et préservation d'une morale c'est-à-dire de l'éthique de service public hospitalier. « C'est un sacerdoce de travailler aujourd'hui à l'hôpital public, mais aussi le reflet d'une foi surnaturelle dans l'institution hospitalière »<sup>557</sup>. L'auteur de ces lignes l'a ressenti au long de quarante années de vécu hospitalier.

Cette permanence de souci d'éthique propre, de recherche de l'intérêt général et d'exploration de l'efficacité médico-économique s'inscrit cependant dans une dynamique de recherche de nouvelles pertinences sociales.

---

<sup>556</sup> CHAUVEAU (S.), « *Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles* », Presses de Sciences Po, Les tribunes de la santé, 2011/4 n° 33, p.81-89.

<sup>557</sup> LE POINT 2136, 22 août 2013, Propos du Professeur Béatrice COCHENER, Chef du service d'ophtalmologie du CHU de Brest, Présidente de l'Académie française d'ophtalmologie.

## CHAPITRE 2 : A LA RECHERCHE DE NOUVELLES PERTINENCES DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Deux mouvements organiques profonds semblent se faire jour durablement au sein du service public hospitalier. Ils sont encore assez partiels. Mais rappelons-le : de faibles modifications en valeur relative dans le système hospitalier représentent de conséquences très importantes en valeur absolue, et induisent de considérables impacts humains.

Car les hôpitaux, établissements autonomes, s'engagent dans de progressives **stratégies de groupe (S1)** ou sont engagés par les ARS à diminuer leur nombre. D'autre part ils s'orientent substantiellement vers **d'autres pertinences<sup>558</sup> (S2)**.

### Section 1 : La stratégie de groupe par la coopération.

Les intérêts sanitaires et managériaux des coopérations sanitaires sont multiples. Elles fournissent une modalité d'amélioration des missions et des garanties de service public hospitalier.

Les coopérations-filières peuvent contribuer à adapter le système hospitalier public aux besoins de la population, à assurer l'accessibilité aux tarifs publics. Les coopérations-efficience par mutualisation de moyens contribuent à garantir la qualité et la sécurité des soins, à améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre, maîtriser les coûts, améliorer les synergies de recherche. Les coopérations-isolément visent à pallier les déséquilibres financiers de l'insuffisance d'activité, de la rareté des moyens humains dans la permanence des soins en établissements ou de la mise en œuvre d'obligations réglementaires nouvelles.

Concrètement, les coopérations contribuent à divers équilibres. Ainsi de la couverture du territoire de santé et l'organisation des soins. En dépit et du fait du très grand nombre des établissements de santé et de la liberté d'installation des professionnels de santé (hors pharmaciens), l'égalité dans l'accès et à la sécurité du traitement restent variables. Et il y a

---

<sup>558</sup> Pertinence, pertinent : nous en utilisons dans cet ouvrage les définitions suivantes : « qui convient exactement à l'objet dont il s'agit », et par extension, « qui dénote du bon sens, de la justesse d'esprit, de la compétence » données par le dictionnaire LE ROBERT, tome 5, page 144, édition de 1976.

interaction réciproque entre l'attractivité d'une structure et celle de son territoire. Ainsi, le SCOT Nîmes- Alès-Bagnols sur Cèze a favorisé la CHT de ces établissements, auxquels se sont ajoutés ceux de Pont Saint Esprit, Uzès, Pontails et Le Vigan.

De même de la raréfaction de moyens humains, et de la permanence des soins. Il importe de constituer un cercle vertueux : effectifs réels-conditions de travail-attractivité-activité-sécurité-normes-permanence des soins en établissements. Ainsi les conventions de territoire du CH de Bretagne-Atlantique (Lorient, Vannes, Ploërmel, Malestroit) avec fiches de postes et bilans programmés, pour un partage de temps médical chirurgical vasculaire avec la clinique Océane, gériatrique de médecin coordinateur, neurologique avec le CH de Ploërmel ; et pour une filière d'aval avec un ESPIC.

Encore, de l'intérêt de pouvoir pallier une nouvelle législation ou la recherche d'économies d'échelle Une nouvelle législation, comme par exemple l'ordonnance du 13/1/2010 relative à la biologie médicale et ses conséquences de médicalisation, de territorialisation et d'accréditation, peut amener à des investissements humains quantitatifs, qualitatifs, de formation, de permanence et d'infrastructures, qu'il peut être plus sage et plus efficient de mutualiser. Ainsi du Laboratoire inter hospitalier des CH de Saintes et de Saint Jean d'Angély, coopérant avec le CH de Royan et l'Etablissement français du sang. Cette réalisation a permis en outre la réalisation in situ de tous les examens, les analyses urgentes de Saintes, une qualité reconnue et accréditée, la maîtrise du coût du B<sup>559</sup>, des missions de vigilance sanitaire, de pérenniser des plateaux techniques et des emplois, ainsi que de forger une culture commune entre hôpitaux. Des économies d'échelle « gisent » classiquement en services généraux ou médico techniques avec leurs majorations de qualité. Ainsi les GCS de stérilisation en Picardie GCS STERHOSPIC et GCS UCS 80. Enfin des enjeux de ressources humaines : unification des statuts des personnels, formations, ergonomie, culture commune.

Cependant, l'opérationnalisation d'une coopération naît trop souvent soit d'une injonction de l'ARS, soit d'une difficulté essentielle d'un des acteurs, soit de la recherche d'un intérêt unilatéral. De tels départs marqués d'une position de faiblesse perturbent l'action commune ou la coopération elle-même. Car une coopération est d'abord une construction humaine. De plus elles peuvent se charger de risques et d'écueils. Ainsi en pilotage du projet, délais dépassés, retours en arrière, périmètre mal prévu ou mal divisé, acteurs mal cernés ou sous informés, réunions mal préparées, épuisement des acteurs. Et en réalisation, mauvaise analyse

---

<sup>559</sup> Unité de valorisation des examens de biologie.

financière, implications juridiques négligées, mixités de statuts individuels. Enfin en projet non collectif, différences culturelles non prises en compte, absence de partage de valeurs communes, climat de confiance non créé voire détruit.

En quoi les **outils (1)** à la disposition du service public hospitalier trouvent-ils au-delà des **résultats, des limites** qui doivent être **dépassées (2)** ?

### § 1 Les outils de la coopération

Les modalités des coopérations en santé ont connu depuis 1970 de nombreuses évolutions et « de nombreux outils juridiques ont été successivement créés par la loi<sup>560</sup> ». Dans la loi HPST, la disparition des « cliniques ouvertes<sup>561</sup> » s'est accompagnée<sup>562</sup> de la possibilité de contractualisation de professionnels de santé libéraux. Et celles des syndicats inter hospitaliers et des communautés d'établissements ont été compensée par l'irruption des communautés hospitalières de territoire, développées plus loin.

Subsistent des coopérations conventionnelles sans personnalité morale, par contrats, conventions, en collaboration informelle ou en convention formelle, dont deux nouvelles formes, les communautés hospitalières et les FMI. Les Fédérations médicales inter hospitalières (FMI)<sup>563</sup> n'ont encore pas trouvé leur application réglementaire. Elles pourraient permettre de rapprocher des activités médicales, de regrouper des pôles, structures internes de centres hospitaliers. Elles seront possibles par décisions directoriales sur avis des CME, des CTE et des responsables de pôles. Des conventions précisent l'association des personnels, leur formation, la désignation du praticien hospitalier coordinateur responsable et de ses assistants.

Subsistent aussi des coopérations organiques créant une personne morale. Soit les associations de la loi de 1901, les réseaux de santé, de télémédecine. Plus rares, les coopératives hospitalières de médecins, groupement d'employeurs, fondations sous la forme d'instituts hospitalo universitaires (IHU), sociétés d'économie mixte locale (SEML), groupements d'intérêt professionnel (GIP) ou groupements d'intérêt économique (GIE). Mais

---

<sup>560</sup> DUPONT (M.), BERGOIGNAN-ESPER (C.), PAIRE (C.), *Droit hospitalier*, 8<sup>e</sup> édition 2011, Editions Dalloz, p. 265.

<sup>561</sup> Ancien article L6146-10 CSP

<sup>562</sup> Articles L6112-4 et 6146-2 CSP

<sup>563</sup> L. 6135-1 CSP



de manière maintenant très usuelle et répandue les GCSM (groupement de coopération sanitaire de moyens), GCSMS (groupement de coopération social et médico-social), GCSES (groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé). Et dans la forme la plus aboutie, la fusion sous la forme d'établissement public intercommunal<sup>564</sup>.

La coopération trouve sa place dans le **domaine sanitaire (A)** et de manière connexe dans le **domaine médico-social (B)**

#### *A- La coopération dans le domaine sanitaire.*

Nous l'examinerons au travers de trois de ses modalités les plus juridiquement significatives pour le service public hospitalier, la Communauté hospitalière de territoire (CHT), le Groupement de coopération sanitaire (GCS) et la coopération d'exercice professionnel.

##### I. La communauté hospitalière de territoire.

La communauté hospitalière de territoire (CHT)<sup>565</sup> va fournir un socle de coopération « de nature purement conventionnelle<sup>566</sup> » sans personnalité morale donc non opératif mais permettant une structuration des échanges de volontés, une convergence des stratégies, la gestion d'activités et d'un patrimoine communs, des transferts et des délégations d'activités.

Après appréciation par l'ARS de sa nécessaire mais simple compatibilité de convention constitutive avec les schémas régionaux, sa création, son fonctionnement, ses évolutions seront libres, pourront concerner toute activité, y compris une mission de service public. Seulement les EPS peuvent conclure une convention de CHT. Et une seule. Coopération conventionnelle, la CHT dépasse en importance sanitaire les anciennes communautés d'établissement, ou les conventions de gré à gré. Elle situe opérationnellement en deçà des ex-syndicats inter hospitaliers de pratique très lourde. Mais sa fonctionnalité se place au-delà lorsque fréquemment impulsée ou soutenue par l'ARS, et quand souvent associée à un GCS de moyens. La CHT peut former la base d'un GCS érigé en établissement de soins (GCSES), qui prélude en principe à une fusion, afin de mettre en œuvre une stratégie et un patrimoine

---

<sup>564</sup> Signe du mouvement de concentration des hôpitaux publics et de leur mutabilité, nous avons, de 1996 à 2006, eu l'opportunité de conduire trois opérations de fusion de ce type, ramenant onze entités à trois.

<sup>565</sup> Loi n° 2009-879 dite HPST du 21 juillet 2009, dans son article 22-1 modifié par les ordonnances n°2010-177 du 23 février 2010 et n° 2010-638 du 10 juin 2010, codifié par l'article CSP L. 6132.

<sup>566</sup> COUTY (E.), de PINGON (J.), *Les coopérations : une logique de forte restructuration*, La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, 2009, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, p.67.

commun, gérer de concert certaines fonctions et activités. Cependant, d'autres acteurs, comme les ESSMS, sans en être membres peuvent indirectement participer à la CHT, par l'intermédiaire d'un GCS, ou par association à la réalisation des missions de service public. Le « territoire » de la CHT, spécifique, n'est ni continu, ni lié au territoire de santé. L'adhésion à une CHT est en principe libre, s'opère sur décision du directeur des EPS, ou proposition du président du conseil de surveillance ou de l'ARS. La CHT est préparée par le directeur et le président de la CME sur information du CTE. Elle est soumise à l'avis ou la délibération du Conseil de surveillance, à l'approbation du DGARS qui peut demander des modifications pour compatibilité notamment avec le SROS.

La convention de CHT définit un projet médical commun, et une mutualisation des ressources humaines, des systèmes d'information, et des investissements immobiliers. Sont mis en cohérence le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le plan global de financement pluriannuel (PGFP), le projet d'établissement de chacun des différents EPS. La mise en œuvre de la CHT est opérée par transferts d'activité ou délégations de compétence. Elle a pour support des cessions ou échanges à l'amiable de biens, sans frais, ou mis à disposition à titre gratuit. Elle est gérée par une commission de communauté composée des trios constitués des directeurs, présidents du conseil de surveillance et de CME de chaque EPS et actionnée par transferts d'emplois, ou par mises à disposition de personnels intégrables sous 3 ans.

Remarquons là encore que les personnels y sont considérés comme des variables d'exécution en aval des décisions institutionnelles. Les enjeux et logiques de la gestion des ressources humaines à l'échelle des coopérations hospitalières peinent ainsi à se définir en propre. Souvent, les systèmes s'institutionnalisent de manière verticale par décisions politique et administrative, et se mettent en place de manière exécutoire par les acteurs de terrain sur lesquels pèse une obligation immédiate et contingente.

Mais ce type d'approche s'essouffle aujourd'hui. Gérer les coopérations par l'humain, et pour les hommes, se doit de devenir progressivement un état d'esprit. Comme celui de la gestion de la qualité, par exemple. Et les pôles d'activité fournissent le cadre idéal de la stratégie de projets de coopération en filières de soins et réseaux de santé, élaborés à destination des patients, par les communautés hospitalières associant leurs agents et les usagers.

## II. Le groupement de coopération sanitaire de moyens

La loi HPST clarifie le régime des GCS de moyens et crée le GCSM érigé en établissement de santé. Peuvent constituer un GCS, les établissements de santé, les établissements médico sociaux, certains professionnels de santé ou organismes sur décision de l'ARS. Leur objet peut concerner par convention, toutes les activités relevant de leurs membres, et s'opérer par mutualisation de moyens, de ressources et d'activités. Il peut s'adresser aussi à la gestion et la détention d'une autorisation de PUI (pharmacie à usage intérieur), de laboratoire de biologie, d'équipement lourd et à la mise en œuvre d'un réseau de santé. Au 30.6.2010, le ministère de la santé<sup>567</sup> comptait 347 GCS dont 50% de statut public. Ils portaient sur 79 prestations médicales croisées, 75 gestions de plateau technique, 66 utilisations d'équipements médicaux, 58 gestions de supports logistiques, 49 gestions de pharmacies à usage intérieur, 38 de gestion informatique, 32 d'administration, 27 de permanence de soins, 26 d'investissements immobiliers, 11 d'enseignement, 10 de recherche, 6 de biologie médicale. Le GCS constitue ainsi un « outil d'intégration et de restructuration profonde de l'offre de soins hospitalière<sup>568</sup> » publique, privée ou publique-privée.

Le statut du GCS lié à la nature juridique des membres et à leurs contributions est généralement de droit public. Il prévoit une assemblée générale et un comité. Il reçoit des crédits de Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de MIGAC en contrepartie d'un CPOM, perçoit des apports de ses membres et ses recettes propres.

Le GCS peut revêtir aussi deux formes particulières :

▫ Le Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) est un groupement de coopération de moyens créé par la loi du 2/1/2002, à l'image du GCS ; « souple et adapté s'il est soutenu par un projet commun et précisément défini<sup>569</sup> », il sera utilisé lorsque la mutualisation des moyens concernant des partenaires ou des activités sociales ou médico-sociales.

---

<sup>567</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire. Bilan au 30 juin 2010*. Ce recensement n'est plus réactualisé.

<sup>568</sup> CORMIER (M.), *La réforme de la coopération inter hospitalière : rupture ou continuité ?* In La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, 2009, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, p.67.

<sup>569</sup> ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), *Les coopérations dans le secteur médico-social*, 2011, p.19, [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

⌘ Le Groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé, privé ou public se confond avec les autres établissements de santé dès lors qu'il détient une ou plusieurs autorisations d'activités de soins. Celle d'une PUI ou d'une autorisation d'équipement lourd ne suffit pas. Il peut être le prélude ou l'alternative à une fusion d'EPS, mais peut-être pas « un instrument de nationalisation ou de privatisation de l'offre de soins hospitalière<sup>570</sup> ».

Que les coopérations soient de type filière sur un territoire, ou d'efficience par mutualisation, ou pour isolement, pour recherche de masse critique, elles visent directement ou indirectement de meilleures couverture du territoire de santé ou permanence des soins en établissements ou bien des économies d'échelle ou à obéir à une nouvelle législation. Mais aussi à pallier une raréfaction de moyens humains.

### III. Des coopérations d'exercice professionnel.

Les rapports Berland<sup>571</sup> ont ouvert la possibilité d'expérimentations de transfert des tâches pour la prise en charge des malades chroniques et la libération de temps médical par dérogations au monopole d'exercice de la médecine<sup>572</sup> en autorisant des soins médicaux à des infirmières expertes en hémodialyse, hépatite C, urologie, éducation thérapeutique et avec des manipulateurs d'électro radiologie, orthoptistes, diététiciens pour diabète de type 2. Puis la législation HPST et son bien connu article 51<sup>573</sup> a disposé que les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activité ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention, dans la limite de leurs connaissances, de leur expérience, et de protocoles de la HAS en fonction de leur efficacité clinique, de leur qualité, de la maîtrise des risques et du suivi de résultats. La loi Fourcade<sup>574</sup> a permis d'associer en outre les techniciens de laboratoire, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture et les préparateurs en pharmacie. Même si le dispositif reste lourd à mettre en place et que les rémunérations

---

<sup>570</sup> CORMIER (M.), *Ibid.*

<sup>571</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 2 février 2011, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>572</sup> Loi du 30 novembre 1892 et article L. 4161-1 CSP.

<sup>573</sup> L. 4011-1 s CSP. Arrêtés des 31 décembre 2009, 21 juillet 2010, 28 mars 2012, codifiés D. 4011-1 et 2 CSP.

<sup>574</sup> Loi « Fourcade » n° 2011-940 du 10 août 2011, article 60, JORF du 11 août 2011.

libérales et les grilles statutaires des délégués ne sont pas fixés, de nombreuses formations et initiatives, essentiellement hospitalières éclosent, principalement en CHU. Ces dispositions contribuent ainsi à « répondre pour partie aux difficultés liées à la démographie médicale tout en améliorant le parcours du soin au patient et en renforçant l’attractivité des professions de santé<sup>575</sup> ».

Son développement, acceptation et essor vont être conditionnés par l’éventuelle mise en œuvre de formations préparatoires et d’habilitations validantes, et aussi par un exercice qui s’accompagne de signes statutaires et d’une adaptation des rémunérations.

### ***B- La coopération des établissements médico sociaux<sup>576</sup>.***

Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l’accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux médico sociaux coordonnés, les ESSMS peuvent conclure des conventions entre eux et avec des établissements de santé<sup>577</sup>. Mais aussi créer des Groupements d’intérêt économique et des Groupements d’intérêt public afin d’exercer ensemble des activités d’action médico sociale ou pour créer, gérer des équipements ou services d’intérêt commun dont des systèmes d’information, faciliter l’amélioration de l’évaluation externe, proposer des activités de formation des personnels. Ou encore créer des groupements de coopération sociale ou médicosociale<sup>578</sup>. Et nous étudierons les remarquables possibilités de ces structures, sans doute plus riches de possibilités que celles issues de la législation sanitaire. Les GCSSMS peuvent en effet *assurer* les missions visées au paragraphe précédent, qui s’apparentent à certaines des missions de service public des établissements de santé. Aussi permettre les interventions communes de professionnels des secteurs sociaux, médico sociaux, sanitaires, du GCSSMS, ou associés par convention. Encore exercer *directement* les missions et

---

<sup>575</sup> LAUDE (A.), BONNET (M.), *Coopération entre professionnels de santé*, In : La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, 2009, Rennes, Presses de l’Ecole des hautes études en santé publique, p.155.

<sup>576</sup> ANAP, Ibid.

<sup>577</sup> Pour illustration, la CHT Alsace Santé associant des établissements qui ont des activités MCO, psychiatriques et médicosociales conduisant à l’élaboration d’une filière gériatrique articulée autour d’une antenne de l’équipe mobile de gériatrie de Colmar.

<sup>578</sup> BERGOIGNAN-ESPER (C.), *Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social ou médicosocial : le groupement de coopération social ou médicosocial*, RDSS 2006.909.

*Le GCSMS : groupement de coopération social ou médicosocial*, Dossier, Actualités JuriSanté n°64, janvier 2009.

prestations des établissements et services SMS<sup>579</sup> et assurer directement à la demande d'un ou plusieurs de ses membres l'exploitation d'une autorisation après accord de l'autorité. Etre même chargé de procéder à une fusion ou à un regroupement, de créer des réseaux médico sociaux avec des professionnels des secteurs médico sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ou associés par convention. Etre jusqu'à chargé des activités d'une pharmacie à usage interne. Plus loin, procéder à des regroupements ou à des fusions. Les établissements de santé peuvent adhérer à l'une des formules ci-dessus, et réciproquement, les ESSMS peuvent conclure avec les établissements de santé des conventions de coopération. L'ensemble de ces récentes dispositions de coopération et regroupement, issues de la loi et du décret du 29 décembre 2010, pourraient permettre la pleine application du concept de continuité entre prévention, soins de premier et second recours, et action médicosociale établi par la loi dite HPST du 21 juillet 2009. A noter enfin que les établissements médico-sociaux peuvent participer aux expérimentations de parcours de soins<sup>580</sup>. Les ESMS, outre aux réseaux, peuvent s'associer aux formes naissantes pluri professionnelles de coordination du premier recours. D'une part en exercice uniquement salarié, les centres de santé, en exercice libéral, les SISA (Sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires et les maisons de santé. D'autre part en exercice pluriel, les pôles de santé pouvant assurer grâce à des professionnels, maisons, centres, réseaux, établissements de santé, GCS, établissements et services médico sociaux, GCSMS, des soins de 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> recours, prévention, promotion de la santé et de la sécurité sanitaire en fonction du schéma régional.

## **§ 2- Résultats, limites et dépassements.**

### ***A- Bilan juridique et sanitaire des regroupements, des GCS et des fusions.***

#### **I. Un renouveau de service public ?**

La loi dite HPST a ouvert les stratégies de groupe à la trajectoire managériale de l'hôpital public. Elle a permis d'autre part a permis aux ARS de demander ou d'imposer aux

---

<sup>579</sup> Pour illustration, le groupement d'employeurs Sud- Finistère qui gère en commun certains personnels.

<sup>580</sup> La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a autorisé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, des projets pilotes pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces projets mettent en œuvre de nouveaux modes d'organisation optimisant leurs parcours de soins, prévenant leur hospitalisation, gérant leur sortie d'hôpital et favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico sociaux. Evalués par la HAS, ils doivent être portés par des conventions entre ARS, assurance maladie, professionnels, hôpitaux, établissements sociaux et médico sociaux, collectivités, et dérogent aux règles de facturation et de tarification.

établissements publics de santé de conclure des fusions ou des coopérations qui s'apparentent à de nouvelles obligations de service public.

Le directeur général d'une ARS, a pour mission d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population, d'assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins - soit de contribuer aux critères d'égalité, de permanence et d'adaptabilité de service public.

A cet effet, il peut demander à des établissements publics de santé - et à eux seuls - de conclure une convention de coopération, de conclure une convention de communauté hospitalière de territoire, de créer un groupement de coopération sanitaire, ou un groupement d'intérêt public, de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel EPS par fusion des établissements concernés<sup>581</sup>. Le DGARS peut, par cette voie, demander à des EPS, d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population, d'assurer l'accessibilité aux tarifs publics, de garantir la qualité et la sécurité des soins, d'améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins, de maîtriser son coût, voire de pallier des déséquilibres financiers, d'améliorer les synergies de recherche. Afin de la voir s'instaurer, l'ARS peut user de son influence personnelle sur le directeur de l'EPS, de la sanction financière et de la menace de fusion contrainte est prioritairement soutenue par le FMESPP. Cependant, la force de ces contraintes, associée à une politique de résultats du ministère de la santé a conduit à des CHT assez factices et le nombre au 1<sup>er</sup> mai 2012 de 200 CHT mises en place doit être minoré pour évaluer la réalité de la coopération par ce mode qui présente en outre le désavantage de ne pas disposer de la personnalité morale.

Enfin, un mouvement général peu discernable car essentiellement administratif est à l'œuvre. Le ministère de la santé au travers de l'action du centre national de gestion et des directeurs généraux d'ARS, poursuit depuis quelques années une politique de création de postes de directeurs assurant la direction commune de plusieurs établissements<sup>582</sup>. Il s'ensuit une coopération par le plus haut niveau des hôpitaux concernés, qui les fait avancer vers une intégration organique très puissante pouvant favoriser une fusion.

---

<sup>581</sup> Article 23-VI de la loi dite HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, codifié aux articles CSP L. 6131-1 et 6131-2.

<sup>582</sup> CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG), liste actualisée au 3 décembre de l'arrêté du 24 avril 2012 pour la répartition des emplois fonctionnels des établissements publics de santé ([www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)). On y apprend que sur 307 postes fonctionnels de chef d'établissement, 80 le sont en direction commune à plusieurs établissements.

Il semble ainsi que la coopération constitue une des formes de nouvelle obligation administrative de service public. Cela peut-il conduire à un renouveau sanitaire ?

## II. Un renouveau sanitaire ?

Lorsqu'elle n'est pas subie, mais lorsqu'elle appartient à un projet d'établissement et à un projet médical, la facilitation de groupement fournie par les coopérations aux établissements publics, accompagne une nouvelle vision managériale de son offre de santé dans un territoire pour une adaptation de son service aux besoins du public

L'opérationnalité des coopérations est confiée le plus souvent à des groupements de coopération sanitaire (GCS)<sup>583</sup>. Le nombre recensé de 200 CHT au 1<sup>er</sup> mai 2012, de 170 GCS de statut public au 30 juin 2010, dont 27 de permanence de soins, 11 d'enseignement, 10 de recherche portent, remarquons- le, sur des obligations ou des missions de service public.

On a dit le service public de l'hôpital démembré juridiquement par la loi dite HPST ou pour « euro compatibilité ». Les missions de service public sont devenues résiduelles de la fonction de soins, ont été mises en compétition sanitaire par appel à candidatures avec cahier des charges.

Le service public se trouve inséré dans le management médico-économique et de la qualité de l'hôpital. Il est soumis aux objectifs et moyens des CPOM convenus avec les ARS. Il va se trouver de plus partagé entre acteurs publics de santé.

Les EPS seraient-ils par les coopérations, engagés dans un système public de santé présentant les caractéristiques d'une mission de service public, non plus organique au sens de la loi du 31 décembre 1970, mais soit fonctionnellement obligatoire, soit portée par une mission de coopération géographique ?

Les coopérations des établissements de santé, initiées dès 1970, ont trouvé en 2009 leur systématisation dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui institue par ailleurs les coopérations entre professionnels de santé. Ces coopérations forment un passage adapté à nombre d'impératifs du système de soins : qualité, sécurité, efficience, rentabilité, coordination des acteurs, mutualisation des ressources rares, territorialisation, rapprochement public-privé, valorisation de la recherche, continuité entre prévention, recours aux soins et aux services médico- sociaux.

---

<sup>583</sup>Loi n° 2009-879 dite HPST du 21 juillet 2009, dans son article 23-1 modifié par l'ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010, codifié par l'article CSP L. 6133.



Au-delà, elles constituent un mode central, mais encore peu valorisé, d'organisation de la prise en charge, en réseaux et en filières, du poids sanitaire, social et financier des maladies chroniques, de leur pathologies associées, et du vieillissement de la population. Constituant pour l'Etat un outil premier de coordination du système de santé et des inégalités d'accès aux soins, les coopérations relèvent de l'intérêt général et du service public.

***B- Projet de loi instaurant une mission de service public de coopération.***

Avant la loi HPST<sup>584</sup>, le service public organique de l'établissement de santé comportait « la mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux et coopération de santé ».

En contrepoint de la redistribution légale du service public hospitalier en missions dissociées de service public attribuables à différents acteurs de santé, les **coopérations sanitaires** devraient constituer une mission de service public, intrinsèque à tous les établissements de santé. Les établissements publics de santé et les établissements privés d'intérêt collectif, associant le secteur privé et libéral, doivent ainsi participer de la renaissance d'un service public de santé vecteur de soins non plus administrés en système par des acteurs en direction des populations, mais coordonnés et managés en fonction des besoins de santé de chaque personne.

*Nous proposons que :*

La coopération sanitaire et médicosociale soit érigée en une mission de service public que les établissements de santé, et les établissements et services médico sociaux pour leur part, puissent être appelés à assurer, en tout ou partie.

Et à ce titre nous souhaiterions voir compléter ainsi qu'il suit,

---

<sup>584</sup> Ancien article L6143-1 CSP (Loi du 31 décembre 1970 modifiée par l'ordonnance n°2005-1112 du 1 septembre 2005, art. 1 (V), JORF 6 septembre 2005. « Le conseil d'administration arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et délibère, après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, sur... 9° La mise en oeuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre, définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ».

- l'article 1<sup>er</sup>-IV de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires, article L. 6112-1 du Code de la santé publique,
- ainsi que l'article 191 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011, et sa codification dans l'article L. 311-1 du Code de l'action sociale et des familles,
- de même l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique fixant les attributions du conseil de surveillance des établissements publics de santé.

#### PROPOSITION DE PROJET DE LOI N° 1 :

Art. L. 6112-1 CSP (*Loi n° 209-879 du 21 juillet 2009, art. 1er-IV*) Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : [...]

(*L. n°...*) « 15° Une coopération avec d'autres établissements et acteurs de santé. »

Art. L. 6143-1 CSP : [...] Il donne son avis sur : [...]

(*Loi n°...*) « La politique annuelle et pluriannuelle de développement, de mise en œuvre et de suivi des coopérations avec les établissements et les acteurs de santé ».

Une nouvelle mission légale de service public de coopération impulserait et encadrerait une meilleure efficacité de l'action des acteurs de santé autour de la personne.

Pourrait-on approcher une meilleure pertinence grâce aux obligations, garanties et missions du service public de l'hôpital ?

## Section 2 Le service public de l'hôpital vers d'autres pertinences ?

### § 1 Les paramètres de bonne indication sociale.

#### A- Au plan de la personne.

Une individualisation des soins à la personne dans l'hôpital s'investit dans la médecine de parcours<sup>585</sup> ? Le concept de médecine de parcours a été mis en avant par le « Haut Conseil

<sup>585</sup> FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE, La lettre des médecins hospitaliers, Passim, *La médecine de parcours de soins : une évolution lente mais nécessaire*, n°11, Septembre 2013. [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

pour l'Avenir de l'Assurance Maladie » dans un avis rendu en mars 2012. L'institution part d'un double constat. L'évolution du profil des patients et le déficit du système d'assurance maladie rendent incontournable l'adoption de nouvelles pratiques. En effet, le nombre de malades atteints de maladies chroniques ne cesse d'augmenter sous les effets conjugués du vieillissement de la population et de l'innovation médicale : selon la Haute autorité de santé (HAS), ils étaient plus de 15 millions en 2012, auxquels s'ajoutent plus de 9 millions de patients en Affection Longue Durée (ALD). Parallèlement, les dépenses de santé ne cessent d'augmenter pour assurer leur prise en charge. La médecine de parcours apporte une autre réponse adéquate. D'abord, parce qu'elle propose une prise en charge globale du patient : elle permet ainsi de prendre en compte les volets sociaux, psychologiques et médicaux des maladies chroniques et poly-pathologiques. Mais aussi parce qu'elle établit une meilleure coordination des professionnels qui lève les clivages habituels et qui élimine les actes inutiles.

Il existe de nombreux obstacles à sa mise en place à l'hôpital. Tout d'abord, la médecine de parcours semble difficilement compatible avec l'organisation du travail au sein des hôpitaux. Ainsi, les professionnels sont plutôt enclins à la sédentarité dans leurs services. Le fonctionnement des unités demeure assez opaque, et les professionnels, hyper spécialisés, adoptent plutôt une logique de secteur. Si on ajoute à cela le manque de temps, il semble difficile de construire une communication fluide.

Ensuite, les relations entre les hôpitaux et les praticiens de ville n'est pas toujours évidente : les informations ne circulent pas correctement et les liens avec les assistantes sociales sont assez distendus. Il est donc parfois difficile de préparer la sortie d'un patient qui a besoin d'un accompagnement à son domicile. Enfin, il faut assurer la coordination de tous les praticiens autour du malade : il faut définir qui va assumer cette mission, acteur interne ou externe au parcours, comment il va être financé et comment il va remplir concrètement son rôle. Une fois tous ces obstacles levés, une question demeure encore en suspens : celle du paiement. En effet, la tarification à l'acte via la T2A favorise une rémunération fragmentée alors que la médecine de parcours suppose un accompagnement global, sans concurrence entre les praticiens.

Toutes ces difficultés sont levées progressivement. Le service public hospitalier devient conscient de cette nécessité. Des expériences stratégiques se font jour notamment à Nîmes<sup>586</sup>

---

<sup>586</sup> POHER (F.), Directeur général adjoint du CHRU de Nîmes, *D'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours*, communication sur le projet élaboré par cet EPS, présentée au colloque « Les rencontres de la santé », Montpellier 14 novembre 2013, [www.decisionsante.com](http://www.decisionsante.com).

d'hôpital de parcours ou à Lille de patient-traceur de parcours<sup>587</sup>. Hôpital extra muros, les prémisses d'une médecine de parcours sont d'ores et déjà à l'œuvre via la mise en place des réseaux de santé : difficilement dénombrables, il en existerait environ 5000 sur tout le territoire, une partie est en lien avec le service public. Néanmoins, ils constituent une première étape vers la médecine de parcours au même titre que pourrait l'être le dispositif de Communauté Hospitalière de Territoire (CHT). Ils permettent de tisser des relations de confiance entre les professionnels et de poser les bases d'une approche commune.

Sur le terrain, les avis sont contrastés. Du côté des patients, les changements ne sont pas encore perçus. Ils déplorent le manque d'anticipation de l'hôpital. Quand un patient arrive en chirurgie, n'est pas toujours posée la question de sa convalescence, qui est plutôt envisagée à la fin de son séjour, lui-même de plus en plus court, en urgence en fonction de son état de rémission. Pourtant, sa maladie peut avoir un impact sur sa vie familiale, professionnelle et sociale. Les conséquences de la maladie font partie de la maladie. Du côté des praticiens, la conceptualisation est variable suivant les disciplines et le processus est long à se mettre en place. Bien qu'elle soit difficile à traduire dans les faits, ils reconnaissent, notamment les obstétriciens, pneumologues, addictologues, praticiens des maladies métaboliques, cancérologues, néphrologues, l'utilité de la médecine de parcours.

Une évolution est en marche, ralentie par la rigidité du mode de financement. Car, au-delà du schéma induit par le T2A, la médecine de parcours ne peut voir le jour sans ressources pour financer sa coordination, qui est essentielle. Or, pour l'instant, aucune recette spécifique et adaptée n'est prévue. Cet ultime frein doit être levé pour la généralisation d'une nouvelle approche dont les retombées institutionnelles sont considérables.

### ***B- Au plan politique, économique et social.***

La doxa de santé publique et donc du service public hospitalier a évolué. « 1911 : le pays est touché par une canicule. Comme lors des grandes crises (guerres, épidémies), la population hospitalisée est frappée par un surcroît de mortalité sans que nul ne s'en émeuve, hors de l'institution hospitalière. Aucun ministre ne démissionne, à un moment où il n'y a pas de

---

<sup>587</sup> Interactions n° 15, le magazine de la FHF, juillet 2013 : Se baser sur le vécu des patients et aller à leur rencontre pour évaluer la qualité de leur parcours de soins est le principe de la méthode appelée du « patient traceur ». Elle rentre dans le cadre de la certification des établissements assurée par la Haute Autorité de santé (HAS). Cette démarche vise à compléter la phase d'audit de processus qui prévalait jusqu'alors et qui perdure en parallèle. La nouvelle méthode d'investigation, déjà mise en place aux États-Unis, a été expérimentée en France dans huit structures volontaires, dont le CHRU de Lille. [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

ministère spécifique de la Santé publique ». Cela n'est plus accepté aujourd'hui. « 2003 : le pays est touché par une canicule. C'est de l'hôpital que partent les premiers appels pour alerter la population et, quelques mois plus tard, le ministre de la santé publique doit démissionner. Jadis objet d'indifférence, l'hôpital est devenu un thème central de l'action politique.»<sup>588</sup>

Aujourd'hui et en dépit de ses imperfections intrinsèques le service public semble relativement progresser à des degrés divers dans les différents paramètres de bonne indication sociale individuelle, politique, économique et sociale. Sont examinés attentivement les progrès de son management et sa rentabilité, son imbrication sociale collective et individuelle à tous les âges de la vie, sa docilité aux demandes sociales, sa mutabilité entraînant la faveur de l'opinion publique, la satisfaction de ses patients. Mais aussi ses rôles moteurs de la santé de la population et d'acteur social. En en explication de la sacralisation de son service public, ses garanties d'égalité tant géographique que financière d'accès aux soins de manière permanente, à des tarifs administrés permettant un faible reste à charge. Et enfin un vecteur de développement économique par sa bienfaisance sanitaire et sa production, par son enseignement, sa recherche et ses découvertes.

C'est beaucoup, mais est-ce tout, et surtout pourquoi et pour quoi ?

## **§ 2 Les pertinences sanitaires et économiques d'un paradigme original**

Comment évaluer les effets conjugués pour l'hôpital, de la réforme de son service public et de sa nouvelle trajectoire de management, sur la permanence de son être ?

Quels indicateurs retenir tant dans le domaine de la santé publique (A), qu'en matière économique, sociale, politique (B)?

### ***A- La pertinence institutionnelle de santé publique***

Plaçons-nous dans une vision centrée sur le client-patient, ce dont il n'est plus possible aujourd'hui de s'exonérer.

#### **I. Approche de la vision objective du client-patient.**

« Le patient vote avec ses pieds » suivant l'adage hospitalier. Rappelons que les passages annuels aux urgences, apanage hospitalier public pour 83% des venues en 2010, ont vu leur

---

<sup>588</sup> CHEVANDIER (Christian), Ibid.

nombre croître de 14,3 en 2004, à 18,1 millions d'urgences générales et pédiatriques en 2011<sup>589</sup>. Observons les données publiées par la Fédération hospitalière de France<sup>590</sup>. De 2002 à 2009 inclus, la part de soins du secteur public et parapublic a augmenté (suivant les critères 0 nuit, et 1 nuit ou plus) en chirurgie (27,1 à 31%, et 45,9 à 52,4%), en médecine (61,4 à 63,2%, et 79,4 à 81,8%), en obstétrique (73,6 à 80,5%, et 68,5 à 73,2%). La Fédération hospitalière de France avance une augmentation d'activité en 2012 des hôpitaux publics de + 2.2% en hospitalisation et de + 5,1% d'urgences et de consultations.<sup>591</sup>

Par ailleurs, de 2003 à 2009, la des hôpitaux publics en court séjour a cru de manière continue de près de 2% par an pendant cette période, même si on remarque des variations de rendements d'échelle autour d'une taille optimale se situant autour de 850 lits<sup>592</sup>.

Examinons sur la période 2003-2011, l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publiée le 10 octobre 2013<sup>593</sup>. Cette publication indique que le montant total des soins remboursés a pendant cette période "nettement plus augmenté dans les hôpitaux publics (+22,9%) que dans les cliniques privées (+9,2%)". Elle corrobore que la part de marché du secteur public est en hausse par rapport au privé et représente 60,6% en 2011 (+2,4 %) contre 30,9% pour les cliniques privées. Encore que cette étude n'intègre pas que le montant restant à la charge du patient est moindre comme il a été dit, dans le secteur public. Les chiffres précédents doivent donc être majorés de l'impact de ce différentiel de reste à charge s'élevant à 10%. L'essentiel de cette progression est due d'après les auteurs de cette étude aux activités chirurgicales, (qui sont les plus concurrentielles, même si la part des cliniques reste majoritaire, alors que les hôpitaux "accueillent des séjours plus complexes et donc plus coûteux".

---

<sup>589</sup> Source SAE

<sup>590</sup> [www.fhf.fr/parts](http://www.fhf.fr/parts) de marché. Lettre n° 18, décembre 2010, chiffres établis par la Banque de données hospitalières de France sur sources ATIH-PMSI.

<sup>591</sup> Au CHRU de Montpellier, l'activité a cru en 2013, tant pour les hospitalisations (218 000, soit +1,5% par rapport à 2012) que pour les accouchements (3 416, soit +1,76%) ou pour les passages aux urgences (109 000, soit +2,62%). Le nombre de consultations est quant à lui resté stable autour de 500 000. Pour 2013, le chiffre d'activité se situera à environ 800 millions d'euros, confirmant le CHRU dans sa position de plus grande entreprise de Languedoc-Roussillon. Source : allocution de vœux du Directeur général le 16 janvier 2014.

<sup>592</sup> YLMAZ (E.) et FRIKHA (S.), Les hôpitaux publics ont amélioré leur productivité entre 2003 et 2009, p. 1, [drees.sante.gouv.fr](http://drees.sante.gouv.fr). Notons pour la suite qu'un établissement de 300 lits conserve un rendement de 0,984/1

<sup>593</sup> DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère de la santé, 10 octobre 2013, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

## II. Approche de la vision subjective du client-patient :

a) «La qualité est ce qu'en dit le client »<sup>594</sup>.

La prise en compte subjectivement qualitative de ce que « dit » l'utilisateur commence à être pris en compte de manière systémique. Ainsi du dispositif<sup>595</sup> de recueil d'évaluation des patients organisé à l'initiative des établissements publics, permettant à chaque malade d'apprécier par commentaires libres et de noter les soins reçus de 1 à 5 sur un site internet public au travers de quatre critères d'appréciation exprimés par lui-même. Pour l'instant, la qualité de l'accueil, son information, l'hygiène, et sa prise en charge de la douleur.

b) La confiance en une institution.

1- La confiance en l'hôpital.

La confiance à l'égard d'acteurs de nécessité publique générale comme les hôpitaux, la police, les grandes entreprises publiques et privées, les syndicats, les banques, les médias, les partis politiques résulte de l'expérience personnelle, de l'opinion publique, de l'information reçue, soit de la doxa sociale.

Le Centre de recherches politiques de Sciences Po analyse chaque année par son Baromètre confiance en politique<sup>596</sup>, la perception de confiance des citoyens de 18 ans et plus envers différents acteurs sociaux majeurs. Les hôpitaux se situent très largement en tête avec 82% de personnes confiantes et plutôt confiantes. Et ce dans une époque de doute généralisé : la moyenne de confiance en direction des autres acteurs analysés se situe à 35%. Nous risquons l'hypothèse que la population française, par nature plutôt sceptique et critique trouve cependant en l'hôpital et en son service public, une institution historique et permanente et bienfaitrice à tous les âges et circonstances de la vie et qui rassure d'autant plus que les temps paraissent incertains et dangereux. Le service public de l'hôpital est lié à son service de soins, deux notions distinctes mais encore indissociables. Elles paraissent réussir la mutation de leur permanence.

2- Le revers de la confiance : la problématique des urgences.

L'hôpital ne parvient pas à remédier à une conséquence de son attractivité et de sa permanence et de la place que lui laisse la médecine « libérale » ou plutôt libérale. La place que ses services d'urgence ont pris à l'orée de la loi hospitalo centrée du 31 décembre 1970,

---

<sup>594</sup> FEIGENBAUM (A.), « *Total quality control, engineering and management* », 1991

<sup>595</sup> <http://etablisements.hopital.fr>.

<sup>596</sup> CEVIPOF – CNRS, [www.cevipof.com](http://www.cevipof.com), enquête du 5 au 20 décembre 2012, marge d'erreur de 1 à 2,5%.

ne s'est jamais démentie, bien au contraire. Peut-être l'hôpital y trouve-t-il sans l'avouer un avantage compétitif. Car l'établissement public de santé subit l'adressage privilégié des patients des médecins libéraux en direction des établissements à but lucratif dans lesquels ils exercent.

Mais le service public hospitalier n'a jamais pu ou su faire évoluer politiquement l'incongruité de recevoir dans ses services d'urgence des malades qui pour 80% d'entre eux ne se trouvent pas en situation d'urgence médicale. Bien au contraire, la loi dite Fourcade a réaffirmé la valeur législative de la liberté, singulière dans le monde de la santé, d'installation des médecins et a aggravé le défaut d'accessibilité géographique des soins.

Bien au contraire, les dépassements d'honoraires de médecins libéraux ont accentué la fracture d'accessibilité financière à leur recours. Bien au contraire, la réticence de la médecine libérale à organiser sa propre permanence de prise en charge a conduit à une régression de l'accueil des patients.

L'ensemble, non limitatif, de ces facteurs conduit au scandale de services d'urgence parfois surchargés<sup>597</sup>, maltraitant leurs patients à leur corps défendant.

Cette mauvaise situation a été récemment illustrée par un sondage effectué par la Fédération hospitalière de France elle-même<sup>598</sup> : 35% des personnes de l'échantillon interrogé se sont rendus aux urgences publiques au cours des douze derniers mois, impact considérable dans la population française. Pour évaluer les causes du fréquent engorgement des services d'urgence, il convient d'abord de mettre à plat les raisons du choix des patients d'y recourir : 76% des personnes s'étant rendus aux urgences au cours de l'année, déclarent que « aller aux urgences, c'est avoir la garantie d'être hospitalisé en cas de besoin ». Rapprochons cette donnée des 56% mettant en avant « les examens complémentaires qui peuvent être faits rapidement », là encore en cas de besoin. 43% des Français affirment « ne pas savoir où trouver un médecin de garde en ville la nuit et/ou le week-end ». En effet, la participation des médecins généralistes libéraux à la régulation des appels mais aussi aux tableaux de gardes est très variable d'un endroit à l'autre. Ceci flèche l'importance d'une amélioration de la permanence des soins comme l'une des réponses pour pallier l'affluence aux urgences. Les

---

<sup>597</sup> En 2013, 12% des patients auraient subi une attente de plus de quatre heures, ce qui est anormalement élevé. Qu'en est-il dans les autres pays développés ? Ce chiffre y varie de 1% à 26% plaçant la France en situation assez intermédiaire : NL, D 1% ; CH 2% ; GB 5% ; NZ 6% ; DE 7% ; AU 10% ; USA 11% ; FR 12% ; NO 12% ; SE 15% ; CA 26%, CONSEIL CANADIEN DE LA SANTE, *Les soins au Canada c'est capital*, Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès du grand public, Janvier 2014, [www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca).

<sup>598</sup> TNS-SOFRES, Sondage 18TC61 du 14 mars 2013, *Les français et l'hôpital public*, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)



maisons médicales de garde à la porte des urgences peuvent contribuer à la garde médicale libérale et ainsi limiter les soins de « bobologie » des urgences. De plus elles fournissent un accueil plus adapté aux affections les plus légères.

Mais quantitativement, les chiffres sont cruels : une MMG peut accueillir chaque année mille ou deux mille patients obligatoirement orientés par le centre 15 ou réorientés par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences (IAO) des urgences. Tandis qu'un service d'urgence en accueille des dizaines de milliers, chiffre qui croît lui-même de mille à deux mille par an soit la valeur de la capacité d'une seule MMG.

Tandis que 24% des personnes interrogées s'y rendent car « on ne paie rien » aux urgences. Est-ce à comprendre que développer le tiers-payant auprès des médecins de garde en ville pourrait permettre de réorienter les flux depuis les urgences vers d'autres parcours de soins ? En tout état de cause la majorité des médecins libéraux est hostile à se voir généraliser la pratique du tiers-payant.

A la recherche de solutions internes, faute de solution politique ou corporatiste à la relative démission de la médecine libérale, les hôpitaux poursuivent une quête toujours dépassée par la réalité. Avec des services d'urgence toujours plus vastes, plus fournis, plus équipés au point de ressembler à des petits hôpitaux intrinsèquement<sup>599</sup>. Aujourd'hui, ils développent des aménagements organisationnels essentiellement médicaux à l'échelle de l'établissement lui-même. L'organisation d'une filière d'urgence est de la responsabilité du président de commission médicale d'établissement face à des chefs de pôle ou de service inquiets pour leurs prérogatives et la patrimonialité ressentie de leur unité médicale. Mais déjà, les accueils par infirmières IAO sont renforcés en direction de filières d'urgence dissociées, de flux de patients distincts et d'unités mobiles gériatriques, sans recourir à la solution ministérielle de haute école technocratique, celle des « bed managers».

## ***B- La pertinence économique, sociale et politique.***

### **I. Des redressements tendanciels du service public hospitalier.**

De nombreuses focalisations d'effort sont entreprises itérativement par les établissements publics, cernant les difficultés majeures du moment. Ainsi en 2013-14 de la chirurgie

---

<sup>599</sup> L'auteur a réalisé en 2004 un service régional d'accueil des urgences qui a fait évoluer la surface d'accueil de 200 à 2000 m2 avec un personnel de 100 collaborateurs.

ambulatoire, de la gestion des lits, de celle des blocs opératoires, des achats de dispositifs médicaux implantables (DMI) et des dispositifs médicaux stériles (DMS), de la facturation-recouvrement. Chaque hôpital faisant face à des problématiques locales<sup>600</sup>. La résultante de ces redressements s'aborde tant financièrement que structurellement.

a) Un redressement financier

En 2012, les hôpitaux publics et donc le service public hospitalier ont souffert d'un gel des compensations de missions d'intérêt annoncé en fin d'année. Comme les autres établissements de santé, il a été impacté par le resserrement mécanique du niveau des tarifs à l'activité (T2A). En dépit de ce contexte, et pour la première fois, selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques par les agents du Trésor public, le résultat net de bilan des hôpitaux publics devrait être en 2012, excédentaire de près de 100 Millions d'euros. Cette comptabilisation est corroborée en septembre 2013 par la prévision estimative des hôpitaux eux-mêmes d'excédent probable de résultat net comptable toutes activités confondues, toujours en 2012, de 82 millions d'euros. Certes ces chiffres doivent être analysés en valeur relative.

Car le chiffre d'activité national des hôpitaux en 2012 s'est élevé à près de 65 milliards d'euros. Il doit être d'autre part considéré en rapport (34%) avec celui de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) de 183,6 milliards d'euros et au regard du montant des dépenses de santé en France de 243 milliards d'euros.

Il nous semble cependant notable eu égard à sa nouveauté historique. A contrario, il est à noter son faible écho dans les médias, dans l'opinion et dans les propos des professionnels de santé privés, des responsables publics, des tenants de l'économie libérale privée, habituellement porteurs d'un message de mauvaise gestion hospitalière et de coûts hospitaliers dispendieux.

Il est aussi à observer une diminution du coût des soins hospitaliers, de celui des médicaments par l'effet des génériques notamment, contrastant avec une augmentation de celui des soins de ville dans lequel sont inclus les honoraires d'une grande part des médecins...d'établissements privés commerciaux. L'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmentant globalement de 2,7%.

---

<sup>600</sup> ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), présentation le 30 janvier 2014 à la presse des différents projets de l'agence pour 2014 et bilan des chantiers engagés.

De plus, la rentabilité nette des hôpitaux publics s'est élevée à 0,2%.<sup>601</sup>

L'ensemble de ces données concernent, soulignons-le, un service hospitalier astreint à de nombreuses garanties et missions de service public et à une tarification à l'activité. Elles confortent la singularité de l'hôpital public parmi l'ensemble des services publics.

Par parallèle, en 2011, 32% des établissements commerciaux de santé de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ont été en déficit, et 25% toutes spécialités confondues, la rentabilité du secteur tombant à 1,2%<sup>602</sup>.

Une autre relativisation va dès 2013 devoir être prise en compte. En effet, la mise en réserve de crédits réalisés grâce au coefficient prudentiel créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2013<sup>603</sup> va rendre plus difficile l'appréciation globale des déficits et excédents de l'ensemble des établissements sanitaires publics ou privés. L'article 60 de cette législation a prévu que les tarifs nationaux des prestations des établissements de santé puissent être minorés par l'application d'un coefficient prudentiel, de manière à concourir au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il s'agit d'un coefficient différencié par catégorie d'établissements.

Le gouvernement s'est engagé à reverser cette réserve selon l'état d'exécution de l'ONDAM. Mais il est évident que les nécessités économiques et les pressions politiques, conditionneront les montants des versements éventuels en fins d'exercice budgétaires. Cette variable d'ajustement impactera de manière exogène les équilibres budgétaires des établissements de santé.

#### b) Un redressement structurel.

Le nombre d'établissements publics de santé s'est réduit de 90 (9%) en quinze ans par le jeu de fusions<sup>604</sup>, en général par la décision stratégique des établissements eux-mêmes, la plupart du temps avec une réduction du nombre de lits.

---

<sup>601</sup> DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère de la santé, *Rapport annuel des comptes sociaux de la Nation en 2012*, Etudes et résultats n° 850, septembre 2013, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr). Ce rapport nous a fourni des éléments de développement du paragraphe a)

<sup>602</sup> Communiqué du 4 juillet 2013 de Jean-Loup DUROUSSET, Président de l'Union hospitalière privée (FHP).

<sup>603</sup> Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, NOR : EFIX1235628L, JORF n° 0294 du 18 décembre 2012, page 19821.

<sup>604</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport RM2012-020P, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années?*, Mars 2012, établi par Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET : « La mission a recensé à partir des données disponibles 90 fusions depuis 1995, principalement entre deux établissements, souvent de taille petite ou moyenne : en quinze ans, ce sont ainsi 9 % des EPS qui ont fusionné entre eux. Ces opérations ne semblent pas être le fruit d'une politique nationale ».

Les coopérations ont permis une plus grande pertinence territoriale ou tout au moins d'efficacité des établissements. Leur nombre total reste indéterminé à notre connaissance. Elément partiel et incomplet : au 30 juin 2010, étaient recensés 173 Groupements de coopération sanitaire de nature publique<sup>605</sup> et 200 communautés hospitalières de territoire.

« Les réformes ont globalement abouti..., les réformes structurantes ont été conduites avec efficacité, non seulement par ceux qui les ont promues mais par ceux qui les ont mises en œuvre dans les établissements. [La T2A a] aussi offert aux acteurs de l'hôpital des références communes permettant d'en favoriser le pilotage, fût-ce de manière autoritaire et démedicalisée »<sup>606</sup>.

Dans son étude<sup>607</sup> sur l'évolution des parts de marché entre 2003 et 2011 dans l'hospitalisation de court séjour, la DRESS pointe différents facteurs d'évolution au bénéfice des établissements publics. La mise en place de la Tarification à l'activité (T2A) en 2004 dans le secteur public et aussi, progressivement un codage plus systématique du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) par les médecins hospitaliers lui paraît, comme à nous-même déterminant.

La DRESS évoque ainsi de multiples autres raisons au repli relatif du secteur commercial. Ainsi à l'hôpital public, l'évolution des pratiques, les recommandations professionnelles, les restructurations, les contraintes administratives, de nouveaux positionnements des établissements publics, leurs progrès dans la prise en charge en ambulatoire lui paraissent aussi avoir été très efficaces.

## II. Des améliorations dans la pertinence de la prise en charge socio-politique.

### a) L'accélération des prises en charge.

#### 1- La diminution des durées de séjour.

Elle constitue un impératif social et une nécessité économique pour la majorité des patients à la condition que la qualité des soins en sorte renforcée. Elle renforce l'attractivité de l'hôpital

---

<sup>605</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au 30 juin 2010* : « Sur 347 GCS : 173 sont des GCS de droit public, 174 sont des GCS de droit privé ». Mais ce bilan annuel n'a pas été reproduit depuis 2010. Par ailleurs, il se considère lui-même comme incomplet. Enfin, il n'intègre pas les conventions informelles, les conventions formelles simples, les réseaux, les communautés hospitalières de territoire. La réalité doit se situer à un multiple de ces chiffres.

<sup>606</sup> Rapport Terra Nova p.86, [www.tnova.fr](http://www.tnova.fr)

<sup>607</sup> DREES (Ibid.), n° 854, octobre 2013, Hospitalisation de court séjour, évolution des parts de marché entre 2003 et 2011.

et son dynamisme interne. Contrairement à une idée répandue, la rapidité coûte plus cher. Les personnels doivent être plus nombreux, car il est impossible dans ce cas que la série de soins et sa coordination attende la disponibilité de chacun des intervenants. En revanche, l'organisation particulière nécessaire représente en sens inverse une amélioration de productivité de chacun des emplois du temps. Enfin, les premières heures et jours de soins concentrent la plus grande densité des interventions. Inversement, les derniers jours d'hospitalisation voient progressivement leur coût se ramener à celui de l'hôtellerie, mais immobilisent un capital immobilier. Cette nécessité sociale et économique, se conjugue depuis une vingtaine d'années à une intégration accélérée de toutes les améliorations technologiques possibles<sup>608</sup>.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) établies par la Haute autorité de santé concourent à une meilleure efficacité de qualité de pronostic de rémission et à une meilleure utilisation de temps de soins passant aussi par une meilleure coordination. L'amélioration par objectif et nécessité de la pluridisciplinarité autour du patient ajoute enfin à la rapidité des traitements et à leur efficience. Aussi se sont développées en chirurgie l'utilisation préférentielle des mini voies d'abord chirurgical, des voies coelioscopies, percutanées, la robotisation de certains gestes. En médecine, l'hospitalisation ambulatoire, de jour et de semaine permet des bilans cardiovasculaires, de diabétologie, rhumatologiques, neurologiques et les débuts de l'éducation thérapeutique multidisciplinaire en cardiologie et en diabétologie. En anesthésie réanimation, la consultation pré anesthésique détaillée, entraîne l'utilisation de drogues à durée plus courte.

La limite à cette recherche de rapidité réside dans les indications médicales mais surtout socio-économiques et culturelles, ainsi que dans la disponibilité de structures d'aval aux soins hospitaliers.

## 2- Les limites de la productivité et la pertinence des actes

La rapidité des séjours et des traitements peut conduire à une anonymisation des individus, à une diminution du « care », la prise en compte de la personne, par rapport au « cure », l'acte thérapeutique. Remarquons qu'il s'agit d'une tendance propre à la plupart des aspects de la

---

<sup>608</sup> L'auteur a dirigé de 1998 à 2006 un établissement hospitalier public qui avait en charge quotidiennement environ mille hospitalisés présents (hors consultations et séances ambulatoires), et disposait de cinq mille appareils médicaux.

vie sociale. Cependant, l'hôpital ne doit pas se laisser gagner par cette lame de fond économique et sociologique, faute de perdre ses repères et la conscience de sa mission.

La pertinence des actes constitue une autre interrogation éthique, économique et bien sûr de bienveillance des patients. Cette prise de conscience se traduit en 2013 par la mise à disposition des hôpitaux publics par la Banque de données hospitalière de France, d'un module expérimental sur la pertinence des actes, qui s'enrichira au fil du temps d'autres indicateurs y compris non opératoires<sup>609</sup>. Dans la première version du module basé sur les pratiques de 2011, les procédures analysées permettront prochainement de dégager des indicateurs situant l'établissement par rapport aux acteurs de son département géographique et par rapport à la pratique nationale.

Il est vraisemblable que ces résultats devront être analysés et croisés avec ceux de la gestion de la qualité et de la gestion médico-économique des pôles de façon à agir grâce aux contrats de pôle conclus avec les chefs de pôle d'activité clinique. Mais il s'agit bien d'une prise de conscience salutaire dans un contexte délicat touchant praticiens et patients.

b) Vers une meilleure pertinence d'insertion civile.

1- Une reconnaissance de rôle organique d'intérêt général.

Subjectivement, l'hôpital, comme par le passé, va devoir encore être rassuré et se rassurer. Le « mouvement de défense de l'hôpital public » reste actif et demande que la mission « Pacte de confiance pour l'hôpital »<sup>610</sup> récemment tenue et aux débats agités et prolongés, se double d'« états généraux de la santé » suivis d'un vote parlementaire<sup>611</sup>.

La loi de financement de la sécurité sociale 2013 annonce<sup>612</sup> « une reconnaissance du service public hospitalier, ré - proclamée », entérine un gel du périmètre de la T2A, et un

---

<sup>609</sup> Les procédures d'ores et déjà analysées concernent la cataracte, le canal carpien, l'appendicectomie, l'amygdalectomie, l'adénoïdectomie, les aérateurs transtympaniques, la coloscopie diagnostique, l'arthroscopie du genou, la cholécystectomie, la césarienne, l'angioplastie coronaire, la coronarographie, et la prostatectomie pour cancer. Source : *Pertinence des actes*, Interactions FHF, n°14, mai 2013, p. 8, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

<sup>610</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>611</sup> [www.lequotidiendumedecin.fr](http://www.lequotidiendumedecin.fr), 1<sup>er</sup> octobre 2012.

<sup>612</sup> [www.egora.fr](http://www.egora.fr)

arrêt de la convergence tarifaire entre les établissements de santé public et privés qui ne tient pas compte des particularités du service public de l'hôpital.

Enfin, le Ministre des affaires sociales et de la santé s'ouvre à une évolution d'intérêt général de l'hôpital public : « Dans le secteur sanitaire, la démarche de performance doit être conduite à partir d'une vision volontaire du positionnement de l'hôpital public dans le parcours de soins. Seule une vision claire de l'hôpital public, de son rôle et de sa place au sein du parcours de soins peut permettre de le réhabiliter pleinement en tant qu'acteur-clef de l'offre sanitaire.

L'hôpital doit être davantage connecté à son environnement. Le vieillissement de la population et le développement corrélatif des poly-pathologies, mais également le traitement des maladies chroniques, rendent inévitables son ouverture à la fois sur l'amont et sur l'aval ainsi que son articulation avec les structures et les professionnels qui contribuent à l'orientation des patients, à leur retour à domicile ou à leur prise en charge en institution ».

## 2- Le retour à un rôle traditionnel vers les fractures sociales.

Dès le VI<sup>e</sup> siècle, les premiers hôpitaux, de taille modeste, se sont positionnés dans les endroits où le « Pauvre » ou le « pèlerin » nécessitaient leur secours. Ce n'est plus souvent le cas des ensembles hospitaliers. En revanche, la plupart des centres hospitaliers publics présentant des services d'urgence ont développé des Permanences d'accueil de soins de santé (PASS)<sup>613</sup> sous forme de pôles internes spécialisés. 410 d'entre elles constituent le maillage du territoire. Une circulaire du 18 juin 2013<sup>614</sup> relative à leur organisation et fonctionnement cerne le type de patient auquel elles sont destinées. Il s'agit d'une personne en situation de précarité qui a besoin de soins externes et qui ne peut y accéder en raison de l'absence d'une couverture sociale ou de son incomplétude, ou pour d'autres raisons d'ordre social et/ou d'un

---

<sup>613</sup> Articles L.6112-1, L.6112-3, L.6112 -6 CSP. Article L6112-6 CSP, modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010, art. 1: « Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies mentionnés au 3° de l'article L. 1434-2, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L. 6112-1 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 reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'Etat 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. »

<sup>614</sup> CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), NOR : AFSH1315745C.

patient désocialisé, ayant des difficultés à s'orienter, devant être accompagné dans son parcours de soins. Cette circulaire ajoute que relèvent du financement par la MIG PASS les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables, de patients en situation de précarité. Sont intégrées également dans le financement le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences». Les établissements assurant la mission de service public n° 14 de lutte contre l'exclusion sociale<sup>615</sup>, en très grande majorité les établissements publics sont confrontés à la servitude d'un public de patients généralement insolvable. Mais rappelons-le, ces pôles se situent généralement à l'intérieur des cités hospitalières et complètent leurs services d'urgences. Or l'hôpital doit aussi aller à la rencontre des personnes en situation précaires, vers les « pauvres ».

## CONCLUSION du Chapitre 2.

Il nous apparaît que la cohabitation de plus en plus difficile entre les populations socialement marginales, la sécurité civile, les soins de l'hôpital, la médecine libérale, les établissements à but lucratif rendent indispensables une décentralisation territoriale des hôpitaux en pôles hospitaliers interdisciplinaires de santé. Nous les évoquons dans la partie II de cet ouvrage. Ils tiendront des PASS notamment des PASS locaux de psychiatrie, des centres de santé, des maisons pluri professionnelles de santé et bénéficiant de l'ingénierie et de la tradition hospitalières. Y seront réunis les concepts de coopération, de bonne indication humaine, sociale, économique et politique, unis dans la confiance inspirée par le service public hospitalier. De manière plus globale, c'est l'établissement public de santé tout entier qui doit entamer une stratégie de groupe par la coopération. Les outils en sont nombreux et efficaces même si teintés d'opportunisme butant sur un système de financement inadapté à ces missions. Aussi, la coopération doit franchir un autre stade qui sera permis par son érection en mission de service public.

---

<sup>615</sup> Article L6112-1 CSP : « Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : ... 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 ; ... »



A la recherche de nouvelles pertinences, le service public hospitalier doit évoluer vers une mission de coopération à inscrire dans la loi améliorant encore ses résultats de bonne indication politique, économique, sociale, de santé publique et de regard aux plus faibles là où ils se trouvent.

#### CONCLUSION du Titre 2.

Certes une nouvelle orientation d'action de coopération localisée représentera une servitude supplémentaire pour le service public hospitalier. A toutes celles que nous avons décrites, qu'elles soient liées à la nature d'établissement public, ou d'établissement public de santé, soit de fait, soit politique soit institutionnelle ou encore d'équilibre social ou de garantie de mission ou de garantie de service public, s'ajoutera cette servitude de commandement éthique et humain. Mais cette mission correspondra parfaitement à son paradigme social qu'elle nourrira, surtout si la survenance d'une crise sociale devait s'avérer.

#### CONCLUSION de la Partie 1.

Ce devoir supplémentaire sera aussi complémentaire. Car il correspond à un retour vers le service hospitalier originel décrit dans notre introduction générale. Servir « l'Autre ». Depuis mille cinq cents ans, ce devoir a pris les formes de divers avatars liés à l'évolution de sa société du moment. Depuis l'année 1970, le service public hospitalier s'engouffre dans les évolutions économiques, scientifiques, technologiques, thérapeutiques, juridiques, managériales, sociales, majeures qu'a traversé une exceptionnelle trajectoire hospitalière. En gardant son âme. Mais il doit l'infléchir de nouveau vers son humanisme fondamental d'ici au jubilé de la loi portant réforme hospitalière. Vers une nouvelle mutation conceptuelle,

juridique, managériale tournée vers ses ressources humaines, vers la personne de l'utilisateur, dans la permanence de son être. La santé ne se conçoit plus seulement comme une réponse à une affection, ni à une prise en charge thérapeutique. L'hôpital doit se convertir au parcours de soins individualisé. Il doit même considérer le parcours de vie. Quelle vie en France en 2013 ? C'est l'étude publiée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en novembre 2013<sup>616</sup>. Comparée aux autres pays de l'organisation, la France obtient de bons résultats dans plusieurs des onze dimensions que l'OCDE a retenues pour mesurer le bien-être des populations. La France se positionne en dessous de la moyenne dans les dimensions de l'emploi et des salaires, du bien-être subjectif, de l'engagement civique, de la sécurité personnelle et de l'éducation et des compétences. Elle se classe au-dessus de la moyenne de l'OCDE dans les dimensions du logement, du revenu et du patrimoine, des liens sociaux, de l'équilibre vie professionnelle-vie privée, de la qualité de l'environnement et de l'état de santé.

Mutation du service public hospitalier, certes. Permanence, à l'évidence. Les mots viennent ici au secours de son immanence. L'immanence du service public de l'hôpital appelle son renouveau.

« Il faut que tout change pour que rien ne change »<sup>617</sup>.

---

<sup>616</sup> OCDE, Comment va la vie ?, *Mesurer le bien-être, note pays France*, novembre 2013, [www.oecd.org/fr](http://www.oecd.org/fr).

<sup>617</sup> LAMPEDUSA (G.T. di), « *Le guépard* », Seuil, 2007.

## *PARTIE II –*

# *POUR UN RENOUVEAU DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER*

*Der bestirnte Himmel über mir und das moralische Gesetz in mir*<sup>618</sup>

La santé serait-elle insoluble politiquement<sup>619</sup> ? Le lundi 7 mai 2012, au lendemain de l'élection présidentielle, dresser l'inventaire de l'expression des candidats en campagne électorale sur notre système de santé pouvait conduire à estimer, dans notre douce France, que seul le changement devrait changer. Les régimes de sécurité sociale et d'aide sociale, la couverture maladie universelle, l'aide médicale d'État, les complémentaires de santé devraient toujours être là et former encore le socle du système de santé le plus attractif du monde.

Cela explique-t-il le quasi silence de la campagne électorale sur les questions de santé ? Y aurait-il incompatibilité entre une élection ultra-personnalisée et des choix de valeurs sociétales, de famille, de santé ? Ou une opposition ontologique<sup>620</sup> entre une médiatisation constituée de « formats » courts (petites phrases, dramatisations, polémiques, sondages), des programmes politiques matérialistes (pouvoir d'achat, chômage) ou idéologiques, et la complexité du système de santé ? La santé ne se prête guère à la médiatisation, sauf exception (sang contaminé, prothèses mammaires, Médiateur). Les acteurs de santé ne manifestent guère dans la rue. Et encore moins les patients-usagers. Les médias, notamment audiovisuels disent,

---

<sup>618</sup> Epitaphe choisie par Emmanuel KANT : « Le ciel étoilé au-dessus de moi et la loi morale en moi », tirée de « Deux choses remplissent le cœur d'une admiration et d'une vénération, toujours nouvelles et toujours croissantes, à mesure que la réflexion s'y attache et s'y applique : le ciel étoilé au-dessus de moi et la loi morale en moi », *Critique de la raison pratique*, Conclusion, II (Ak.V, 161---162), 1788.

<sup>619</sup> ROMANENS (J.L.), *La santé serait-elle politiquement soluble ?*, Revue Droit et Santé, n° 249, décembre 2012, page 327. [www.bnfs.fr/rds](http://www.bnfs.fr/rds)

<sup>620</sup> Ontologique : « relatif à l'être en tant que tel », Dictionnaire Le Robert, Paris 1976, tome 4, page 744.

non pas ce qu'il faut penser mais ce à quoi il faut penser. Pour sa faiblesse événementielle et télévisuelle, la santé n'en fait pas partie.

Faut-il le regretter ? Les temps longs de la santé seraient-ils politiquement insolubles ? Observons les programmes électoraux des dix candidats à la magistrature dite suprême. Le kaléidoscope des propositions révèle soit des choix radicaux dont la santé a horreur. Soit des options ponctuelles ou des évocations évasives, soit manient des concepts accrocheurs peu efficaces, soit se complaisent en des formulations rassembleuses. Une exception : la plupart des candidats ont plaidé pour le développement de structures de soins de proximité : maisons médicales, maisons de ville, pôles de santé, maisons de santé et de l'autonomie... dont la diversité égale le flou, mais qui répondaient à bon compte au sentiment d'une stagnation de l'accessibilité spatiale, temporelle et financière des soins.

Cependant, aucun projet électoral ne portait d'intérêt ou d'attention significative aux nouvelles frontières de la santé publique : maladies chroniques, infectieuses, dépendance, pertinence des soins. Qu'à cela ne tienne, la plupart des programmes ont fait diversion devant le déficit de l'assurance maladie et les effets des chocs économiques encore à venir. En définitive, nous avons voté pour la reconduction de l'État-providence. L'idéal n'engage que ses électeurs.

Pourtant, notre système de santé, même si « les français oublient trop volontiers que l'OMS l'avait classé en l'an 2000 au premier rang mondial »<sup>621</sup>, a sans doute usé sa configuration. Il doit évoluer encore et toujours. L'hôpital, qui reste de fait le pivot des soins, du service public, de l'enseignement et de la recherche doit-il impulser ce renouveau ? Ce dernier pourrait-il passer par le sien propre ?

Nous essaierons de préciser les **données d'un renouveau du système de santé (Titre I)**, puis, afin d'y contribuer, nous proposerons l'instauration de deux **innovations de service public (Titre II)**

---

<sup>621</sup> TRUCHET (D.), « *Etablissement public de santé et système de santé* », AJDA 2006, p. 401.

## TITRE I – LES ENJEUX D’UN RENOUVEAU DU SYSTEME DE SANTE

### a) Que peut-on entendre par « santé » ?

L’approche de sa définition apparaît a priori, relative, évolutive, subjective voire philosophique, en tout cas se situant dans une « relative indétermination »<sup>622</sup>. Posons quelques jalons de compréhension. Sémantiquement, elle désigne un bon état physiologique, un fonctionnement plus ou moins harmonieux de l’organisme, un équilibre et une harmonie de la vie psychique ou de l’état physiologique d’un groupe social<sup>623</sup>. Doctrinalement, l’approche de sa définition reste celle d’un état que l’activité sanitaire tend à procurer<sup>624</sup>, mais le terme d’état est relativement statique<sup>625</sup>. L’Organisation mondiale de la santé (OMS) avait en 1946 aussi cerné la santé comme un état : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité ». Mais en ajoutant aussitôt, de manière plus prudente<sup>626</sup> que « la possession du meilleur état de santé qu’il est capable d’atteindre constitue l’un des droits fondamentaux de tout être humain ». La commission des affaires économiques de l’Assemblée nationale, lors de l’examen de la loi HPST qui s’intitule avec quelque forfanterie « relative à la santé », a proposé d’inscrire la définition de l’OMS dans la loi. Significativement, cela a été rejeté par le Parlement même si la commission avait ramené la santé à « l’état de non-maladie » avec une priorité absolue dans l’organisation des soins, donnée à l’action préventive sur les déterminants de santé. Selon les conclusions de la commission, la structuration du système doit partir de l’individu en bonne santé et l’action individuelle et collective doit se concentrer

---

<sup>622</sup> TRUCHET (D.), *Droit de la santé publique*, Mémentos Dalloz, 7<sup>e</sup> édition, p.17.

<sup>623</sup> Dictionnaire Le Robert 1976, tome 6, page 138.

<sup>624</sup> DEMICHEL (A.), *Droit Médical* : il « ... ne s’agit évidemment pas de se demander si la santé est matériellement un service public, ce qui n’aurait pas beaucoup de sens, car la santé est un état, non une activité. Mais on doit se demander si l’activité sanitaire, c’est-à-dire celle qui tend précisément à procurer l’état de santé, est une activité de service public », Berger-Levrault, oct.1983, p.173.

<sup>625</sup> Dictionnaire LE ROBERT 1976, tome 2, p.662, en éliminant le sens politique, fournit deux acceptions d’ « état ». D’une part, « manière d’être considérée dans ce qu’elle a de plus ou moins durable ou permanente, par opposition au devenir ». D’autre part, « ensemble des qualités inhérentes à la personne auxquelles on attache des effets juridiques ».

<sup>626</sup> TRUCHET (D.), *Ibid.*, p. 17.

sur l'objectif de l'aider à rester le plus durablement possible en état de non-maladie<sup>627</sup>. Prônerait-elle un service public de la non-maladie préservée ? Indirectement, elle permet de remarquer que le communiqué du conseil des ministres du 22 octobre 2009 annonçant la réforme HPST ne mentionne aucunement le mot de santé. Aussi d'observer que les motifs du projet de loi HPST n'inscrit le terme de santé qu'appuyé par d'autres termes. Comme avec ceux de besoin, système, amélioration, établissement, profession, qualification, formation, politique, service public, service ou (santé) publique<sup>628</sup>. On trouvera aussi les termes associés d'éducation, environnement, gain, objectif et de promotion de la santé comme dans la charte d'Ottawa de 1982<sup>629</sup>.

Et s'il s'agit parfois d'un état de complet bien-être, quelle est la perception du citoyen de sa santé individuelle et de la santé publique ? 27% estiment avoir une santé « moyenne » ou mauvaise et 5% se jugent en mauvaise ou en très mauvaise santé. L'« état de bien-être » diverge évidemment de la situation de « l'état de santé » réel instantané des individus qui doit tenir compte des hypocondriaques et des malades qui s'ignorent. De plus, les pourcentages précédents, stables dans le temps, contrastent avec le sentiment de 42% des personnes estimant que l'état de santé de la population française se détériore<sup>630</sup>.

---

<sup>627</sup> ASSEMBLÉE NATIONALE, n° 1435, Avis n° 1210, fait au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire sur le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, par M. André FLAJOLET, député : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». En proposant au législateur d'inscrire dans la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires – HPST – la définition de la santé retenue par l'Organisation mondiale de la santé à sa création, en 1946, votre rapporteur pour avis entend donner une priorité absolue, dans le regard porté sur l'organisation des soins, à l'action préventive sur les déterminants de santé. La structuration du système doit partir de l'individu en bonne santé – qui, en bonne logique, n'a pas vocation à endosser en permanence l'identité de « patient » – et l'action individuelle et collective doit se concentrer sur l'objectif de l'aider à rester le plus durablement possible en état de non maladie. En d'autres termes, les autorités sanitaires du pays n'ont pas pour seul rôle de traiter au mieux les pathologies – ce qu'elles font déjà avec un degré d'excellence unanimement reconnu – mais aussi de faire en sorte qu'une proportion optimale de la population n'ait pas à entrer de manière prolongée dans leur champ d'action. Pour tenir cet objectif ambitieux de « bien-être physique, mental et social », il est aujourd'hui proposé d'adopter un texte particulièrement novateur en ce qu'il privilégie l'approche territoriale du besoin de santé, *via* la création des agences régionales de santé ».

<sup>628</sup> ASSEMBLÉE NATIONALE, n°1210, Exposé des motifs du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, présenté au nom de M. François Fillon, premier ministre, par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la sante, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

<sup>629</sup> La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa a adopté le 21 novembre 1986 la « charte » du même nom « en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. » [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>630</sup> DREES, *Baromètre d'opinion sur la santé, la protection sociale et les inégalités, principaux enseignements de l'enquête 2013*, BVA Opinion-DRESS, Janvier 2014, Réf. TW877, p. 34, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

La santé se décrit ainsi à la fois comme relative ou établie, subjective ou constatée, passagère ou durable, individuelle ou collective, positive ou par défaut. A l'instar du temps<sup>631</sup> ou du bonheur, chacun en perçoit la signification mais peine à l'expliquer. La santé ne semble pas ou plus être réellement un état au sens de manière d'être, ni de qualité attachée à la personne. La santé pourrait être tout à la fois une idée qui accompagne une action publique et un idéal vers lequel des actions doivent tendre positivement de manière dynamique vers un résultat individuel et collectif relatif<sup>632</sup>.

#### b) Dans quel système de santé ?

Notre système de santé sanitaire, de santé mentale, et médico-social, dénoncé comme cellulaire, complexe, cloisonné en « tuyaux d'orgue » et en « millefeuille » sédimenté par l'histoire, pétri de corporatismes, a récemment fait l'objet du considérable toilettage juridique opéré par le bloc législatif HPST. L'ensemble des textes adoptés par le Parlement de 2009 à 2012, constitue le compromis social et politique d'une époque de notre société, entre les représentants des groupes d'intérêt et de pression du système de santé. Ces derniers ont conclu le *modus vivendi* acceptable de leur rapport de forces.

---

<sup>631</sup> SAINT AUGUSTIN, évêque d'Hippone, vers les années 400, avance dans les *Confessions* : « Qu'est-ce donc que le temps ? Si personne ne me le demande, je le sais bien ; mais si on me le demande, et que j'entreprenne de l'expliquer, je trouve que je l'ignore ».

<sup>632</sup> RAPPORT FLAJOLET, *La prévention : définitions et comparaisons*, annexe 1, définitions : « Santé publique : La science et l'art de la prévention des maladies, du prolongement de la vie et de la promotion de la santé d'un groupe ou d'une population grâce aux efforts organisés de la société. Il s'agit d'une paraphrase d'une définition plus complète de l'OMS de 1952. Depuis le champ d'action de la santé publique couvre tous les efforts sociaux, politiques, organisationnels qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières. Ceci inclut toutes les approches organisées, tous les systèmes de promotion de la santé, de prévention des maladies, de lutte contre la maladie, de réadaptation ou de soins orientés en ce sens. Le terme est également employé comme une catégorie organisationnelle : cependant les services inclus dans cette catégorie varient d'un pays à l'autre. L'intégration de la rééducation-réadaptation et des soins dans la santé publique n'est pas acceptée par tous. La santé publique peut être aussi considérée comme une institution sociale, une discipline et une pratique. L'approche écologique de la santé publique souligne les points communs pouvant exister entre la santé et le développement durable (soutenable). Elle met en avant les déterminants environnementaux et économiques de la santé et met l'accent sur la façon dont l'investissement économique devrait être guidé pour obtenir les meilleurs résultats en santé pour la population, la plus grande équité en santé et l'utilisation soutenable des ressources. »

« Santé : Un état de complet bien-être physique, mental et social et non pas simplement l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé est une ressource pour chaque jour de la vie, et n'est pas la finalité de la vie. C'est un concept positif, mettant en avant les ressources sociales et personnelles aussi bien que les capacités physiques. Cette définition de l'OMS exprime un idéal, qui devrait être le but de toutes les activités de développement de la santé. Dans la médecine et dans la recherche, la santé est souvent comprise comme l'absence d'une maladie ou d'un trouble diagnostiqué. Dans le contexte de la promotion de santé, la santé est appréhendée comme une ressource, qui permet à des personnes de mener une vie individuellement, socialement et économiquement productive face à des situations en perpétuel changement. » 5 mai 2001, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

Mais ils ont exclu les intérêts du principal intéressé démocratique, c'est-à-dire de l'utilisateur et ses principales préoccupations développées plus haut. De plus, le droit, qui ne peut qu'encadrer le fait social, ne peut se substituer à une impérialité collective. En fait, il nous semble que presque rien n'évoluera tant qu'un ou plusieurs acteurs principaux du système de santé ne s'investiront dans des actions opératives essentielles. Les spéculations sur les effets de toilettages juridiques doit faire place à des acteurs-promoteurs- réformateurs opératifs. Et ceux-ci doivent agir en respectant les forces en présence, en sortant du débat d'idées qui enrichit et stérilise à la fois notre action de santé.

Aussi, proposerons-nous une analyse de la capacité des différents acteurs et organisations de santé de modifier, ne serait-ce que partiellement et progressivement, notre système de santé de façon à contribuer à son renouveau et, singulièrement à son service public à la population.

## CHAPITRE 1 : LES ACTEURS ENTOURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.

Nous examinerons le rôle potentiel du service public hospitalier dans un renouveau du système de santé. En cernant tout d'abord par apagogie<sup>633</sup>, le potentiel d'actions des autres acteurs ou groupes d'acteurs de santé.

Seront éclairés successivement les **acteurs étatiques (S1)**, puis les **acteurs décentralisés (S2)**.

### Section 1 : Les acteurs étatiques.

Examinons la réalité du rôle de l'Etat tant dans **l'étatisme central (§1)** que dans celui des **Agences régionales de santé (§2)**

#### § 1- L'étatisme central.

La loi distingue le rôle de la Nation qui « définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels » et le rôle de l'Etat dont la responsabilité se circonscrit à « la détermination de

---

<sup>633</sup> Apagogie : technique rhétorique qui permet d'établir la vérité d'une proposition en démontrant l'impossibilité de son contraire (ad absurdum).



ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique<sup>634</sup> ». A la loi de définir « tous les cinq ans les objectifs de la politique de santé publique ». Et « à cette fin, le gouvernement précise, dans un rapport annexé au projet de loi, les objectifs de sa politique et les principaux plans d'action qu'il entend mettre en œuvre.<sup>635</sup> ».

L'Etat est ainsi essentiellement un concepteur, un définisseur, voire un « metteur en œuvre » dans certains cas<sup>636</sup>, ce dernier terme ne recouvrant pas une « mise en ouvrage ». Ses critères de décision peuvent en outre être soupçonnés de parti-pris politique électoral surtout lorsqu'il est favorisé par une absence de ligne politique<sup>637</sup>.

Serait-il **impuissant** (A) et seulement **volontariste** (B) ?

---

<sup>634</sup> Article L. 1411-1 du CSP (Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 2, JORF 11 août 2004: «La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat. La politique de santé publique concerne : 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants. 2° La lutte contre les épidémies. 3° La prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités. 4° L'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes. 5° L'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires. 6° L'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé liés à des facteurs d'environnement et des conditions de travail, de transport, d'alimentation ou de consommation de produits et de services susceptibles de l'altérer. 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire. 8° La qualité et la sécurité des soins et des produits de santé. 9° L'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps. 10° La démographie des professions de santé ».

<sup>635</sup> Article L1411-2 du CSP (Loi n°2005-102 du 11 février 2005 - art. 8, JORF 12 février 2005).

<sup>636</sup> Article L1411-1-1 du CSP (Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 2, JORF 11 août 2004) : « L'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées constitue un objectif prioritaire de la politique de santé. Les programmes de santé publique mis en œuvre par l'Etat ainsi que par les collectivités territoriales et les organismes d'assurance maladie prennent en compte les difficultés spécifiques des populations fragilisées. »

<sup>637</sup> JACQUINET (C.) : « Comme je l'ai écrit aux autres directeurs généraux d'ARS dans une lettre, -j'ai été pendant deux années président du collège des DG d'ARS - j'ai eu le tort, aux yeux du gouvernement, en tant que représentant de l'État en région pour la politique de santé, de ne pas céder à plusieurs élus de la majorité politique actuelle, sur des exigences et des façons de procéder que je considérais contraires à l'intérêt général. J'ai été désavoué par la ministre, sur plusieurs dossiers. Ce dont souffre fondamentalement le système de santé actuel, causant des difficultés pour les professionnels de santé, les hôpitaux publics en particulier, ce ne sont pas tellement les problématiques économiques, la prise en charge des maladies chroniques, même s'il s'agit d'enjeux essentiels, c'est d'abord la souffrance d'un manque chronique de décisions efficaces et sincères de la part des autorités de tutelles et de régulation. Tous les professionnels le disent. Nous sommes dans un système de santé qui est compliqué, avec une gouvernance hyper-atomisée, beaucoup de personnes qui décident et interviennent, l'État, l'Assurance maladie, les élus, le cabinet des ministres, les fédérations hospitalières...Tout cela est très bien, c'est démocratique mais le système a néanmoins besoin d'autorité, pas au sens d'autoritarisme mais au sens de prises de décision. » (Propos relevés par HOSPIMEDIA, édition du 18/2/2014).

## ***A- L'impuissance.***

### **I. Les fractures sanitaires et les déserts médicaux.**

En 2011 pouvait être opérés différents constats. Depuis une trentaine d'années est démontrée l'ampleur des inégalités territoriales de santé en France. Elles doivent cependant être relativisées au regard des situations qui prévalent ailleurs. Cependant, les inégalités se sont maintenues au cours des trente dernières années, alors que, plus profondes, elles n'avaient cessé de reculer jusque dans les années 1970. Depuis lors, elles ne se réduisent plus entre départements, seulement très légèrement entre zones d'emploi, s'aggravent fortement à l'échelle des cantons<sup>638</sup>. Localement se dessinent des territoires présentant des difficultés d'accès aux soins à des tarifs administrés, de médecine généraliste ou spécialisée communément qualifiés de déserts médicaux ou de territoires de fracture sanitaire.

Le Ministère de la santé n'a pas, vis-à-vis des médecins libéraux les moyens politiques de la coercition<sup>639</sup> que réclame majoritairement la population<sup>640</sup>.

On peut reconnaître à l'Etat la préoccupation officielle de reconnaître certaines des nécessités les plus criantes de la « fracture de soins », soit rurale soit des « quartiers populaires ». Mais ces fractures n'inquiètent ni éthiquement ni politiquement le corporatisme médical dominant<sup>641</sup>, même si, toujours officiellement, le Conseil de leur ordre se déclare favorable aux organisations suppléant l'inadaptation de la médecine libérale aux difficultés de la population. En revanche, elles préoccupent le gouvernement car elles constituent, à la différence des déserts médicaux des territoires ruraux, une menace à l'ordre social. Cependant, aucune de ces montagnes n'accouche de la moindre souris. Pourquoi ? Impuissance généralisée ?

Le gouvernement tente d'opérationnaliser des outils de santé. Las, les réussites sont peu fréquentes. Sang contaminé, protection contre la canicule de 2005, vaccination AH1N1 de

---

<sup>638</sup> VIGNERON (E.), Passim, *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011, p. XVII.

<sup>639</sup> Avenant n°8 à la convention médicale portant sur la régulation des dépassements d'honoraires libres, publié au J.O. du 7 décembre 2012

<sup>640</sup> Le congrès de l'association des maires ruraux de France a demandé le 7 octobre 2012 de cesser de privilégier les mesures incitatives et de mettre en place un dispositif obligeant temporairement les médecins à un exercice au profit de l'Etat ou à une installation d'office via une politique d'aménagement et de maillage sanitaire du territoire ([www.armf.fr](http://www.armf.fr))

<sup>641</sup> Les réactions de médecins sur leurs blogs d'actualité médicale, comme [egora.fr](http://egora.fr), sont fort éloquentes à ce sujet.

2009 rappellent de mauvais souvenirs. L'Etat n'est pas un opérateur organique de santé. Son lancement d'un dossier personnel de santé (DMP) est un large et coûteux échec.

## II. Un essai d'opérationnalité : le dossier médical personnel (DMP)<sup>642</sup>.

Le dossier DMP a-t-il correctement été géré ? Voici un projet bénéficiant de l'évidence, d'un intérêt de santé, de santé publique, de crédits très importants et qui a échoué dans ses objectifs premiers. Il présentait toutes les qualités, y compris de la dynamique du projet e-Europe 2005<sup>643</sup>. Le DMP, créé en 2004, consacré par la loi HPST<sup>644</sup> aurait pu être le vecteur du parcours de soins personnalisé, et partant, un outil très fécond de service public. Lui-même service public sous l'égide du Ministère de la santé, et la responsabilité opérationnelle du groupement d'intérêt public Agence des systèmes d'information partagés de santé (GIP ASIP), il est financé par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Projet de société, il est proposé à la démarche volontaire et gratuite des plus de 50 millions de détenteurs de carte vitale, et à l'utilisation de 800 000 professionnels de santé, 210 000 médecins dont 122 000 libéraux, et enfin à l'organisation de 3 500 établissements. Mais il se démarque des 23 millions de dossiers pharmaceutiques (DP). Lié à la personne, il appartient au patient, qui décide de sa création ou de sa suppression, des informations et documents contenus, des autorisations d'accès. Outil de bonne santé publique, il ambitionne son partage unitaire par l'ensemble des acteurs de santé, notamment les réseaux, filières de soins, pratiques médicales de groupe, les coopérations individuelles et institutionnelles et les établissements de santé.

Mais les médecins libéraux l'ont lié à leur paiement sur objectifs et à leur projet de volet médical de synthèse (VMS). Cela n'a pas été géré. Aussi, sa diffusion se limitait à 158 000 dossiers en juillet 2012 selon la Cour des comptes, qui critique son coût direct (210M de 2005 à 2011). Pis, en juillet-août 2013, seuls 4965 médecins libéraux l'avaient adopté et en dépit de l'appui de 364 établissements de santé, le nombre de dossiers ouverts ne s'élevait qu'à 308 424, alors même que plus de la moitié d'entre eux ne contenait aucune pièce<sup>645</sup>. Face à un

---

<sup>642</sup> ROMANENS (J.L.), *Le DMP, un dossier personnel encore peu partagé*, RDS n° 47, mai 2012, pages 358 à 363, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

<sup>643</sup> ZORN-MACREZ (C.), RGDM n°20, 2006, Colloque *Les usagers et le DMP*, in atelier 1, *Les aspects techniques et les expériences*, p.114 à 123, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

<sup>644</sup> L. 1111-4 s. CSP, sans décret.

<sup>645</sup> [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr)

enjeu sociétal d'une telle difficulté et à une catastrophe sanitaire, économique et surtout gouvernementale d'une telle ampleur, on constate que l'information de l'ensemble des assurés sociaux et de l'opinion – un Français sur deux n'aurait jamais entendu parler du DMP (Sondage IPSOS Santé, mi 2011) – n'est toujours pas entreprise de manière large, systématique et générale par une campagne de communication nationale en direction des patients. Or le DMP pourrait constituer une affirmation des droits de la personne malade et de l'utilisateur. Les articles L. 1111-14 à 24 CSP régissant le « Dossier médical personnel et dossier pharmaceutique » et l'article 1110-4 « Confidentialité », appliqué par les articles R. 1110-1 à 3, participent du titre premier « Droits des personnes malades et des usagers du système de santé » du Code de la santé publique. Ils s'inscrivent dans le respect de la loi n° 78-17 « Informatique, fichiers et libertés » du 6 janvier 1978, de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 dite Kouchner et sont complétés par l'article 161-36-2 du CSS.

Tissu législatif dense, récent et évolutif, la codification du DMP dans le Code de la santé publique rassemble les dispositions de huit textes législatifs adoptés en sept ans<sup>646</sup>. L'obligation légale, cependant non appliquée, des défunts carnets médicaux de 1994 et carnets de santé de 1996 n'a pas été renouvelée.

Sous l'égide du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé et la responsabilité du GIP ASIP Santé (Agence des systèmes d'information partagés de santé), opérateur public chargé du déploiement de la e-santé en France, le DMP est financé par les régimes obligatoires d'assurance maladie, notamment par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et par le Fonds national de gestion.

Le DMP s'inscrit pourtant dans la révolution numérique de notre société qui gagne progressivement l'économie de la santé, notamment : gestion médico-économique des établissements de soins, télémédecine, Carte vitale, assurance maladie, télétransmission d'un milliard de feuilles de soins par an, dossier pharmaceutique (DP). Socle de la continuité et de la sécurité des soins, mais sans incidence sur leur remboursement – car non obligatoire –, le DMP, totalement dématérialisé, peut rassembler en huit rubriques les informations médicales relatives à un patient : espace personnel, prescriptions, synthèses médicales, comptes rendus d'hospitalisation, résultats d'examen biologiques et d'imagerie, mentions de spécificités, de

---

<sup>646</sup>Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 (création du DMP), loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006, loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007, loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007, loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008, loi dite HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, son ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010, et sa modification par la loi dite Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011.

prévention, de suivi, certificats... peuvent y être alimentés par le patient et par l'ensemble des interlocuteurs de santé qu'il autorise.

Créé par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, le DMP a été accompagné dès 2005 par le GIP-DMP, puis expérimenté ponctuellement à partir de 2006, audité dans le rapport conjoint Inspection générale des finances / Inspection générale des affaires sociales / Ingénieur général des télécommunications de novembre 2007, et par la mission Gagneux de mai 2008. En avril 2009, Mme Bachelot-Narquin en présenta le programme et la transformation du GIP-DMP en ASIP Santé, en préalable à l'examen final de la loi dite HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, codifiée dans le Code de la santé publique.

Aujourd'hui, ce dossier médical personnel informatisé s'impose face au vieillissement de la population, à la charge des maladies chroniques et des affections de longue durée, devant la situation des comptes sociaux, et aussi en palliatif à la nouvelle liberté d'installation des professionnels de santé établie par la loi dite Fourcade par extension de celle des médecins libéraux.

Affirmation des droits de la personne et outil de soins, le DMP définit deux éléments essentiels dans l'article L. 1111-14 du Code de la santé publique et les développe jusqu'à l'article L. 1111-24. D'une part, afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un dossier médical personnel de données de santé déposées par la personne concernée ou par les professionnels de santé ou les établissements de santé à l'occasion de leurs activités de prévention, de diagnostic ou de soins. Et ce, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du CSP (consentement, sécurité, confidentialité...) et dans le respect du secret médical. Chaque assuré social a ainsi la disposition, la possession, l'usage de ce bien qui lui appartient. Émerge ainsi un concept radicalement novateur par rapport à précédente conception qui a présidé à la création des carnets médicaux et des carnets de santé, et même à celle du DP (dossier pharmaceutique), créé pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie selon l'article 1111-23 du CSP, mis en œuvre par le Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, et dont le DMP doit être distingué<sup>647</sup>.

---

<sup>647</sup> En effet, bien que regroupés par l'article 50-I de la loi HPST et une même section du CSP, le premier est issu de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 « Assurance maladie » et totalise 100 000 dossiers ouverts au 15 mars 2012 ([www.esante.gouv.fr](http://www.esante.gouv.fr)) ; le second, de la loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 « Organisation de certaines professions de santé » et a vu la création de plus de 19 millions de dossiers au 12 mars 2012 ([www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)).

D'autre part, chaque professionnel de santé du DMP reporte à l'occasion de chaque acte ou consultation les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à une coordination des soins ; au surcroît, sa possibilité d'adhésion aux conventions nationales de l'assurance maladie est conditionnée par sa consultation ou mise à jour des dossiers médicaux personnels des personnes qu'il prend en charge. Et cela, dès une mise en œuvre locale du DMP... et si les articles L. 1111-14 et 15 du CSP sont mieux appliqués que ne l'ont été la loi du 18 janvier 1994 et l'ordonnance du 24 avril 1996.

La santé ne se divisant pas, le dossier médical personnel, droit de la personne, se devait d'être partagé pour devenir un outil rénové de santé publique. Dix ans après la loi dite Kouchner du 4 mars 2002, instaurant le droit du patient à avoir accès à son dossier médical, on pouvait se féliciter que ce dernier puisse cette fois décider de la création de son dossier médical personnel, dont il peut faire la demande d'ouverture auprès d'un professionnel de santé ou du personnel d'accueil des établissements hospitaliers<sup>648</sup>. Son identifiant national de santé (INS), calculé sur la base des informations lues dans sa Carte vitale, est automatiquement attribué au DMP et dédié, avec ses vingt-deux chiffres, à la conservation et à l'échange de ses propres données de santé à caractère personnel. Une fois créé, le patient a librement accès à son DMP via notamment son espace en ligne sur [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr). En revanche, il doit donner à chacun de ses professionnels de santé l'autorisation d'y accéder (art. L. 1111-15 CSP), chaque accès étant tracé. Sur cette autorisation d'accès encore, le DMP se révèle novateur. Ainsi, le dossier pharmaceutique (DP), créé lui aussi avec le consentement du patient, est accessible au pharmacien sauf opposition du patient (art. L. 1111-23 CSP). La conséquence se révèle plus que sémantique : dans un sondage portant essentiellement sur le DP, 42 % de ses détenteurs indiquent avoir découvert un jour qu'un dossier avait été ouvert à leur nom<sup>649</sup>. Or, le pharmacien doit remettre au patient un document attestant qu'il lui a créé un dossier<sup>650</sup>. Un mode de consultation en « bris de glace » du DMP peut être préalablement autorisé par le patient pour les cas d'urgence comportant une incapacité et un risque immédiat. Une fois son DMP ouvert, le patient peut gérer l'ensemble des documents visibles, en masquer certains, supprimer ou faire supprimer certaines informations. Il peut aussi décider de fermer son DMP dont les données seront alors conservées pendant dix ans, ou de le détruire de manière

---

<sup>648</sup> [www.esante.gouv.fr](http://www.esante.gouv.fr).

<sup>649</sup> Baromètre LH2 des droits des malades du CISS, février 2012.

<sup>650</sup> [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr).

irréversible. Le patient peut enfin en requérir une copie. Un site spécifique téléphonique, « DMP Info Service », répond aux demandes des usagers et des professionnels.

Le dépôt, l'hébergement et l'accès à des données de santé à caractère personnel sont, en outre, régis par le Code de la santé publique.<sup>651</sup> Nombre de dispositions techniques de confidentialité ont donc été instaurées : règles strictes d'authentification et d'identification, mesures de protection lors des maintenances et développements, détection des intrusions non autorisées. L'accès au DMP est interdit au médecin du travail, au médecin d'une compagnie d'assurance ou d'une mutuelle, a fortiori à un banquier ou à un employeur, et même si le titulaire l'a autorisé. Le 5e alinéa de l'article L. 1110-4 susvisé du CSP, rejoignant l'article 226-13 du Code pénal, fixe les sanctions (un an d'emprisonnement et 15 000 € d'amende) au fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir indûment la communication de ces informations. Ainsi, la protection matérielle des données sera d'un niveau au moins égal à celle des informations contenues dans les systèmes informatiques existants ou dans les dossiers classiques.

Pour nombre d'assurés sociaux, le DMP peut jouer le rôle d'un simple aide-mémoire. Pour d'autres, et certains malades chroniques ou soignés en réseau (cancer, diabète, grossesse, hypertension artérielle, plaies complexes...) qui bénéficieront largement de l'intérêt médical du DMP, il peut permettre une participation à leurs propres soins et à une éducation thérapeutique.

Les professionnels de santé sont au cœur du DMP. C'est leur expertise et les informations qu'ils peuvent partager avec leurs correspondants et destineront aux autres professionnels de santé qui permettront d'enrichir le DMP de leurs patients. Le qualificatif « personnel », finalement retenu, du dossier médical électronique ne doit pas faire oublier que pour exister il devra être « partagé ».

Les réseaux, les filières de soins, les pratiques médicales de groupe, les coopérations public-privé, les hôpitaux publics et leurs communautés hospitalières de territoire ont un intérêt d'éthique et d'image à impulser le DMP dans la population. Les enseignements des expériences menées depuis 2005 montrent l'importance d'un lancement sur un territoire par un acteur portant un réel projet d'établissement et présentant une masse critique suffisante<sup>652</sup>.

---

<sup>651</sup> Articles L. 1111-8 et R. 1111-1 à 8 (décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006).

<sup>652</sup> Le CHU de Nîmes, un des 33 sites nationaux sélectionnés parmi 267 dossiers de candidature pour un déploiement territorial, réunissait le 25 janvier 2012, en présence de l'ARS du Languedoc-Roussillon, de l'ASIP et de l'union régionale des professions de santé, les sept établissements publics de santé constituant avec lui-même la communauté hospitalière de territoire Cévennes-Gard-Camargue. Dans ces hôpitaux, dès le 1er mars, les comptes rendus d'hospitalisation, les courriers de sortie, les comptes rendus opératoires et de consultation

Pour les établissements publics de santé, acteur, l'enjeu de la généralisation du DMP représente un média d'une nouvelle mission de service public fonctionnel et organique de couverture territoriale de soins intégrés. Du DMP pouvait résulter une modalité supplémentaire de liaison « au fil de l'eau » de l'hôpital public avec certains médecins libéraux : médecins spécialistes partenaires de réseaux et médecins généralistes de ville. Pour un médecin de médecine générale comptant une patientèle moyenne d'un millier de personnes, disposer d'une information complète, ce qui représente du temps...et de l'argent. Enfin, le praticien (30 % des médecins généralistes ne disposeraient pas d'un logiciel DMP-compatible) bénéficie d'une prime d'équipement très largement supérieure au coût d'achat d'un lecteur de carte, ainsi que de différentes ouvertures et avantages conventionnels avec les régimes d'assurance maladie, voire mutualistes.

Les ARS intègrent d'ailleurs le DMP à leur gouvernance régionale, à leur schéma directeur des systèmes d'information hospitaliers, aux circuits et trajectoires des patients et à leur programme de télémédecine. Mais sans effet.

Illustration du divorce entre des stratégies partagées et un échec d'application, le CLIO Santé (Comité de liaison des institutions ordinales du secteur de la santé, regroupant les conseils nationaux des ordres de santé : médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, infirmiers), promeut officiellement la prescription électronique ou e-prescription<sup>653</sup> dans le cadre et en lien avec le plan de développement du DMP.

Actuellement, l'e-prescription se limite aux dossiers informatisés de certains établissements de santé. En revanche, la e-santé gagne les hôpitaux précurseurs<sup>654</sup> et permet de développer le suivi clinique à domicile, notamment des malades chroniques, l'éducation thérapeutique (cardiologie, pneumologie, dermatologie, néphrologie, diabétologie, accidents vasculaires cérébraux), de créer des espaces personnels du patient, des agendas, des bibliothèques de documents pertinents accessibles au patient par Internet (MyHCL à Lyon). En outre l'article 30 de la loi Fourcade<sup>655</sup> a prévu la remise à titre expérimental

---

et, fin 2012, les comptes rendus d'imagerie alimenteront automatiquement les ouvertures de DMP. Seront concernées dans cette CHT, chaque année, 155 000 hospitalisations et 400 000 consultations, servies par mille médecins. Il pourra en résulter un outil supplémentaire d'opérationnalisation de la coopération sanitaire.

<sup>653</sup> [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr).

<sup>654</sup> Interactions FHF, octobre 2011.

<sup>655</sup> Codifié à l'article 1111-20 CSP.



au plus tard avant le 31 décembre 2011, à certains malades atteints d'une affection de longue durée, d'un dossier médical implanté sur support portable numérique (clé USB) dont les conditions de sécurité et de confidentialité de données devront être fiabilisées<sup>656</sup>.

Devant un enjeu sociétal d'une telle difficulté et ampleur, on constate que l'information de l'ensemble des assurés sociaux et de l'opinion – un Français sur deux n'aurait jamais entendu parler du DMP<sup>657</sup> – n'est toujours pas entreprise de manière large, systématique et générale par une campagne de communication nationale en direction des patients. Si le dossier médical personnel se doit d'être partagé entre les professionnels de santé, il n'en est pas moins vrai qu'il devra d'abord partager la confiance des patients et s'approprier celle des citoyens.

La déclaration ministérielle du 23 septembre 2013 propose d'en restreindre le champ aux patients atteints d'affections chroniques de longue durée. En résultera-t-il une renaissance ou un déclin temporaire du DMP ? Il aurait dû être géré de façon managériale et non politique, de manière directive et non pas petitement conventionnelle. Il ne pouvait se développer qu'avec une volonté forte du ministère de la santé, voire du gouvernement ou de la magistrature suprême face au corporatisme médical. L'impuissance semble patente.

De plus toutes les évidences de ses qualités, notamment d'intérêt général, ont été le jouet de la technocratie non opérative ainsi que du vent politique.

## ***B- Le volontarisme***

L'auto-volontarisme étatique se retrouve dans une sorte de vent politique et dans une technocratie non opérante.

### **I. Le vent politique**

Le « storytelling »<sup>658</sup> des hommes politiques et son décryptage est devenu le menu de notre démocratie, qui a substitué le récit à l'action, la mise en scène au gouvernement. La révolution néolibérale, imposée à la démocratie dans les années 1980, a bouleversé le paradigme de la souveraineté. Pour le citoyen, elle se conceptualisait par le pouvoir et se

---

<sup>656</sup> DEBOST (C.), *Lancement du Dossier Médical Personnel (DMP) sur support numérique portable sécurisé, concrétisé par la loi Fourcade du 10 août 2011*, RDS, n° 43, p. 683 à 685, [www.bnnds.fr/rds](http://www.bnnds.fr/rds).

<sup>657</sup> Sondage IPSOS Santé, mi 2011.

<sup>658</sup> SALMON (C.), *Storytelling, La découverte, 2007 ; De la performance politique, Fayard, 2013.*

représentait en la personne du gouvernant, idéation aujourd'hui coupée en deux. Or qu'est-ce que le pouvoir sans la puissance ?

Janus montre d'un côté l'avertissement sans visage des marchés, du profit, des groupes de pression médicaux, de l'industrie pharmaceutique, des groupes de cliniques et des fédérations hospitalières. De l'autre, la face impuissante des politiques.

L'absence de souveraineté des élus a déclenché une inflation narrative, un « volontarisme impuissant » frappé d'un paradoxe. Moins on a de pouvoir et plus on va afficher sa volonté de changer « maintenant » le monde.

Mais le peuple, les usagers de la santé sont de plus en plus sceptiques et les professionnels notamment hospitaliers doivent se résoudre à agir seuls pour promouvoir les évolutions de santé. A condition d'en avoir la clairvoyance dans leur solitude. Et au-delà de la question du mensonge institutionnalisé- le roi est nu mais il est convenu de ne pas le dire, à la manière du conte d'Andersen- nous sommes entrés dans l'ère du soupçon généralisé, impropre à toute évolution politique globale. Le système est auto-bloqué.

Nous prendrons un exemple récent de ce théâtre d'ombres. Le 23 septembre 2013, la ministre de la santé présentait un programme de stratégie nationale de santé 2013-2025<sup>659</sup>. Le projet de la ministre de la Santé apparaît comme une mise en perspective d'actions en cours ou de propositions déjà annoncées et donc essentiellement un exercice de communication politique habillé du terme de stratégie. Ainsi, l'ouverture de la publication des liens entre les professionnels de santé et les entreprises du médicament, étaient, depuis 2011<sup>660</sup> déjà prévus au 1<sup>er</sup> octobre 2013. Autour de la notion de premier recours présenté comme l'axe du projet de stratégie nationale de santé, la diversification des modes de rémunérations des médecins pour favoriser la prévention et les progrès en santé publique" existait déjà avec la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Le plafonnement des dépassements d'honoraires aussi par le contrat d'accès aux soins qui entre en application. De même la création d'un statut de « praticien territorial de médecine générale » (PTMG) pour inciter les

---

<sup>659</sup> Ministère de la santé, *Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir*, 23 septembre 2013, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>660</sup> Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (JORF du 30), et son décret d'application n° 2013-414 du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme (JORF du 22).

jeunes généralistes à s'installer dans les zones à faible densité médicale existe depuis 2012<sup>661</sup>. Encore la création de 300 nouvelles maisons de santé pluridisciplinaires en attente de financement. Seule une proposition qui donnerait un sens et une vraie impulsion à la médecine de réseau et au premier recours pourrait constituer la relance du DMP sur de nouvelles bases. Mais il y a retrait, retour en arrière, seulement motif d'économie ou de limitation de dépense. La ministre a en effet confirmé que le dossier médical personnel serait limité à des publics cibles tels que les personnes âgées, les malades chroniques pris en charge au titre d'une ALD et avec des outils plus simples. Quant à la généralisation du tiers-payant, elle est emblématique d'une recherche politique. Actuellement, la dispense d'avance de frais s'applique aux bénéficiaires de la CMU, aux actes de plus de 120 euros et à ceux effectués dans le cadre de la permanence des soins en établissements. Son extension aux patients qui bénéficient d'une aide à l'acquisition à l'assurance complémentaire est cohérente. Mais au-delà, la généralisation aura-t-elle un impact sur l'accès aux soins ? Peu importe, sans doute car il s'agit d'une mesure symbolique d'un « marqueur politique » au sein d'une stratégie de communication sans mesure de financement spécifique. Alors que les éléments de moyens et de mise en œuvre résident largement dans les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui obéissent aussi à la stratégie propre et à la politique de conventionnement de l'assurance maladie. Ajoutons que cette SNS de 2013- 2025 apparaît comme une déclinaison et un prolongement des concepts (cf. supra) établis par le bloc législatif HPST 2009-2011. Et s'il faut se féliciter d'une poursuite de l'inéluctable *continuum* des politiques de santé, il faut s'étonner qu'une stratégie procède d'une législation, au terme provisoire d'une « évolution inversée » selon l'expression de P. MARIN, directeur des études à l'EHESP.

On peut souligner cependant que cette stratégie d'essence plutôt politique a été prolongée localement par une certaine démocratie sanitaire et sociale. Quelque 150 rencontres, tables-rondes et débats publics se sont déployés de novembre à février 2014, dans toutes les régions, par territoires de proximité parfois, par départements et au niveau régional, avec l'implication personnelle des directeurs généraux d'ARS. Les trois grandes orientations de la Stratégie Nationale de Santé, organiser les soins autour des usagers et en garantir l'égal accès, renforcer

---

<sup>661</sup> Par contrat l'ARS s'engage à fournir pendant une durée de deux ans, un complément aux revenus tirés des activités de soins de manière à garantir un revenu net mensuel de 3 640 €. En contrepartie le PTMG s'installe dans une zone sous dotée et effectue un minimum de 165 actes par mois (8 par jour en moyenne).

l'information et les droits des patients, y sont proposés dans les échanges publics<sup>662</sup>. Propos classiques, cependant théoriquement rassurants, d'intérêt didactique certain, à la vertu d'échanges intéressante, mais restant évidemment d'audience entre soi et d'applications qui seront sans doute limitées. Les éléments financiers en sont absents et les crédits de l'Institut national de la prévention et de l'éducation sanitaire (INPES) et de la prévention sont par ailleurs diminués. Ils marquent fondamentalement que le pouvoir de réalisation opérationnelle des actions de santé n'appartient pas à l'Etat. De manière surprenante, les débats n'utilisent pas ou très peu la capacité d'effecteur du service public hospitalier, se limitant à tenter de persuader la médecine libérale de son importance au travers de ses représentants corporatistes. Mais ne la convaincant que de son pouvoir de blocage. Enfin, la parole des usagers y est très malaisée, voire déconsidérée au sein d'une assistance de «sachant» issus d'appareils professionnels.

## II. La technocratie non opérante.

Derrière un pouvoir impuissant, quelles réponses peut apporter la technocratie qui l'entoure et qui se doit de justifier de son niveau de méthode théoricienne ? Et quand différents cabinets ministériels se réunissent dans des assauts putatifs, nous obtenons un monument d'impuissance volontariste.

Nous nous sommes résolus à transcrire ci-après en le commentant, le début du texte gouvernemental des résolutions du Comité interministériel des villes du 19 février 2013<sup>663</sup> comme représentatif du danger de la technocratie non opérative. Nous pouvons y lire dans son analyse de l'existant une somme d'idées convenues, fragmentaires et marquant une déconnexion de la réalité de la situation et du savoir-faire de l'intervention opérationnelle. Quant aux objectifs adoptés par ce comité interministériel, plusieurs observations peuvent être formulées. Un catalogue incantatoire de plus de vingt orientations abstraites ne peut former une base intelligible d'objectifs à l'ensemble des partenaires de santé. Par ailleurs n'existe aucune mention de la contribution que pourraient apporter les établissements de santé et

---

<sup>662</sup> Soit en Languedoc-Roussillon en conclusion des débats le 29 janvier 2014 : « Faire le choix de la prévention et agir sur tout ce qui a une influence sur notre santé, organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès, approfondir la démocratie sanitaire et miser sur la déconcentration ».

<sup>663</sup> [www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr), Décision n° 9 des Ministères : des affaires sociales et de la santé, délégué aux personnes âgées et à l'autonomie ; délégué à la famille ; délégué aux personnes âgées et à l'exclusion ; délégué à la ville.

sociaux et médico-sociaux du pays qui possèdent savoir-faire et opérationnalité. Enfin aucune relation avec des mesures d'incitation des acteurs de santé n'est envisagée<sup>664</sup>.

Cette phraséologie du paraître de l'action marque à notre sens toute l'impuissance d'un pouvoir qui laisse se former des poches urbaines de difficultés sociales et qui se borne, sans plan de moyens particuliers, à faire décliner formellement par ses technocrates sans expérience de la réalité, une « boîte à outils » bureaucratique qui ne se coordonne pas aux acteurs de santé.

Comment dans ce contexte les agences régionales de santé, établissements déconcentrés, pourraient-elles en être prémunies et d'autre part s'en démarquer puisque elles-mêmes non opératives ?

## **§ 2- Les agences régionales de santé.**

La régionalisation du système de santé aurait pu faire espérer une prise en compte décentralisée de l'expression des besoins de santé, notamment par territoires de santé. Les territoires de santé entrent dans le titre même de la loi HPST. S'ajoutant à ceux définis

---

<sup>664</sup> « Objectifs : Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé en agissant à la fois sur l'accès aux dispositifs de prévention et sur l'accès à l'offre de soins ; Décliner dans les quartiers de la politique de la ville, les politiques sociales et de santé portées par l'État, ses opérateurs et partenaires ; Associer les agences régionales de santé à la préparation, la signature et au pilotage des contrats de ville 2014-2020. Développer des actions spécifiques en direction des jeunes enfants (0-3 ans). Soutenir des programmes de renforcement du lien social et de lutte contre l'isolement des personnes âgées ; Améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge du handicap dans les quartiers de la politique de la ville. Après qu'auront été définis les nouveaux territoires prioritaires de la politique de la ville, il sera demandé aux DG ARS d'initier, en 2013, un diagnostic local de santé partagé sur les territoires qui n'auraient pas fait l'objet d'un tel état des lieux lors de l'élaboration du projet régional de santé (PRS) ou des réflexions sur sa mise en œuvre. C'est sur la base de ce diagnostic que les DG ARS seront à même de prévoir les mesures de prévention et d'accès aux soins qui seront inscrits dans les nouveaux contrats dont ils seront signataires en 2014. Développer l'offre de soins de premier recours dans les quartiers prioritaires en déclinant le pacte territoire santé. Renforcer l'accès aux soins dans les quartiers de la politique de la ville identifiés comme territoires fragiles dans le cadre des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) ; A cette fin, élaborer des plans d'actions adaptés à ces territoires. Faciliter dans ces territoires identifiés par les ARS l'installation de jeunes médecins, notamment par l'accueil de stagiaires, un meilleur accompagnement à l'installation et une sécurisation financière pour les postes de praticiens territoriaux de médecine générale et la signature des contrats d'engagement de service public. Soutenir l'exercice en équipes pluri professionnelles de proximité, notamment par le développement de maisons de santé ou de centres de santé dont le modèle économique doit être consolidé, par le développement de la télémédecine et en favorisant le transfert de compétences. Favoriser l'accès à l'offre de prévention en intégrant un volet spécifique au profit des habitants des quartiers populaires dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé. Coordonner la stratégie régionale de santé portée par l'ARS avec les contrats de ville ; Mise en cohérence des volets santé des futurs contrats de ville et des CLS comportant des cibles territoriales sur les quartiers prioritaires et positionnement des ASV comme dispositif d'animation de ces deux outils contractuels ; Signature par les directeurs généraux des Agences régionales de santé des futurs contrats de ville. »

librement par les communautés hospitalières de territoire (CHT) avec lesquels ils ne sont pas liés géographiquement, matériellement ni fonctionnellement, les territoires définis<sup>665</sup> par les ARS permettent, par leur plasticité, de s'adapter aux objectifs de santé. Ils pourraient correspondre aux besoins ou aux parcours des usagers, ou aux activités hospitalières, ou aux établissements sociaux ou médico sociaux, ou aux actions de santé, ou de prévention, ou de premier recours (médecine libérale, soins ambulatoires). Les conférences de territoire<sup>666</sup> et sa cinquantaine de membres très divers représentant les acteurs, les collectivités, associations, des personnalités qualifiées, formule des propositions pour le Programme régional de santé qui seront relayées par ses représentants à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, qui compte une centaine de membres. Elle élabore un projet de territoire(s) déclinant les options du PRS et du Schéma régional d'organisation sanitaire. Dans la pratique, d'ailleurs fondée sur l'esprit législatif, le territoire ne peut faire entendre les particularismes pour lesquels il a été créé. La conférence de territoire fonctionne souvent comme chambre d'enregistrement et ses propositions se perdront dans la CRSA et les décisions de l'ARS.

Il a pu être remarqué<sup>667</sup> que « nombreux sont les auteurs à avoir souligné que l'organisation, comme les missions, des ARS permettaient de les classer « dans la catégorie des administrations déconcentrées de l'Etat, le statut d'établissement public n'étant qu'une façade de décentralisation au demeurant purement fonctionnelle malgré l'image de verticalité<sup>668</sup> ».

---

<sup>665</sup> Article L1434-16 CSP, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, art. 118 : « L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région. »

<sup>666</sup> Article L1434-17, CSP, créé par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, art. 118 : « Dans chacun des territoires mentionnés à l'article L. 1434-9, le directeur général de l'agence régionale de santé constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. »

<sup>667</sup> APOLLIS (B.), *Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009*, In : CORMIER (M), (dir.) *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, p. 59.

<sup>668</sup> MOQUET-ANGER (M.-L.), *Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé*, JCPA 2009, n° 2224, n° 9.

Par ailleurs, les Agences régionales de santé<sup>669</sup>, coordinatrices désignées du système de santé<sup>670</sup> ne peuvent être des entrepreneurs ou des acteurs de soins. Les ARS ne sachant ou ne pouvant opérationnaliser un renouveau de service public hospitalier, examinons si elles peuvent avoir cette influence

#### **A- *Le rôle administratif conceptuel de l'Etat-ARS.***

##### **I. Le rôle administratif stratégique de l'Etat-ARS :**

L'assemblage d'une administration de santé très diversifiée par l'histoire représente pour les ARS un enjeu intrinsèque.

###### **a) Rôle de regroupement administratif.**

Les ARS, colosses aux pieds d'argile, ont opéré et subi à la fois groupements et dégroupements. Etablissements publics de l'Etat, elles ont regroupé et régionalisé des organismes dispersés : ARH, DRASS, DASS, URCAM, CRAM, CRSA, CPAM, IRS, IDS, GRSP<sup>671</sup>. Mais aussi des champs variés soumis à diverses codifications : Code de la santé publique, Code de l'action sociale et des familles, Code de la sécurité sociale.

En sens opposé, l'État a « dégroupé » la Direction générale de la santé (DGS). Ainsi, le Comité d'animation du système d'agences (CASA) coordonne le HCSP, l'INSERM<sup>672</sup>, les ARS, ainsi que diverses agences sanitaires. Soit l'ANSES (Agence nationale pour la sécurité sanitaire, l'alimentation, l'environnement et le travail), l'Agence de Biomédecine, l'Etablissement français du sang (EFS), l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM, ex- AFSSAPS), IRSN (radioprotection et sûreté nucléaire), l'INPES (Institut national pour la prévention et l'éducation pour la santé), l'INCA (cancer), l'EPRUS (préparation et réponse aux urgences sanitaires), l'INVS (veille sanitaire) et la Haute autorité de santé (HAS). Ajoutons l'autonomie contrôlée de l'EHESP, de l'INTS

---

<sup>669</sup> Articles L. 1431-1 s. CSP.

<sup>670</sup> Articles L. 6131 CSP.

<sup>671</sup> Agence régionale de santé, direction régionale de l'action sanitaire et sociale, direction départementale de l'action sanitaire et sociale, union régionale des caisses d'assurance maladie, caisse régionale d'assurance maladie, caisse régionale de solidarité agricole, caisse primaire d'assurance maladie, inspection régionale de la santé, inspection départementale de la santé, groupement régional de santé publique.

<sup>672</sup> Haut conseil de la santé publique. Institut national de la santé et de la recherche médicale.

(transfusion sanguine), de l'ASIP Santé (systèmes d'information partagés), du Centre national de gestion des directeurs et des praticiens hospitaliers (CNG). De plus les ARS doivent s'accommoder de l'autonomie variable des établissements de santé et médico sociaux, mais aussi de l'autorité des collectivités territoriales et de celle du Préfet pour le secteur médico-social. En outre, L'ARS « doit composer avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile<sup>673</sup>».

Dans cette géographie très multiforme et peu managériale, le directeur général de l'ARS exerce, pour le compte de l'État, les très vastes compétences sanitaires et sociales détaillées à l'article L. 1431-2 CSP, et celles qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

L'organe délibérant de l'ARS, le conseil de surveillance<sup>674</sup> de 30 membres, présidé par le Préfet, approuve le budget et le compte financier et prend connaissance de l'état des moyens publics engagés (État, assurance maladie, solidarité agricole) consacrés à la politique de santé et médico-sociale. Mais il ne donne qu'un avis sur le PRS, sur le CPOM et sur les résultats de l'ARS. Ainsi, le Directeur général de l'ARS peut-il imposer sa politique, celle du gouvernement à son conseil de surveillance et à l'ensemble des organes consultatifs de l'agence qui apparaît ainsi d'essence très centralisée.

#### b) Rôle d'organisation de la concertation

Les organes techniques et consultatifs de l'ARS permettent-ils une concertation à effets opérationnels ?

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) de l'ensemble des acteurs de santé et des usagers compte 100 membres au plus mais plus de deux cent personnes y participent<sup>675</sup>. Elle donne tous avis, particulièrement sur le Plan stratégique régional de santé, les schémas régionaux et programmes spécialisés (cf. infra), et les droits des usagers. Ces avis ont été préparés par une commission permanente, quatre commissions spécialisées

---

<sup>673</sup> DUPONT (M.), *Projets, schémas et contrats : outils nouveaux et renouvelés, ambitions nouvelles de la planification sanitaire*, In : CORMIER (M), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, page 122.

<sup>674</sup> Article 1432-3 CSP.

<sup>675</sup> D. 1432-15 CSP. En Languedoc-Roussillon où elle s'est réunie à 71 reprises depuis sa mise en place en juillet 2010, plus de 200 personnes délibérantes, suppléantes, consultatives y participent.



(prévention, organisation des soins, droits des usagers, médico-social), et deux commissions de coordination (santé scolaire, santé au travail, PMI / accompagnements et prises en charge médico-sociaux). Comment un projet particulier peut-il se faire entendre dans une structure aussi vaste et aussi lourde ?

## II. Le rôle d'impulsion sur le système sanitaire régional.

L'administration étatique, déconcentrée dans les ARS, cadre l'action de certains acteurs et tente d'impulser une dynamique.

### a) Un rôle de cadrage par le projet régional de santé (PRS).

La loi HPST a construit une réforme importante du dispositif de planification sanitaire. « Après la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire par la loi de 1991, la loi du 4 mars 2002<sup>676</sup> avait posé le principe de programmes régionaux de santé, rebaptisés plans régionaux de santé publique par la loi du 9 août 2004<sup>677</sup> ». Mais « le dispositif institué par la loi de 2009 est plus ambitieux<sup>678</sup> ». Le cadrage par planification repose sur un système centralisé par plans, projets, schémas, programmes et contrats. Le Projet régional de santé (PRS) définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'ARS ainsi que les mesures correspondantes. S'inscrivant dans le Plan national de santé, les lois de finances et lois de financement de la sécurité sociale, le PRS est un ensemble construit de documents d'organisation de l'offre de santé, se substituant au SROS et qui étaient à finaliser avant fin 2011.

Un Plan stratégique régional de santé (PSRS) constitue la clef de voûte des orientations et des objectifs de santé (prévention, accès, qualité, efficience, droits). Aussi des analyses des besoins (démographie, états de santé, risques, inégalités, handicap), de l'offre (prévention, soin, autonomie). De même des nécessités de coordination (avec la protection maternelle et infantile, la santé scolaire, la santé au travail, la lutte contre la précarité et l'exclusion), et des remontées des conférences de territoire. Le PSRS se décline en schémas.

---

<sup>676</sup> Loi n° 2002-303 relative aux droits de malades et à la qualité du système de santé, Ibid.

<sup>677</sup> Loi n° 2004-306 relative à la politique de santé publique, Ibid.

<sup>678</sup> TABUTEAU (D.), PARPEX (C.), *Planification régionale in La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, dir. E. Couty, C. Kouchner, A. Laude, D. Tabuteau, Presses de l'EHESP, p. 327.

Le Schéma régional de prévention pour sa promotion, individuelle et collective, et de la santé environnementale. Certaines de ses actions voient leurs crédits « sanctuarisés » : promotion de la santé ; éducation thérapeutique de certains patients et de leur entourage ; veille et gestion des urgences sanitaires ; coopérations sanitaires, sociales et médico sociales.

Le Schéma régional d'organisation des soins, fixe par territoire de santé déterminés par l'ARS et en ses deux parties, deux types d'objectifs hétérogènes. D'une part, l'offre des établissements de santé en soins, en équipements et matériels lourds ; les objectifs quantifiés de l'offre de soins des EPS (OQOS) ; les territoires de santé ; les transformations, regroupements et coopérations d'établissements de santé ; les besoins de premier recours. Et notamment pour ce qui nous concerne ici, les quatorze missions de service public (L6112-1 CSP) assurées et à assurer.

Cependant il n'existe aucun schéma des implantations des établissements appliquant les garanties (L6112-3 CSP) d'égal accès à des soins de qualité, de permanence de l'accueil et de la prise en charge, de prise en charge à des tarifs règlementaires. En quelque sorte, un schéma des établissements, essentiellement publics qui appliquent les principes du service public hospitalier.

D'autre part, une deuxième partie du SROS qui à la différence notable de la première, possède la grave lacune d'être ni prescriptive, ni opposable. Il s'agit de l'offre ambulatoire des professionnels libéraux, des maisons de santé, des pôles de santé, des laboratoires de biologie, des réseaux de santé, la répartition géographique de ces acteurs et les incitations en leur direction. L'absence de caractère prescriptif et d'opposabilité de la partie du SROS dite « ambulatoire », se double du peu d'outils d'intervention aux mains des ARS sur la médecine de ville et la prévention et ne peuvent que conduire par nature à un inaboutissement de la mission de régulation des ARS. Ces dernières ne maîtrisent enfin rien des outils conventionnels définissant les conditions d'exercice, les honoraires, les pratiques des professionnels libéraux. Autant d'éléments qui rendent à notre sens très difficile le projet d'organiser et d'optimiser l'offre de soins à l'échelon régional. Le SROS est ainsi bridé dans sa recherche générale de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé. De même dans son objectif d'efficience par la coopération, de réaliser la coordination, l'accessibilité économique ou géographique, ainsi qu'une inter régionalité par le Schéma inter régional de l'offre de soins (SIOS) pour la neurochirurgie,

l'endovasculaire en neuroradiologie, les grands brûlés, greffes d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques.

Quant au Schéma régional d'organisation médico-sociale, aux crédits « sanctuarisés », il se place en double articulation avec le Schéma départemental du handicap et des personnes âgées élaboré par le Conseil général, et avec le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Le SROMS concerne les établissements pour personnes âgées, pour l'enfance inadaptée, pour les adultes handicapés et spécialisés dans les addictions etc. Il apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge, en fonction des évolutions démographiques, épidémiologiques, socioéconomiques, de choix de vie, et va servir de base avec programmation financière, au calendrier d'appel à projet social et médico social et à des propositions de coopérations sanitaires, médico sociales et sociales.

Des programmes spécifiques appliquent les trois schémas avec des indicateurs, des évaluations et des calendriers, sur des questions spécifiques, ainsi du cancer, des personnes âgées. Ou obligatoires de l'accès à la prévention, aux soins des plus démunis et de la télémédecine, trois domaines intéressant particulièrement un service public de santé. Notamment l'acte de télémédecine qui « témoigne de l'évolution de l'acte médical, d'un acte à visée thérapeutique à un acte à finalité médicale »<sup>679</sup>.

La télémédecine<sup>680</sup> est un acte de soins de nature médicale. Cependant, la tarification n'en est toujours pas établie, ce qui freine sa potentialité de liens entre le service public hospitalier et la médecine libérale. Le réseau de télémédecine est identifié, authentifié, validé par l'ASIP Santé, financé, autorisé par l'ARS et par le patient<sup>681</sup>, avec accès obligatoire à son dossier, réalisé à distance par des professionnels de santé sous la responsabilité<sup>682</sup> d'un professionnel médical<sup>683</sup>. Il revêt plusieurs modalités à distinguer : téléconsultation (patient-urgentiste,

---

<sup>679</sup> BOURRET (R.), VIALLA (F.), MARTINEZ (E.), DEBOST (C.), *La télémédecine, lecture contingente d'un cadre juridique invariant*, RDS n° 58, mars 2014, p.1031, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

<sup>680</sup> Article L. 6316-1 CSP.

<sup>681</sup> LE GOFFIC (C.), Consentement et confidentialité à l'épreuve de la télémédecine, RDSS 2011 987 n° 6, novembre-décembre 2011, p. 987, Ed. Dalloz.

<sup>682</sup> Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine, JORF n°0245 du 21 octobre 2010, codifié à l'article R. 6316-1 CSP.

<sup>683</sup> Article L. 4111-1. La profession médicale est ouverte et limitée aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

généraliste-spécialiste, recours ; ex : CHR-EHPAD), télésurveillance médicale (maladies chroniques ex : cardiologie, diabète, insuffisance rénale chronique), téléassistance médicale d'un acte de soin (ex : chirurgie, dermatologie) ou régulation médicale d'aide médicale urgente. L'ARS élabore un programme régional de télémedecine, fonction des priorités nationales et des besoins égalitaires d'accès aux soins<sup>684</sup>. Elle autorise des protocoles d'exercice et coopération, autorise les activités, conventionnées entre partenaires, sur la base soit d'un programme national, soit d'un CPOM, soit d'un contrat de qualité- coordination des soins, soit par un contrat spécifique. Une grande majorité des projets et réalisations sont portées par des établissements publics de santé. La plupart sont liés aux missions et garanties de service public : imagerie dans la permanence des soins vasculaire cérébral, détenus, maladies chroniques.

Le Programme pluriannuel de gestion du risque, non visé ni soumis au PRS du fait de sa spécificité, applique les actions des trois régimes de l'UNCAM, pour la prévention et l'information des assurés, pour l'évolution des pratiques et de l'organisation des professionnels de santé et procède par actions complémentaires en territoires de santé.

Le PRS, qui doit ensuite tenir compte de l'ONDAM, est arrêté pour cinq ans après avis du préfet, du conseil régional, des conseils généraux, des conseils municipaux, et des quatre commissions spécialisées de la CRSA, simultanément ou par composantes. Fruit d'une volonté de coordination et de systématisation, cette multiplicité de consultations, conduit à un programme régional de santé particulièrement complexe.

## b) Le rôle d'incitation de l'Etat-ARS.

### 1- Les difficultés.

De considérables difficultés s'opposent à l'action de l'ARS. Le volet SROS de soins ambulatoires se démarque de la planification par son caractère non opposable et non directif. Plus loin, la loi dite Fourcade crée les SISA (Société interprofessionnelle de soins ambulatoires d'exercice libéral), de moyens communs, de coordination, coopération, éducation thérapeutique hors conformité avec les schémas, affirme la liberté d'installation des

---

<sup>684</sup> Les priorités ministérielles en nombre de dossiers opérationnels : imagerie dans la permanence des soins 29, accident vasculaire cérébral 9, détenus 4, maladies chroniques 29, soins dans le cadre des structures médico-sociales ou de l'HAD 4, autres 38. Soit 113 dossiers opérationnels sur 256 dossiers dont 217 portés par les établissements publics de santé en mai 2012. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

professionnels de santé et donne une valeur législative à celle des médecins, détache les maisons de santé (exercice libéral pluri professionnel), les pôles de santé de la planification, vide les contrats santé solidarité de leur opposabilité. Le DMP, dossier médical personnel, créé par la loi du 13 août 2004 est encore peu partagé, pourtant héritier des carnets médicaux, carnets de santé et dossier pharmaceutique.

Diverses mesures seulement incitatives, forment un panel de dispositions soit d'aides à l'installation, tel le « contrat d'engagement de service public » d'un étudiant en médecine qui permet de lui verser une allocation mensuelle en contrepartie du choix d'une installation, pour la durée de l'allocation, en site déficitaire défini par l'ARS. Soit d'aides à la création de nouveaux modes d'exercice, l'ensemble de ces dispositifs étant assez peu connus, d'un coût qui n'est pas publié et qui constitue souvent un simple effet d'aubaine<sup>685</sup> ?

La coordination du premier recours ne se résume-t-elle pas à une valse des petits pas ? Aucune mesure de régulation pérenne d'installation des médecins libéraux n'a été inscrite dans la loi ou maintenue. L'organisation de l'offre de soins de premier et éventuellement de second recours est définie aux articles L. 1411-11 et 12 du CSP par la loi HPST<sup>686</sup>. Le CSP se borne à une définition par défaut des soins de second recours, « non couverts par l'offre de premier recours et organisés dans les mêmes conditions que celle du premier recours ». Le distinguo entre soins de premier et second recours semble inadapté au système de santé français, ne pouvant se réduire à une distinction entre soins « primaires » et « spécialisés », la frontière en étant variable et surtout peu opportune au regard des impératifs d'unité dans le parcours de soins. Les soins de premier recours comprennent : 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'éducation pour la santé. Les professionnels de santé, dont les médecins traitants..., ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration, et le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et

---

<sup>685</sup> ROUSSET (G.), *Entre incitation et coercition, vers une mise en place de nouveaux dispositifs de régulation de la démographie médicale*, In : COUTY (E.), KOUCHNER (C.), LAUDE (A.), TABUTEAU (D.), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, page 197.

<sup>686</sup> « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence régionale de santé au niveau territorial conformément au schéma régional d'organisation des soins ».

médico-sociaux . Nous sommes en réalité loin de cette situation. De plus, « près de 40% des généralistes libéraux n'exercent pas la médecine générale de premier recours<sup>687</sup> ». De nombreux généralistes sont titulaires d'une « compétence » leur permettant un exercice spécialisé, ou exercent en EPS, ou déclarent à l'Ordre un « mode d'exercice particulier » (MEP), tous dispositifs qui les éloignent des soins primaires. En fait « aucun texte de droit interne n'a précisé jusque-là la définition de médecin généraliste<sup>688</sup> ». Enfin, les interpénétrations possibles en médecine libérale<sup>689</sup> entre les qualificatifs de « généraliste », « omnipraticien », « généraliste de premier recours<sup>690</sup> » (L. 4130-1 CSP), de second recours, de « ville », de « quartier », « référent », « de famille », de « médecin traitant de parcours de soins »<sup>691</sup>, sont à l'image d'un pouvoir d'Etat faible devant une profession privilégiant l'individualité, rejetant les définitions pour rester autonome des contraintes des impératifs de santé publique, au grand dam de la lisibilité de l'accès aux soins par les usagers. Cependant, la maturation de l'activité des ARS fait apparaître de timides embryons d'actions marginales.

## 2- L'essor d'une impulsion : progression et critique.

L'efficacité interne de l'organisation des ARS semble se coupler d'une maturation de la réflexion et de son cadrage par les PRS.

Prenons pour illustration, celui de la Région Languedoc-Roussillon<sup>692</sup>. Il se fonde sur plusieurs principes d'action, « l'accessibilité, l'efficacité et l'évitabilité ». Soit respectivement, « de permettre à tous d'accéder au système de santé notamment du point de

---

<sup>687</sup> Rapport d'information n° 1132 de Monsieur Marc Bernier déposé le 30 septembre 2008 pour la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, [www.assemblee-nationale.fr/13/rap.-info](http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap.-info).

<sup>688</sup> LAUDE (A.), BONNET (M.), in : COUTY (E) ,KOUCHNER (C), LAUDE (A),TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, Titre II, page 131.

<sup>689</sup> Même la médecine hospitalière a été pénétrée par la possibilité d'un secteur libéral à l'hôpital

<sup>690</sup> GINON (A.-S.), *La réorganisation de l'offre de soins en niveaux de recours : dits et non-dits d'une réforme d'ampleur*. In : COUTY (E), KOUCHNER (C), LAUDE (A),TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Ibid., page 189. « Ainsi, le législateur crée un chapitre préliminaire au sein du titre III du CSP, consacré à la profession de médecin pour définir les principales missions du « médecin généraliste de premier recours ». Ce médecin sera en charge de contribuer à l'offre de soins ambulatoire. Cette offre y est définie de manière large et recouvre en fait le périmètre des soins de premier recours puisqu'elle comprend « la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé ».

<sup>691</sup> L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

<sup>692</sup> ARS Languedoc-Roussillon, *Le projet régional de santé dans les territoires et Synthèse des schémas et programmes*, janvier 2013, [www.ars.languedocroussillon.sante.fr](http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr).

vue financier et géographique dans un souci de réduction des inégalités de santé » ; « d'accéder à un meilleur niveau de qualité de prise en charge au moindre coût. » ; et « d'éviter d'entrer dans la maladie, d'éviter d'entrer dans les structures de soins ».

Les deux premières propositions reproduisent les obligations de service public hospitalier : égal accès à des soins de qualité et de prise en charge à des tarifs règlementaires (L. 6112-3, 1° et 3°) Mais en omettant celle de permanence de l'accueil et de la prise en charge (L. 6112-3, 2°). La troisième proposition prône prévention primaire et promotion de la santé avec les idées remarquables de « panier de prévention », de « bouquet de santé de proximité ». La dernière proposition celle de définition de « territoires vulnérables », de « zones fragiles », de contrats locaux de santé, de maisons de santé pluri professionnelles en volet dit « ambulatoire » de SROS, c'est-à-dire non hospitalier, et enfin de personnes en situation de précarité et en situation d'exclusion.

Quant au volet hospitalier du SROS, il privilégie deux axes, l'alternative à l'hospitalisation et le regroupement d'implantation et la coopération des établissements de proximité.

On peut se demander pourquoi il a renoncé à utiliser les établissements hospitaliers de proximité qui de manière ambulatoire appliqueraient avec les garanties de service public hospitalier, les principes recherchés d'accessibilité, d'efficacité et seraient associés à l'effort nécessaire d'évitabilité. Nous développerons plus loin pourquoi un service public territorial de santé pourrait aussi reposer sur des pôles hospitaliers interprofessionnels de santé de secteur.

D'autant que le SROS ambulatoire échappe à l'autorité de L'Etat-ARS a contrario des EPS et des établissements médico sociaux (EMS).

### ***B- Le contrôle et la coopération dirigée de l'Etat-ARS sur les établissements publics de santé et sur les établissements médico sociaux.***

#### **I. Le contrôle.**

##### **a) Sur les établissements publics de santé.**

##### **1- La « tutelle » étatique.**

Les établissements publics de santé sont soumis à une certaine « tutelle » administrative de l'Etat, qui les coordonne, en surveille la gestion, à la fois a priori par sa participation au conseil de surveillance et ses demandes de communication de toutes pièces, et à la fois a

posteriori par son contrôle de légalité sur le conseil de surveillance et le directeur. Il en supervise le pilotage en donnant un avis sur la nomination du directeur (sauf en CHR-CHU), sur son évaluation, sur la détermination de la part variable de sa rémunération, et en pouvant le placer en recherche d'affectation. Il en contrôle en permanence l'équilibre financier par l'EPRD, et par la procédure de mise sous administration provisoire lorsqu'un plan de redressement n'est pas présenté sous délai, si le directeur ne signe pas le CPOM ou un de ses avenants, ou au cas où l'établissement n'exécute pas son plan de redressement et même si le plan de redressement ne...redresse pas l'établissement. Les pouvoirs de l'Etat sont très importants sur l'EPS par comparaison à ceux dont il dispose sur les établissements privés et la médecine libérale. Or l'Etat ne l'utilise que très peu son potentiel « effecteur » et la richesse de ses implantations et compétences pour contribuer aux lourds objectifs de son programme régional de santé.

## 2- Les contrats.

▫ Les contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Prolongement de l'ordonnance du 24/4/1996 dans la loi HPST<sup>693</sup>, la pratique du CPOM est étendue à tout financement de réseaux, centres, pôles et maisons de santé et à tout établissement médicosocial ou EHPAD au-dessus d'une certaine taille ou volume de recettes.

Surtout, en ce qui concerne le service public hospitalier, elle est devenue pour les établissements de santé, les détenteurs d'équipements lourds, une déclinaison du projet régional de santé. Et une conjugaison du système public de santé pour l'innovation médicale, le recours, les cliniciens hospitaliers, l'équilibre financier et l'activité, la coopération, les soins palliatifs, l'OQOS<sup>694</sup>, la qualité sécurité, la maîtrise médicalisée, les évaluations de pratiques professionnelles (EPP), l'organisation, la gestion y compris sociale et culturelle, et les missions de service public. La mauvaise exécution d'un CPOM ou sa résiliation, entraîne une pénalisation allant jusqu'à 5% des produits reçus, s'ajoutant à celle entraînée par un contrôle de la facturation T2A.

---

<sup>693</sup> L6114-1 à 4 CSP, Loi HPST article 6-I à V.

<sup>694</sup> Décret n° 2012-192 du 7 février 2012 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), JORF du 9 février 2012. Conformément au guide du pilotage de l'activité publié par la DGOS dans la circulaire du 21 décembre 2011, le décret supprime la régulation antérieure globale en volume et prévoit un pilotage de l'activité avec des objectifs ciblés sur des segments d'activité, des spécialités médicales et sur le développement de certains modes de prise en charge.



▫ Deux contractualisations s'ouvrent à tout acteur de santé. Elles contribuent à la réalisation du projet régional de santé. Il s'agit des nouveaux contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS), sur contrats types nationaux ou régionaux, et des contrats dits « d'engagement de service public » pour les étudiants en médecine<sup>695</sup>. Ces dispositions sont finançables par le fonds d'intervention régional (FIR)<sup>696</sup>.

### 3- Les autorisations.

Les nouvelles autorisations d'activité, de soins et d'équipements lourds relèvent du directeur général de l'ARS en personne après consultation du CROS de la CRSA, et sont mises en œuvre pour 5 ans, le début de l'activité faisant courir le délai de 6 mois de visite de conformité. Mais les établissements de santé, surtout publics, sont aussi adossés au volontarisme planificateur, incitatif, politique et financier de l'Etat. Les campagnes budgétaires annuelles ou ponctuelles représentent un moyen d'inflexion du fonctionnement des établissements de santé, essentiellement des établissements publics. Il s'agit cependant d'un mode à la fois collectif et aussi fruit d'une confrontation avec l'établissement. Les décisions ne sont pas guidées par une politique très cohérente, mais gouvernée en partie par la subjectivité, les a priori, parfois le court terme politique et l'effet de pression.

Il en va ainsi du partage de l'ONDAM entre secteurs de soins, et des objectifs de campagne. Citons pour 2011, les « outils » d'économies de moyens, de favorisation de l'ambulatoire, la

---

<sup>695</sup> L1434-8 CSP et L632-6 du code de l'éducation.

<sup>696</sup> Article L1435-8 CSP, créé par la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011, art. 65 : « Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant à : 1° La permanence des soins, notamment la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 et la permanence des soins en établissement de santé mentionnée au 1° de l'article L. 6112-1. 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4. 3° L'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé. 4° La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins dans le cadre des contrats prévus à l'article L. 6114-1 et conclus avec les établissements de santé et leurs groupements, ainsi que par le financement de prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière. 5° L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé. 6° La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation à la santé et la sécurité sanitaire. 7° La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, notamment en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets. 8° La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'aux prises en charge et accompagnements des personnes handicapées ou âgées dépendantes... »

cancérologie, la permanence des soins, les MIGAC, les compensations des missions de service public. Ajoutons l'arsenal de l'évolution des tarifs (tarifs brut ENCC-V11b concernés par la convergence ciblée avec tendance à la baisse), les tarifs repères (santé publique, chirurgie ambulatoire) à incitation à la hausse, les tarifs de campagne pour contenir les effets revenus en stabilité, l'objectif quantifié national pesant essentiellement sur les EPS, les forfaits dotation annuelle, l'extension de la T2A, les mesures particulières, les structures de financement et diverses pénalisations. La convergence tarifaire, abandonnée officiellement, continue d'influer par des coefficients correcteurs différents suivant les secteurs statutaires. L'État décide, sous couvert législatif, social, technocratique et sans effort ou crainte de remous sociaux. Il s'agit de moins dépenser, sans s'exposer politiquement.

Complétons ce panorama d'outils d'influence de l'Etat par les incitations et appels d'offres. Ainsi des instituts hospitalo-universitaires (IHU) portant sur les grands thèmes et enjeux de santé publique.

Pour finir, l'Etat-ARS a disposé jusqu'en 2012 des plans pluriannuels d'investissement appuyés par le FMESPP : Hôpital 2002 ; Hôpital 2007(13M) ; Hôpital 2012(10M prévus). Au 1<sup>er</sup> mars 2012, FMESPP et FIQCS ont été fondus en un Fonds d'intervention régional (FIR) finançant la permanence des soins ambulatoire (PDSA) libérale et hospitalière, les maisons médicales de garde, la télémédecine, l'exercice pluridisciplinaire, les centres périnataux, la prévention, l'éducation thérapeutique, la mutualisation de systèmes d'information, d'achats et d'ingénierie de projets.

#### b) Sur les établissements et services médico sociaux publics.

Quelles sont les spécificités des établissements publics et services médico sociaux publics ? Par l'appel à projet social et médicosocial, le corpus législatif HPST a opéré une révolution de la loi du 2 janvier 2002, en opérant une objectivation des rôles dans la promotion des initiatives SMS. Ainsi, chaque année, les autorités délivrant les autorisations de création, transformation, extension ou regroupements d'établissements ou de services, ont l'initiative d'un calendrier d'appels à projets objectivés par des cahiers des charges, remplaçant les ex-« fenêtres de dépôt » de projets examinés a posteriori. La concurrence des opérateurs est ainsi vivifiée, clarifiée et encadrée. Les offres sont soumises par ces autorités au classement valant avis, d'une commission de sélection -remplaçant la commission régionale d'organisation sociale et médicosociale- soit en cas d'appel potentiel direct ou indirect à des fonds publics provenant de personnes morales de droit public ou d'organismes d'assurance maladie; soit

d'augmentation de capacité supérieures d'au moins 30%; soit de changement dans la catégorie des bénéficiaires. Les personnes âgées étant susceptibles d'être prises en charge tant par l'aide sociale que par les organismes d'assurance maladie, la décision d'autorisation sera conjointe entre le président du Conseil général et le DG de l'ARS et coprésidée la commission, par ailleurs composée pour moitié par des représentants d'utilisateurs personnes âgées et handicapés. L'autorisation sera accordée pour quinze ans après avis de classement et au regard de la compatibilité avec les objectifs et de la réponse aux besoins fixés par le SROSMS, de la conformité du projet aux règles de fonctionnement et d'organisation du CASF. Mais aussi de sa prévision de l'évaluation externe et du système d'information associé, de sa réponse au cahier des charges établi par les autorités, de sa compatibilité avec le PRIAC. Et bien sûr de son coût, correspondant au montant des dotations.

## II. La coopération dirigée : une refondation matérielle du service public hospitalier ?

Cette coopération dirigée constituerait-elle une refondation matérielle du service public hospitalier ? Le directeur général de l'Agence régionale de santé, coordonne le système hospitalier et de santé pour l'adapter aux besoins de la population, assurer l'accessibilité aux tarifs opposables, garantir la qualité, la permanence et la sécurité des soins, maîtriser les coûts. Tous éléments qui caractérisent les garanties de service public hospitalier et déclinent son égal accès à des soins de qualité, sa permanence de l'accueil et de la prise en charge à des tarifs règlementés (L6112-3 CSP) et sa mutabilité notamment par la coopération.

Pour ce faire, les moyens du DG de l'ARS sont considérables, car il s'agit du secteur hospitalier public. Il peut proposer au président du conseil de surveillance ou au directeur, de conclure toute forme de coopération -même non désirée par l'EPS- et en cas de refus, diminuer la dotation de financement, ou prononcer une fusion. Il peut imposer la création d'une CHT si elle est justifiée par des impératifs de qualité, de sécurité, ou d'équilibre financier. Il lui est loisible de prévoir des incitations financières fortes. Jusqu'à fin 2012, les crédits d'aide à la contractualisation, et du FMESPP y sont prioritairement dévolus. De même, subordonner des autorisations de soins ou d'équipements lourds, ou les suspendre, ou les retirer.

Qu'en est-il de l'impulsion des ARS sur une évolution du système de santé et notamment du service public hospitalier ? Perçue comme éloignée et bureaucratiques, les ARS n'ont pas su mettre à profit leurs délégations territoriales départementales pour instaurer une déconcentration plus proche du terrain. Comment une territorialisation peut-elle être mise en

place et suivie, dans ces conditions ? Les hospitaliers ne s'y trompent pas qui s'adressent directement au siège des ARS. Une note d'espoir, mais toujours en substrat de la phraséologie politique centralisée, a été constituée une « mission » au ministère de la santé. Cette mission « de réflexion » portant sur le service public territorial de santé (SPTS), idée de plus en plus prégnante, dont nous chercherons plus loin les modalités d'opérationnalisation.

En regard de l'action de l'Etat, quels sont les effets pour un renouveau du système de santé et du service public hospitalier, des acteurs décentralisés ?

## Section 2 : Les acteurs décentralisés.

Nous examinerons le rôle potentiel et l'action effective sur un renouveau sanitaire d'une part des **organismes de prévoyance sociale (A)**, et d'autre part des **acteurs de santé (B)** proprement dits.

### § 1- Les organismes de prévoyance sociale

#### *A- Les organismes complémentaires d'assurance maladie*

Les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) soit de statut mutualiste régi par le Code de la mutualité, soit de statut commercial régi par le Code des assurances, sont pour nous, éloignés de l'éthique de service public : cotisations variables suivant l'âge des patients, conditions d'adhésion et limitation d'accès aux prestations de santé, démarchage commercial concurrentiel entre 850 structures, comptes pour l'instant non publics. Ces organismes ne sont pas autorisés à mettre en place des réseaux médicaux de soins.

#### *B- L'assurance maladie obligatoire*

Les organismes d'assurance maladie, en dehors d'actions restreintes d'éducation sanitaire, de prévention et d'ouverture de quelques établissements de santé à la réussite très relative, n'ont jamais pu, du fait de la vigilance du corps médical, se départir d'un rôle de simples préleveurs et payeurs. « L'assurance maladie est-elle encore utile ? », s'interrogeait le « Cercle Santé Innovation » le 5 décembre 2013<sup>697</sup>. Il est vrai que notre doctrine de système de santé sur ce point de type

---

<sup>697</sup> LE CERCLE SANTE INNOVATION, « L'assurance maladie est-elle encore utile ? », analyse et propositions du Cercle Innovation Santé, effectuées sous la direction du Pr Jean de KERVASDOUE, décembre 2013, éditeur SPH Conseil. Le Cercle santé innovation a été créé début 2013 par les cinq fédérations d'établissements hospitaliers et d'hospitalisation à domicile (FEHAP, FHF, FHP, UNICANCER et FNEHAD) sous la présidence du sénateur UMP Gérard Larcher, [www.cerclesanteinnovation.fr](http://www.cerclesanteinnovation.fr).

bismarckien selon laquelle la protection sociale est gérée par et pour les partenaires sociaux est devenue une virtualité. Depuis leur instauration en 1996, les lois de financement de la Sécurité sociale non seulement définissent un taux d'évolution des dépenses de santé mais surtout pour ce qui nous concerne ici, fixent des orientations organisationnelles.

L'assurance-maladie a une influence et une capacité à faire évoluer le système sur la partie médecine de ville où elle contractualise avec les médecins libéraux à travers la Convention médicale. Mais même en ce domaine, comme par exemple récent lors de la négociation sur l'avenant n°8 et le Contrat d'accès aux soins, la ministre de la Santé, sur pression du président de la République, a imposé cet accord, et a réduit comme le souhaitent avec constance les médecins libéraux, l'assurance maladie à un rôle de caisse enregistreuse ou plutôt payeuse. La nécessité de mettre fin à cette dualité est évidente. Mais cela doit-il passer par une étatisation du système comme le préconise le Cercle du sénateur Larcher ? Cette étatisation impliquerait que l'Etat soit, à la fois, le financeur, le régulateur et l'employeur (du million de personnel hospitalier). Cela nous rapprocherait du système britannique, étatique et reposant sur un système public. Le National Health System (NHS) est financé par l'impôt et géré par l'Etat. Il assure la gratuité des soins. La part des dépenses de santé dans le PIB est parmi la plus faible des pays développés. Mais c'est un système en faillite avec des hôpitaux débordés, mal équipés et où les patients doivent s'inscrire sur des listes d'attente pour bénéficier d'interventions non urgentes, ou qui viennent se faire soigner en France.

En fait, répétons-le, presque personne ne souhaite une intervention des organismes de prévoyance sociale dans le domaine sanitaire et social et beaucoup y sont hostiles.

## § 2- Les acteurs de santé

### *A- Les acteurs de secteur privé*

#### I. La médecine dite libérale

Partons de son maillon le plus simple, voire atomisé, mais promu dans la langue de bois politico sanitaire comme le premier recours dans le système de soins : la permanence des soins des médecins « de ville », dite ambulatoire (PDSA). Cette organisation, instamment demandée par les citoyens, voulue par le pouvoir exécutif et le pouvoir législatif, appelée à être mise en œuvre peu ou prou par les médecins eux-mêmes, par leur conseil de l'ordre, par

l'agence régionale de santé et par le Préfet, ne fonctionne qu'à minima quand ce n'est pas par réquisitions de l'autorité publique.

Peut-on en tirer un enseignement ? Notons encore que la permanence des soins ambulatoires des médecins libéraux (PDSA)<sup>698</sup> ne doit pas être confondue avec une autre mission de service public, celle de la permanence des soins en établissement de santé (PDSE) qui en diffère conceptuellement, fonctionnellement, juridiquement<sup>699</sup>. Organisée par l'ARS, suivant un territoire, la mission de service public de permanence des soins ambulatoire des médecins libéraux est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins exerçant en cabinets médicaux, en maisons, pôles, et centres de santé et dans les associations de permanence de soins, ou ayant gardé une pratique clinique. Voire avec ou par un établissement de santé. Les médecins établissent un tour de garde. Le préfet procède aux réquisitions éventuellement nécessaires après avis du conseil de l'ordre au directeur général de l'ARS. Accessible par un numéro national (15), la régulation téléphonique de permanence des soins et d'aide médicale d'urgence, seul champ de la mission de service public, est très souvent hébergée par un établissement public de santé. L'établissement public de santé en accueille parfois les installations. Le médecin libéral n'y est pas regardé lors des soins comme un collaborateur occasionnel du service public. La permanence doit répondre aux besoins non programmés de 20 h à 8 h, les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h, éventuellement le samedi après-midi, certaines veilles ou lendemain de jours fériés en fonction en fonction des besoins de la population<sup>700</sup>.

La permanence des soins ambulatoires reste, dans les déclarations du Conseil national de l'ordre des médecins « un sujet essentiel » en 2013<sup>701</sup>. Tant pour la population qui doit obtenir, affirme t-il, une réponse adaptée à ses demandes de soins non programmées. Mais aussi écrit-il à l'intérieur de la profession que ce soit au niveau du volontariat ou de la coordination à affirmer entre la PDS libérale et les services d'urgence. Et même dans l'organisation des Conseils de l'ordre qui consacrent « une part importante » de leur travail tant à la gestion des tableaux qu'aux discussions avec les ARS, en charge de l'organisation.

---

<sup>698</sup> Articles L. 6314-1 et L. 1435-5 CSP, respectivement articles 49-1 et 118 de la loi HPST du 21 juillet 2009.

<sup>699</sup> Article L. 6112-1 CSP, article 1<sup>er</sup>-IV de la loi HPST, Ibidem

<sup>700</sup> Article R. 6315 CSP, Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010.

<sup>701</sup> CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Etat des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013*, janvier 2014.

Son enquête susvisée confirme encore une tendance à l'érosion du volontariat et l'existence de zones blanches ou fragiles. En effet, sur environ un tiers des territoires, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est assurée par moins de dix volontaires, et par moins de cinq dans la moitié de ceux-ci). La France de la PDSA est divisée aujourd'hui en 1764 territoires. 61 % des territoires ne sont plus opérationnels à partir de minuit. Le pourcentage des volontaires (hors « dispensés » et médecins généralistes n'exerçant pas la médecine générale...) n'excède pas 60 % dans les 2/3 des départements alors que c'était le cas dans 73 % des départements en 2012. La participation des médecins à la permanence des soins ambulatoire renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale. Ainsi, dans les grands centres urbains, la permanence des soins ambulatoire est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins. Dans ce cas, le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. Dans ces zones urbaines, des médecins généralistes ont accepté de participer à la régulation médicale et permettent de soulager les médecins en zone rurale ou périurbaine. Le Conseil national de l'Ordre des médecins « déplore » une augmentation en 2013 du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées : 26 au lieu de 19. Quant aux doléances relatives à la PDSA transmises aux conseils de l'ordre et qui assurément ne doivent constituer qu'une faible part des incidents, elles peuvent émaner des médecins, des patients, mais aussi de la régulation médicale elle-même qui n'arrive pas à joindre le médecin effecteur. Des signalements portent sur les médecins qui oublient leur garde ou réclament des dépassements d'honoraires. Un certain nombre de réclamations émanent de maires, de services de police ou d'autorités judiciaires, à l'occasion d'actes médico administratifs, même si leur exécution n'est même pas obligatoire, demandés et non réalisés : certificats de décès, visites de gardes à vue en nuit profonde.

On le constate : la médecine dite libérale présente une organisation atomisée et plutôt à visée corporatiste par ses syndicats et déclarative par son Ordre<sup>702</sup>, même si y naissent des initiatives notamment de maisons médicales soit pluri professionnelles<sup>703</sup> soit simplement de garde.

---

<sup>702</sup> ROLANDIN (P.), *Organisation de la santé : le déclin de l'empire ordinal*, [www.pharmanalyses.fr](http://www.pharmanalyses.fr), 9 sept. 2012

<sup>703</sup> Mais, généralement, (pôle de santé pluridisciplinaire de 56-Bréhan) l'intention première y réside d'avantage en un rapprochement de professionnels qu'en un accompagnement personnalisé du patient (Centre médical de proximité du Franc-Moisin, 93 Saint-Denis.

Par ailleurs, l'évolution sociologique future du renouvellement du corps médical, mesurée à l'aune des nouveaux inscrits au conseil de l'ordre<sup>704</sup>, se caractérise par une propension au salariat, une désaffection de la médecine générale libérale, une installation urbaine privilégiant les villes de CHRU. Et une absence de contrainte à l'installation par le gouvernement *a contrario* de ce qui est imposé aux pharmaciens.

Les négociations conclues le 22 octobre 2012<sup>705</sup> avec les médecins libéraux<sup>706</sup> ont en fait élargi l'accès à d'autres médecins, n'ont pas élaboré de mécanisme de sanction souverain. Ouvertes dans l'intérêt des patients, mais sans solliciter leur concours, elles n'ont fait qu'augmenter le déficit des comptes sociaux et le coût des mutuelles, sans améliorer l'accès financier, territorial, et la permanence des soins ambulatoires, au grand dam du CISS (Collectif inter associatif sur la santé) regroupant les associations de patients. Les grèves subséquentes de médecins n'ont pas défendu un meilleur service aux patients, mais les revenus d'une partie des médecins qui ne rendent pas ce service.

Les organisations de médecins libéraux peuvent-ils constituer des vecteurs d'amélioration d'un service public territorial de santé ? On peut présumer que la finalité lucrative ne contrebalance l'éthique d'intérêt général indissociable d'une indépendance des puissances de l'argent influant sur notre système sanitaire. Ainsi pour illustration à large échelle, du financement projeté<sup>707</sup> par une Union régionale de professionnels de santé médecins libéraux

---

<sup>704</sup> CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Septième édition de l'Atlas national de la démographie médicale 2013*, réalisé à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre au 1er janvier 2013 : « L'Ordre n'ait jamais recensé autant de médecins inscrits au tableau (271 970 au 1er janvier 2013) et le nombre de médecins inscrits au tableau de l'Ordre devrait continuer de croître d'ici à 2018 ». « Sur l'ensemble des médecins nouvellement inscrits au 1er janvier 2013, 24,1% d'entre eux sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France ». « Seuls 9,8% des jeunes médecins inscrits choisissaient en 2007 l'exercice en libéral ». « Les jeunes diplômés français s'installent le plus souvent dans les départements où existent les CHU, si bien que les médecins à diplôme étranger ont tendance à s'installer dans d'autres secteurs, là où la demande est la plus forte ».

<sup>705</sup> Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011, NOR: AFSS1240928A, JORF n°0285 du 7 décembre 2012, page 19171, texte n° 21.

<sup>706</sup> Entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, la Confédération des syndicats médicaux français, le Syndicat des médecins libéraux et la Fédération française des médecins généralistes.

<sup>707</sup> HOSPIMEDIA-15/11/13, *Le financement par Bayer d'un projet de coordination des soins en maisons de santé crée la polémique*, En Languedoc-Roussillon, l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) médecins libéraux souhaiterait s'associer au laboratoire Bayer pour évaluer l'intérêt d'une coordination des soins à l'échelle de cinq Maisons de santé pluri professionnelles (MSP). Cette coordination serait financée à hauteur de 110 000 euros, en partenariat avec le président de la Fédération régionale des Maisons et pôles de santé du Languedoc-Roussillon. Ce coordonnateur aurait pour mission la gestion administrative des MSP : organisation de réunions pluri- professionnelles, gestion des stocks médicaux et paramédicaux ainsi que des déchets



(URPS) et par une Fédération de maisons et pôles de santé, d'un coordonnateur financé par un laboratoire pharmaceutique. Ce qui indique une proximité, ce qui montre un modèle d'éthique, ce qui indique que des organisations professionnelles n'hésitent pas à des patronages dangereux pour l'indépendance professionnelle et les droits des malades, et en l'occurrence les promeuvent.

Qu'en est-il des établissements de secteur privé dans lesquels exercent en majorité des médecins libéraux ?

## II. Les établissements de secteur privé.

### a) Les cliniques de statut commercial.

Il est malaisé de trouver des éléments de doctrine<sup>708</sup> sur l'organisation et surtout sur l'opérationnalité de santé publique ou de service public des établissements privés<sup>709</sup> régis par le code du commerce. Il est par ailleurs difficile de rassembler sur le sujet des informations significatives émanant des cliniques privées à but lucratif, du fait de leur nature juridique et de leur très grande diversité. En se référant aux déclarations des instances dirigeantes<sup>710</sup> de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), qui ne sont pas nécessairement celles des dirigeants des établissements, on perçoit une volonté de ne pas être exclues de l'organisation de santé de territoire. Cette position de participation opportuniste, ne paraît pas s'insérer dans une démarche d'acteur autonome de service public. Notre proposition finale de service public de santé de territoire permettra de confirmer ou d'infirmer cette évaluation, notamment chez

---

médicaux. Il serait aussi chargé de la coordination des actions individuelles de prises en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions d'éducation thérapeutique et de prévention. En contrepartie, le laboratoire pourrait participer aux réunions organisées dans le cadre de ce projet. Il pourrait aussi accéder gratuitement aux données rendues anonymes relatives à ce projet pour analyse. La Fédération nationale des infirmiers (FNI) a indiqué ses craintes devant ce projet. [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr).

<sup>708</sup> Citons cependant : *Droit hospitalier*, de DUPONT (M.), BERGOIGNAN-ESPER (C.), Paire (C.), Cours Dalloz, 8<sup>e</sup> édition, 2011, (963 p.), pp. 437 à 457.

<sup>709</sup> FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), *La concession de service public hospitalier*, Synthèse documentaire, Direction des Ressources Documentaires, Marie-Claire VIEZ, juillet 2008, [www.fhp.fr](http://www.fhp.fr) : La documentation présentée n'intègre pas la loi HPST et l'ouverture des missions de service public.

<sup>710</sup> HOSPIMEDIA 13/112012. Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, déléguée générale de la Fédération hospitalière privée (FHP) : « Pour nous, le service public ne renvoie pas à un statut d'établissement. Nous avons plus de 130 services d'urgence dans le privé qui rendent des missions de service public. Le service public, c'est rendre un service de santé, quel que soit ce service, à un usager sur un territoire donné. Pour nous, le schéma idéal serait, au sein d'un territoire, que tout usager puisse avoir accès à des besoins curatifs, préventifs ou thérapeutiques. Sous l'impulsion des pouvoirs publics, tous les acteurs doivent être identifiés et mis à contribution. La contractualisation engage les acteurs sur un objectif. Ce dont je parle ici, c'est d'un accord qui engage tous les acteurs sur un territoire pour garantir un service aux patients, quels qu'ils soient et où qu'ils soient. »

les grands groupes de l'hospitalisation de statut commercial<sup>711</sup>. Leur contribution éventuelle à un renouveau du service public en santé, reste ainsi peu déterminable. L'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée<sup>712</sup> mis en place par le ministère de la santé fournit au gouvernement et au parlement quelques données assez générales. Au niveau de l'exploitation, les cliniques privées disposent d'un certain nombre d'atouts, notamment de flexibilité et parfois de présence dans des territoires reculés.

Citons les approches effectuées par l'Inspection générale des affaires sociales en septembre 2012, dans son « Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins<sup>713</sup> ». Elle relève que « les cliniques sont engagées dans une recherche active de volumes d'activité et de recettes annexes complétant les produits de facturation des séjours. Les plus grandes d'entre elles ont également opté pour une stratégie de diversification de leur case-mix, visant à se prémunir des aléas tarifaires ». L'IGAS précise que « les cliniques se sont en outre résolument engagées dans le développement de filières de soins et le déploiement hors les murs (centres dédiés à la prise en charge ambulatoire, consultations avancées, etc.) qui répondent à la fois à la nécessité d'adosser les établissements isolés et de petite taille à un plateau technique et une équipe médicale plus importants, et à sécuriser l'apport d'activité vers l'établissement de référence. » Le rapport de l'IGAS conclut : « Elles n'en sont pas moins confrontées à la difficulté que représente la conciliation en leur sein d'intérêts potentiellement divergents, ceux de l'établissement lui-même et ceux des médecins qui y exercent à titre libéral. La question des dépassements d'honoraires en constitue la manifestation la plus visible en même temps qu'un défi posé au régulateur comme aux établissements<sup>714</sup> ». D'après ces éléments d'appréciation, il ne semble pas que les cliniques

---

<sup>711</sup> Par ordre décroissant de chiffre d'affaires en 2013 : Générale de Santé, Médipartenaires, Orpéa, Korian, Vitalia, Medica France, Capiro, Vedici. Ces groupes justifient de plus de 25 établissements chacun, d'être présent dans au moins cinq régions et de faire un chiffre d'affaires de 500 millions d'euros. Source : comité exécutif FHP, actualisée 2014.

<sup>712</sup> Auparavant assuré par le conseil de l'hospitalisation, le suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation est à présent le fait d'un Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée ([www.sante.gouv.fr/l-observatoire](http://www.sante.gouv.fr/l-observatoire)). Installé en septembre 2007, composé de représentants des fédérations hospitalières, des administrations ministérielles et des organismes d'assurance maladie, il doit remettre chaque année au gouvernement et au Parlement deux rapports de suivi des dépenses de l'assurance maladie pour les cliniques privées à but lucratif.

<sup>713</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*, Rapport RM2012-112P, Septembre 2012, Synthèse page 5, établi par Fabienne Bartoli, Nathalie Destais, Isabelle Yeni, Hubert de Beauchamp.

<sup>714</sup> IGAS, Ibid.

privées à but lucratif soient tentées, tout au moins actuellement de se diriger vers des soins aux populations en fracture sanitaire.

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

Les ESPIC ne couvrent pas tous les spectres d'activité, tout en constituant des alliés essentiels surtout en cancérologie, mais aussi en soins médico sociaux, et en soins de suite et de rééducation-réadaptation fonctionnelle (SSR) particulièrement aptes à la prise en charge globale du patient, de toutes les dimensions de la personne et de son environnement dans un objectif de réinsertion.

La FEHAP<sup>715</sup> regroupe les ESPIC dont ceux de la Mutualité française et d'UNICANCER. Ces établissements veulent<sup>716</sup> un renouveau du service public hospitalier lié à leur au statut des établissements. Rejoignant les positions de la Fédération hospitalière de France (FHF), ils souhaitent un « bloc de service public » partagé par les établissements publics de santé et les établissements de santé privés d'intérêt collectif.

Les ESPIC veulent en effet s'engager sur une absence de reste à charge des patients après intervention des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Mais aussi à définir et valider des orientations stratégiques associant l'établissement et l'ARS, organiser leur transparence des comptes, appliquer la possibilité de mise sous administration provisoire, le respect des principes de neutralité, de continuité du service public, l'obligation de proposer une réponse de santé à des territoires non couverts et une absolue absence de lucre des dirigeants non-salariés. Enfin ils visent l'intégration de la participation des usagers et de leurs organisations représentatives dans la gouvernance des établissements et dans la gouvernance du service public territorial.

Cette évolution doctrinale nous paraît correspondre à notre approche de renouveau du service public hospitalier, d'autant que les ESPIC contribuent légalement à ses garanties principales, hormis celle de mutabilité. Ils peuvent donc être considérés, tant éthiquement que stratégiquement, comme pouvant participer de ce renouveau opérationnel.

---

<sup>715</sup> FEHAP : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne.

<sup>716</sup> La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne et le Groupe hospitalier UNICANCER, regroupant les vingt centres de lutte contre le cancer (CLCC) d'une part et la Fédération hospitalière de France (FHF) ont participé au groupe de travail sur le Service public hospitalier (SPH) et le Service public territorial de santé (SPTS) présidé par Bernadette DEVICTOR, Présidente de la Conférence nationale de santé, suivant la lettre de mission du Ministre de la santé en date du 13 juin 2013. Rapport mars 2014, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

## ***B- Les « autres acteurs de santé » du CSP.***

Décrits dans un titre II spécifique du Livre 4 de la Partie 6 du Code de la santé publique, d'autres services de santé contribuent aujourd'hui fortement à un ajustement des parcours de soins autour de la personne et contribuent à un service public de santé. Il s'agit des maisons, pôles, centres et réseaux de santé. Leur rôle est diffus, leurs créations le plus souvent soumises à la « main invisible » des besoins de santé et des initiatives personnelles.

Avant d'examiner l'élargissement de leur utilisation dans la partie II de cette thèse, examinons ici leurs potentialités actuelles et leur filiation juridique.

### **I. Services de santé issus de la loi HPST<sup>717</sup>.**

#### **a) Les maisons de santé.**

Les maisons de santé ou MSP (maisons de santé pluri professionnelles) ont été initiées dès la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008<sup>718</sup>. Personnes morales en nombre croissant<sup>719</sup>, éligibles aux nouveaux modes de rémunération (NMR), elles coordonnent dans un projet de santé conforme aux schémas régionaux, des professions libérales tant médicales, qu'auxiliaires médicales et pharmaciennes. Elles assurent des activités de premier ou deuxième recours, sans hébergement, et peuvent participer à des actions de santé publique et d'éducation pour la santé. Elles doivent être distinguées des maisons médicales de garde, à l'efficacité-coût variable, en général associations, simplement destinées à contribuer à certaines heures à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) « de ville ».

#### **b) Les pôles de santé.**

Les pôles de santé ont, eux, été créés par la loi HPST, ce qui explique leur faible nombre en 2014. Ils assurent des activités générales de soins de premier et éventuellement de second recours, peuvent participer à celles de prévention, de promotion de la santé et aussi de sécurité sanitaire prévues au schéma homonyme. Professionnels de santé, maisons, centres, établissements de santé, ESMS, GCS, GCSEMS peuvent en constituer les promoteurs. Le rapport parlementaire Bernier du 30 septembre 2008 en espérait une structuration de l'offre de

---

<sup>717</sup> Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, respectivement articles 39 et 40, et respectivement articles L. 6323-3 et 6323-4 CSP.

<sup>718</sup> Loi n° 2007-786 du 19 décembre 2007, article 44-V.

<sup>719</sup> A fin 2013, six cent seraient en fonctionnement et cent en cours de réalisation.

premier recours sur la base d'un projet médical de territoire. Peu activés par les pouvoirs publics, ils ne bénéficient toujours pas de déclinaison réglementaire ou même administrative.

## II. Services de santé issus de la loi Kouchner<sup>720</sup>

### a) Centres de santé

Les centres de santé, confirmés par la loi HPST, constituent des structures sanitaires de proximité au nombre d'environ 2000, d'exercice salarié pluri professionnel, de recours, et dispensent tout acte de prévention, d'investigation ou des soins médicaux, paramédicaux ou dentaires. Ils sont créés ou gérés par des organismes à but non lucratif ou des collectivités territoriales ou des établissements de santé et élaborent un projet de santé. Leur financement, souvent difficile, provient des honoraires de la nomenclature, des caisses d'assurance maladie, des collectivités territoriales, du FIQCS, et de l'ARS avec un CPOM. Ils s'engagent au tiers payant à honoraires opposables, à des normes d'effectifs de personnel, à des référentiels qualité, salariat des médecins; participent à des coopérations, GCS, assurent des missions de service public. Les centres de santé créables et gérables par les établissements de santé ne disposent d'aucune application réglementaire ou administrative. Nous les évoquerons plus loin.

### b) Réseaux de santé.

Les réseaux de santé favorisent la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité, l'accès aux soins spécifiques à certaines pathologies. Ils sont un lien d'éducation sanitaire, prévention, diagnostic et d'actions de santé publique. Ils se trouvent ainsi particulièrement centrés sur les besoins globaux de la personne. La variété de leurs natures, tailles, objets, constituants explique la difficulté de leur dénombrement qui se situerait dans un ordre de grandeur de 5000. Ils regroupent formellement ou non, organiquement ou fonctionnellement, professionnels, établissements, centres de santé, GCS, organismes sanitaires, sociaux, médico sociaux, représentants des usagers, réseaux de réseaux... le plus fréquemment en direction des soins palliatifs, difficultés de l'adolescence, lutte contre la toxicomanie, précarité, alcoologie, hépatologie, périnatalité, gérontologie, cancérologie, maladies rares, chroniques: obésité, insuffisance respiratoire, diabète de type 2, plaies.

---

<sup>720</sup> Loi Kouchner n° 2002-303 du 4 mars 2002, respectivement articles 53 et 84 et respectivement articles L. 6323-1 et 6121-1 CSP.

### III. Les services d'hospitalisation à domicile (HAD).

Les services d'hospitalisation à domicile<sup>721</sup> voient 40% de leurs séjours assurés par l'hôpital public qui commence à y voir une ouverture, non seulement nécessaire à l'aval de ses soins, mais aussi propre à se rapprocher d'une médecine de coordination avec le secteur libéral et des soins plus individualisés et influant sur l'entourage familial<sup>722</sup>.

#### CONCLUSION du Chapitre 1.

Ainsi, les « autres services » au sens du CSP,<sup>723</sup> c'est-à-dire les réseaux, centres (notamment dépendant de certaines municipalités<sup>724</sup>), maisons et pôles de santé en activité, d'origine et d'activité très divers ainsi que les services HAD apportent une décentralisation humaine, souple et de proximité très remarquable. Nous devons nous en inspirer pour imaginer un renouveau du service public hospitalier. Les établissements de santé privés d'intérêt collectif pourront être associés et contribuer à un renouveau opérationnel de service public hospitalier.

Quant aux autres acteurs entourant le service public hospitalier, qu'ils soient centraux ou décentralisés, leur concours opérationnel vraisemblable de refondation du service public de santé n'apparaît pas déterminant.

Quels seraient les objectifs d'un élargissement du service public qui serait non plus hospitalier, ni celui de l'hôpital, ni des établissements de santé, ni des autres acteurs sanitaires, mais le propre d'un service public de santé ? C'est-à-dire d'un service public ne partant pas (seulement) des nécessités administrées des maladies ou de la « population », de l'offre de soins et des stratégies des acteurs de soins, mais des besoins individuels de santé des malades et des attentes personnalisées des citoyens-usagers-clients-patients ?

---

<sup>721</sup>Loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, art. 128 (V) non codifié au CSP. Décret n° 2012344 du 31 mars 2010, art. 174, codifié CSP art. R. 6121-4-1 et 6121-5.

<sup>722</sup> Pour illustration, le CHRU de Montpellier a inauguré le 13 novembre 2013 un service HAD. La file active de cinquante patients provient encore à 80% des services hospitaliers et à 20% des acteurs libéraux.

<sup>723</sup> ROMANENS (JL), « Réseaux, centres, maisons, pôles de santé, pour quels services ? », Revue Droit et Santé n° 49, septembre 2012, p.643. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)  
Les « autres services de santé » : L. 6321 à 6323 du CSP.

<sup>724</sup> Quatre centres de soins et de prévention, dont le centre municipal de santé Le Cygne à Saint-Denis, [www.ville-saint-denis.fr](http://www.ville-saint-denis.fr). Mais les collaborations municipalité/hôpital sont politiquement aléatoires.

Il convient dès lors d'examiner le contexte et les modes d'appréhension des besoins individuels par un éventuel service public de santé de territoire.

## CHAPITRE 2 : LE CONTEXTE ET LES STRATEGIES D'UN RENOUVEAU

Le renouveau d'un service de santé d'intérêt général semble arrêté devant un double paradoxe. Car il paraît frappé d'aboulies entre un **contexte d'urgence sociétale (S1)** impliquant d'agir rapidement, et devant des **stratégies parfaitement identifiées (S2)** faisant consensus mais en pénurie d'acteurs.

### Section 1 : Un contexte d'urgence sociale.

Deux pressions sociétales s'exercent fondamentalement de manière diffuse, désorganisée et en en sens opposé. D'une part une **somme de besoins individuels (§ 1)** réclame sa satisfaction et d'autre part le **dérapiage systémique des dépenses sociales (§2)** contribue à faire vivre à crédit international notre santé et notre pays.

#### § 1 Une somme de besoins individuels.

Les rapports entre les aspirations du citoyen et le droit ont été justement posés aux sixièmes rencontres Montpellier-Sherbrooke<sup>725</sup> : « La théorie classique du droit repose sur une conception de l'homme comme un être dé-substantialisé et désensibilisé, afin de mieux l'enserrer dans des statuts juridiques contraignants.[...] Cependant, cette posture épistémologique traditionnelle est aujourd'hui bousculée par un désir d'individuation, d'une reconnaissance de l'être dans sa singularité, se manifestant par une demande de prise en compte de ses sentiments par le droit ».

Le contexte social se caractérise notamment par une émergence des comportements et des aspirations au propre arbitre, de recherche de qualité de vie, tant chez les individus que chez les acteurs de santé, notamment chez les plus jeunes d'entre eux. Aussi par le poids individuel, sanitaire, financier et social des maladies chroniques c'est-à-dire, suivant l'acceptation de l'OMS, nécessitant une prise en charge s'étendant sur plusieurs années ou

---

<sup>725</sup> FORTIER (V.), LABEL-GRENIER (S.), (sous la direction de), *Le sentiment et le droit, Rencontres juridiques Montpellier-Sherbrooke*, (UM1-UMR 5815), Epistémologie du droit, Les éditions Revue de droit, sommaire, ISBN 978-2-920003-52-1 | 10/2012.

décennies<sup>726</sup> et qui touchent en France 15 millions de personnes. Neuf millions d'entre elles (en croissance de 1,3 million par an) sont inscrites et prises en charge au titre d'une des 29 affections de longue durée<sup>727</sup> (ALD) limitant l'individu fonctionnellement et socialement, le rendant dépendant de diverses thérapies : elles représentent aujourd'hui, avec leurs pathologies associées (comorbidités), environ 60% des dépenses de l'assurance maladie et 70% de leur croissance. Ce poids s'accroît d'une part en raison de causes environnementales engendrées par la nature même de notre modèle social, d'autre part de l'amélioration des thérapeutiques qui transforment des pathologies aiguës en pathologies chroniques à long terme de survie. S'ajoutent différentes aides sociales liées, dans un contexte de cumul des déficits financiers des régimes de protection sociale<sup>728</sup>.

## § 2 Le dérapage systémique des dépenses sociales.

La Cour des comptes vient d'avancer dans son rapport 2013 « La Sécurité sociale »<sup>729</sup>, une série de mesures radicales destinées à réduire le déficit de la Sécurité sociale dont le cumul s'élevait à 147 milliards d'euros à fin 2011. L'atonie de la croissance et la moindre progression des recettes, phénomènes liés à la crise économique traversée par la France devraient se traduire en 2013, selon la Cour, par un « coup de frein brutal dans le mouvement décroissance de la dette initié depuis 2010 ». Ainsi, le déficit devrait au mieux, se stabiliser au niveau de 2012 (- 17,4 milliards) avant impact éventuel de la négociation sur la réforme des retraites sur les comptes de la branche vieillesse. Quoiqu'il en soit, pour la seule assurance maladie, le déficit s'est creusé de 6 à 8 milliards en 2012. Les propositions de la cour touchent la plupart des secteurs du système de santé. Qu'en est-il de celui du service public hospitalier ?

La Cour s'improvise gestionnaire et pense y trouver « un gisement considérable d'économies », considérant que les contraintes pesant sur les établissements ont été « relativement modestes ». En 2012, est-il noté, le secteur de l'hospitalisation publique, n'a réalisé que 550 millions

---

<sup>726</sup> Ainsi pour : asthme, cancer, diabète, obésité, VIH, maladie d'Alzheimer... l'HTA étant en sursis de prise en charge

<sup>727</sup> « *Maladies chroniques, une vision renouvelée du parcours de soins* », Lettre d'information de la Haute autorité de santé n° 33, octobre-décembre 2012, Focus, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr),

<sup>728</sup> Dans la zone euro, seule la France affiche un déficit social de 0,6 % du PIB en 2011.

<sup>729</sup> COUR DES COMPTES, *LA SECURITE SOCIALE, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr), Passim pp. 13, 185, 209, 335.



d'économies sur l'ONDAM hospitalier. Ce qui nous apparaît non négligeable, ce dernier constituant une contrainte sur un service public garantissant permanence, égalité d'accès et tarifs règlementés soumis à la baisse de l'effet « prix-volume ».

La Cour des comptes préconise des réformes structurelles “indispensables” au redressement des comptes et pointe que les “réorganisations devraient être amplifiées, les efforts de gestion accrus”. L'une des voies selon elle pour y parvenir est de rattraper le retard “considérable et persistant” accumulé par notre pays en chirurgie ambulatoire. Ce qui nous paraît très pertinent et d'ailleurs une évolution réelle de la pratique hospitalière. Cependant elle y voit, sans qu'on en cerne le contour de son calcul par nature incertain et multifactoriel, jusqu'à 5 milliards d'économies, soit 7 % des dépenses hospitalières financées par l'assurance maladie. Car elle part de l'hypothèse de la fermeture en parallèle, des lits de chirurgie conventionnelle qui seraient sous-utilisés. Or "pour les 56 principales interventions (de chirurgie ambulatoire), même avec un taux de 100% ne tenant pas compte de la situation sociale des patients, l'écart de coût entre les tarifs ambulatoires et les tarifs conventionnels n'était en 2012 que de 570 millions d'euros", estime la FHF<sup>730</sup>. Soit 11% du montant affiché par la Cour des comptes. De plus, un basculement sur l'ambulatoire ne signifierait pas une suppression des 100 000 emplois soignants estimés par la Cour des comptes. L'hospitalisation ambulatoire génère de nouveaux besoins humains sur l'information et l'organisation du parcours des patients avec des infirmiers et aides-soignants dédiés. Les services de chirurgie conventionnelle n'auront plus en charge que des cas lourds, sur une permanence de service public inchangée, ce qui limite des économies d'effectifs. En outre, l'objectif cible global de 80% de prise en charge en ambulatoire ne tient aucunement compte de fortes disparités entre les spécialités. De fait, le seuil ambulatoire global "optimiste" s'établit, selon la FHF, aux alentours de 56% contre 40% en 2012, dont 42% pour le seul secteur public (28% en 2012). Les CHU peuvent progresser sous trois ans à 38% (23% en 2012), les CH à 46% (31%), les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) à 42% (25%), les CLCC à 27% (15%), le privé non lucratif à 55% (37%) et les cliniques à 66% (49%).

La pratique hospitalière enseigne, et la réalité des garanties de service public apportées aux patients de secteur public marquent qu'il est difficile pour une institution juridictionnelle sans expérience de gestion de la santé, de transposer une idée trop radicale depuis l'activité privée

---

<sup>730</sup> Fédération hospitalière de France, Etude du 21 janvier 2014, présentée le 4 décembre 2013 devant l'Académie nationale de chirurgie

vue par des magistrats, à l'activité de service public hospitalier. Que seraient les critiques de l'institution financière si, faute de lits vacants d'hospitalisation complète, les admissions en chirurgie étaient reportées dans le temps comme en Grande-Bretagne, si l'aval des urgences se paralysait. Et si les patients de spécialités chirurgicales, qui sont très diversifiées et spécialisées, devaient se voir incités à une chirurgie ambulatoire par nature restreinte à certaines indications et à certains patients choisis ? Enfin, la Cour élude-t-elle peut-être le rôle sinon dissuasif, tout au moins peu incitatif de la tarification à l'activité en comparaison de la chirurgie privée à l'acte, dans la compensation des charges de la plupart des chirurgies ambulatoires publiques. Dans ce sens, il est vraisemblable que dans le cadre d'un programme commun avec l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), la Haute autorité de santé (HAS) publie en 2013 des recommandations pour adapter les incitations tarifaires, afin d'accélérer le déploiement de la chirurgie ambulatoire dans les EPS. En l'état, est instaurée dans la T2A une harmonisation tarifaire entre chirurgie ambulatoire et chirurgie hébergée pour les interventions de gravité faible (1) ce qui favorise le secteur privé. Devrait s'ensuivre celles des niveaux de gravité 2, 3 et 4 qui concernent particulièrement le secteur public et surtout une analyse des raisons autres que médicales qui nécessitent un hébergement de type socio-économique propre surtout aux hôpitaux publics<sup>731</sup>. Enfin la Cour se devrait de proposer la réforme du sous-financement des bornes basses de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) qui n'incitent pas au séjour très court, en rémunérant mal le surcoût fonctionnel de la chirurgie ambulatoire.

Les magistrats de la rue Cambon veulent également développer l'hospitalisation à domicile et tout en recevant cette préconisation, on peut formuler les observations qui précèdent.

Toujours dans le secteur de l'hospitalisation, la Cour des comptes recommande la mutation des anciens établissements de santé privés à but non lucratifs (ESPBNL) devenus établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et des anciens hôpitaux locaux devenus toujours dans la loi HPST, centres hospitaliers. Ces derniers pourraient, ajoute-t-elle, bénéficier d'un financement mixte c'est-à-dire d'une tarification à l'activité et d'un financement forfaitaire afin de devenir un appui géographique en particulier dans les zones en risque de désertification médicale. Nous développerons une extension de cette préconisation plus avant dans cette thèse.

---

<sup>731</sup> HAUTE AUTORITE DE SANTE, *Lettre d'information de la HAS n° 37, Dossier chirurgie ambulatoire*, octobre-décembre 2013, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

Dans la même préoccupation de permanence des soins ambulatoires et par rapport au coût et à la dénaturation de la mission de l'aide médicale d'urgence (AMU) en charge très majoritairement des hôpitaux publics hospitalières, la juridiction suggère révolutionnairement de confier aux agences régionales de santé (ARS) l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé, médecins, pharmaciens et leur financement. La juridiction considère que le système actuel aboutit à une explosion des dépenses, qui ont triplé en dix ans, pour atteindre 700 millions d'euros, sans pour autant "avoir permis de désengorger les urgences hospitalières". Nous ajouterons que cet engorgement représente une maltraitance des patients. De plus, est-il souligné, l'intervention d'associations type SOS-médecins en superposition avec le 15, apparaît source de dépenses supplémentaires, selon la Cour. Elle estime que les agences régionales de santé devraient coordonner bien plus rigoureusement l'organisation de la permanence des soins ambulatoires dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des financements que l'assurance maladie y consacre, incluant la rémunération des actes médicaux. Il est vraisemblable que la médecine libérale jugera cet avantage pour le patient trop contraire à la préservation d'une liberté qui n'est qu'un privilège exorbitant et singulier. Mais cela conforte notre proposition ultérieure de pôles hospitaliers interdisciplinaires de santé pour venir en appui des situations de fracture sanitaire, parfois avec l'appui des ESPIC et des ex-hôpitaux locaux.

## Section 2 : Des stratégies identifiées.

Les stratégies d'évolution rencontrent de nombreux intérêts contraires ou pire, désintérets particuliers. Mais, paradoxe, elles sont largement identifiées et convenues.

Tout d'abord un meilleur « maillage »<sup>732</sup> de l'implantation des médecins tant géographiquement<sup>733</sup> qu'en fonction de leurs tarifs ainsi que de la permanence des soins attendue par les patients. Dans les programmes électoraux des candidats à l'élection présidentielle, ce thème retenait très sommairement l'attention des candidats majeurs, par ailleurs assez peu diserts sur le système de santé<sup>734</sup> et sur la principale question du citoyen :

---

<sup>732</sup> VIGNERON [E.], *Les inégalités de santé dans les territoires français*, Elsevier Masson, 2011, p. XVIII.

<sup>733</sup> La notion couramment évoquée de « désert médical » ou mieux, de « fracture sanitaire » obéit à de nombreux paramètres.

<sup>734</sup> ROMANENS (JL), *La santé est-elle politiquement soluble ?*, RDS n° 47, mai 2012, p. 327. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)

comment répond-on à l'accès à l'égalité des soins dans un pays égalitariste où l'on dépense près de 12% de la richesse nationale pour la santé.

Les recettes à appliquer encombrant les colloques, études, cercles, publications. Soit nécessité de nouveaux modes de rémunération (NMR) notamment par forfaits, harmonisation des pratiques, échanges entre professionnels, formation initiale et continue. Mais aussi de construction et opérationnalisation de parcours personnalisés de soins (PPS) adaptant la prise en charge de chaque malade à son contexte personnel et social. Enfin de continuité entre les actions de santé publique<sup>735</sup>, de prévention, de soins de recours à domicile, ambulatoires et en établissements, de soins y compris de santé mentale<sup>736</sup>, de suite et de réadaptation, et plus largement médico sociaux<sup>737</sup>, associant la recherche et l'enseignement. Concomitamment, la transversalité en parcours de soins et en réseaux, centres, maisons et pôles de santé ; coopération en filières de soins au travers de ces « autres services »<sup>738</sup>. Aussi notamment par communautés hospitalières de territoire<sup>739</sup>, groupements de coopération sanitaire<sup>740</sup>, coopérations entre professionnels de santé<sup>741</sup> ou simples associations. Coordination systémique entre la psychiatrie et la médecine organique, que ce soit avec la médecine générale libérale<sup>742</sup> ou avec la médecine hospitalière<sup>743</sup>.

---

<sup>735</sup> La loi dite HPST a introduit la novation de la mission de service public dénommée « actions de santé publique » (11° de l'article L. 6112-1 du code de la santé publique) encore d'utilisation non systémique mais focalisée : prévention (suicides, adolescents, jeunes addictions, VIH/SIDA/hépatites, surpoids/obésité, dépistage des cancers du sein et du côlon, ETP pris en compte dans le SROS LR), populations en précarité.

<sup>737</sup> DELANDE [G.] et AMIEL [P.], *Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile*, RDS, n°34, mars 2010, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds). Ils y soulignent l'importance de deux voies d'évolution : la répartition spatiale de l'offre ambulatoire et le déplacement des capacités hospitalières au profit du système médicosocial.

<sup>738</sup> Articles L. 6321-1 et suivants du CSP.  
ROMANENS (JL), *Réseaux, centres, pôles et maisons de santé : pour quels services ?*, Revue Droit et santé n° 49, septembre 2011, p. 643. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

<sup>739</sup> Article L. 6132 du CSP.

<sup>740</sup> Article L. 6133 du CSP.

<sup>741</sup> Articles L. 4011-1 et suivants du CSP.

<sup>742</sup> GUIGUE [S.], *Présentation synthétique du bilan du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, Revue Droit et Santé, n° 47, mai 2012, p. 434. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds). Dans ce bilan - étendu à 2010- le rapport du Haut conseil de santé publique rejoint sur cette préconisation celui de la Cour des comptes.

<sup>743</sup> Hospimedia.fr. Le Centre hospitalier spécialisé de La Chartreuse à Dijon et le Centre de collaboration de l'OMS de Lille ont rendu publique le 28 novembre 2012 une enquête portant sur 2100 médecins généralistes de 101 secteurs de santé mentale : de 50 à 59% des MG estiment que les prises en charge tant hospitalières

La recherche de synergie à l'intérieur d'un même groupe hospitalier montre l'efficacité d'une coopération intégrée des acteurs de santé<sup>744</sup>. Enfin ce qui précède doit être couplé avec une coordination des soins associant les patients entre médecine de proximité, médecine ambulatoire et hospitalière<sup>745</sup>, hospitalisation à domicile, pharmaciens d'officine et laboratoires de biologie, médecine de soins de suite et de réadaptation et médecine en réseau avec les personnels de santé libéraux<sup>746</sup> établissant une chaîne de soins avant/pendant/après, appuyée sur un dossier médical partagé du patient<sup>747</sup>.

Soit, pour ce qui nous paraît constituer une voie opérationnelle d'extension et de renouveau du service public au-delà du mode préconisé par un groupe de réflexion : une « médecine ambulatoire coordonnée qui permette à l'hôpital les supports de son ouverture »<sup>748</sup>.

Soit suivant notre thèse, par des centres de santé au sein de pôles de santé<sup>749</sup> réunis dans ce que nous dénommerons plus loin, Pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (PHIS), oeuvrant dans des missions de service public de santé de territoire.

---

qu'ambulatoires dans les secteurs publics et privés sont inadaptées et de 76 à 84% qu'elles sont insuffisantes. Ils en attribuent les causes aux délais d'attente et de manque de place pour 90%, aux difficultés de communication et de liaison pour 71%, au manque d'information sur le fonctionnement et en ce qui concerne le patient, pour 42% au déni de trouble psychiatrique.

<sup>744</sup> Expérience lancée et menée par l'auteur au sein du Groupe hospitalier Sud-Réunion à partir de 1999.

<sup>745</sup> ROMANENS (J.-L.), *La médecine de ville, l'hôpital et l'usager*, Décision santé, septembre 2011, p. 25.

<sup>746</sup> DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (*Document de réflexion pour une politique nationale de santé 2011 – 2025*) [www.sante.gouv.fr/avis-du-16-12-11](http://www.sante.gouv.fr/avis-du-16-12-11).

<sup>747</sup> ROMANENS (J.-L.), *Le DMP : un dossier médical personnel encore peu partagé*, Revue Droit et santé, n° 47, mai 2012, p. 358. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

<sup>748</sup> TERRA NOVA. La fondation progressiste. Projet 2012- contribution n°29, [www.tnova.fr](http://www.tnova.fr).

<sup>749</sup> Respectivement articles L. 6323-1 et 6323-4 CSP.

## CONCLUSION du chapitre 2.

Tant le besoin d'individualisation des prises en charge, l'explosion des dépenses sociales dans le mécanisme de médecine à l'acte, que le caractère essentiellement curatif et prioritairement sanitaire que nous connaissons au système de santé, exigent de dépasser l'impuissance politique et technocratique. En donnant place aux opérateurs de santé compétents dans le cadre de valeurs de service public et de prise en charge globale de la personne dans sa trajectoire de vie.

Il semblerait que puisse se développer à terme les conditions de création de centres de santé à l'intérieur de pôles hospitaliers inter professionnels de santé dont nous développerons plus loin les modalités.

Le conseil des ministres du 9 octobre 2013<sup>750</sup> a entériné une stratégie de financement de la sécurité sociale pour 2014 visant en particulier à renforcer les soins de premier recours, dans le cadre du pacte territoire santé notamment des coopérations interprofessionnelles et à engager la réforme du financement des hôpitaux avec prise en compte des établissements isolés et expérimentation d'un financement au parcours.

## CONCLUSION du Titre 1.

Un renouveau de service public adapté à la personne, clef de voûte d'un système sanitaire rénové, ne semble pas en l'état pouvoir reposer ou se fonder sur les acteurs dont nous avons décrit l'utilité : Etat, organismes de prévoyance sociale, acteurs de santé privés libéraux et commerciaux, « autres acteurs de santé ». Mais dont l'opérationnalité juridique ou fonctionnelle, l'objet, ou les finalités économiques ne peuvent laisser espérer un tel rôle à l'exception du concours potentiel des établissements de santé privés d'intérêt collectif, de certaines maisons de santé, des centres de santé et des pôles de santé.

Ni l'urgence sociale, ni des stratégies largement identifiées, dont le système actuel ne permet pas la satisfaction, inclinent à imaginer de nouveaux rôles de service public. Par défaut et ès opérationnalité, une charge de renouveau doit être confiée au service public hospitalier.

Il convient dès lors d'examiner les avancées pouvant naître de deux concepts novateurs.

---

<sup>750</sup> Extrait du compte rendu du Conseil des ministres du 9/10/13 relatif au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 : « Le PLFSS 2014 est ainsi la première étape dans la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé, visant à renforcer les soins de premier recours, dans le cadre du pacte territoire santé (coopérations interprofessionnelles, télémédecine). D'autre part à engager la réforme du financement des hôpitaux (prise en compte des établissements isolés, meilleure maîtrise des volumes d'activité, expérimentation d'un financement au parcours). Enfin, adapter le pilotage financier du système de santé (identification d'un sous-objectif ONDAM pour le fonds d'intervention régional, amélioration de la fongibilité) ».

## TITRE II - INSTAURER DEUX NOVATIONS DE SERVICE PUBLIC

*Soyons réalistes, souhaitons l'impossible*<sup>751</sup>

L'homme est la mesure de toute chose, de l'être de celles qui sont, et du non-être de celles qui ne sont pas<sup>752</sup>.

« Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie, ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible »<sup>753</sup>.

Peut-on avancer que les souhaits des patients ou à la rigueur des représentants des usagers, ou qu'un centrage sur les besoins des malades constitue aujourd'hui le départ et la conduite des projets de santé et des projets d'établissements ? Et les influencent-ils ?

Les intentions sont là : certains projets régionaux de santé (PRS) d'Agences régionales de santé (ARS)<sup>754</sup> marquent leur volonté d'approche transversale et centrée sur l'utilisateur, renforcée par l'identification de « parcours en santé » dans lesquels la démarche se fixe notamment, de partir de l'utilisateur et de son vécu en recherchant des solutions innovantes d'exercice professionnel confortable, diversifié et sécurisé dans les soins de premier recours. Car l'un ne peut aller sans l'autre.

Mais évoluer d'un service public de la maladie à un service public pour la personne implique la formalisation juridique et la mise en opérationnalité d'outils spécifiques. Aussi nous proposons deux nouveaux vecteurs sanitaires.

---

<sup>751</sup> Pastiche du slogan de mai 1968, « Soyez réaliste, demandez l'impossible », s'opposant à l'antienne contemporaine : soyez réaliste, renoncez à vos illusions.

<sup>752</sup> Selon le philosophe grec (~-490 - ~-420) PROTAGORAS (*Traité des dieux*), rapporté par PLATON (*Théécète*, p.69)

<sup>753</sup> Article 1110-1 CSP codifié par la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, art. 3, ainsi cité par VIALLA [F], in : « Multiplicité d'acteurs et communication des données personnelles », [www.chu-montpellier.fr/phototheque](http://www.chu-montpellier.fr/phototheque)

<sup>754</sup> Rapport d'activité et d'orientation 2011 de l'ARS Languedoc Roussillon, [www.ars.languedocroussillon.santé.fr](http://www.ars.languedocroussillon.santé.fr), pp. 14 et 44.

Nous examinerons l'éventuelle pertinence d'une nouvelle **mission de service public de santé de territoire ouverte à tous les établissements de santé (CH 1)** et d'autre part, de celle de **pôles hospitaliers interprofessionnels de santé créés par des établissements publics de santé (CH 2)**.

## CHAPITRE 1 : VERS UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC DE SANTE DE TERRITOIRE.

Une certaine approche de la notion de service public de santé, « termes de la décision du Tribunal des conflits du 22 février 1960<sup>755</sup>, consacrés par la loi Boulin en 1970<sup>756</sup>, avec la création du service public hospitalier<sup>757</sup> » a été brouillée par la loi HPST. Signe d'une difficulté tant juridique que politique, sanitaire ou d'opinion, le gouvernement se préoccupe depuis 2013 de trouver un *ersatz* à l'approche faussement large du service public dans le domaine de la santé imprimé par la réforme HPST. Pour ce faire, il a installé une commission sur le Service public hospitalier (SPH) et sur le Service territorial de santé (STS)<sup>758</sup>. Celui-ci semble devoir y être défini quant à sa gouvernance, son financement, ses finalités, comme « une offre de service qui s'appuie sur une organisation d'offreurs en santé portant les valeurs du service public, à savoir continuité horaire, continuité le long du parcours, accessibilité géographique, tarifaire, qualité et pertinence". Ce serait donc un service aux valeurs de service public mais ne l'étant pas ? Le STS s'inscrirait dans une approche territoriale populationnelle : les acteurs prennent la responsabilité de l'état de santé d'une population sur un territoire donné. Reste à définir ce territoire. Les acteurs de santé qui s'inscriraient dans le STS passeraient contrat, après avoir défini un projet. Ce contrat, le Contrat territorial de santé (CTS) différerait du Contrat local de santé (CLS), en cela qu'il n'impliquerait que les acteurs de santé, tandis que le CLS est contracté par les décideurs et financeurs. Comprenez qui pourra. Pour ce qui est de la gouvernance du STS, elle se situerait à deux niveaux, ce qui

---

<sup>755</sup> TRIBUNAL DES CONFLITS du 22 février 1960, n° 173, recueil Lebon, Tp 1121.

<sup>756</sup> Ibid., Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, article 2.

<sup>757</sup> TABUTEAU (D.), *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau*, in : (dir.) TABUTEAU (D.), *Service public et santé*, Editions de santé/Presses de Sciences Po, 2012, p.7.

<sup>758</sup> Présidée par Bernadette DEVICTOR, Rapport mars 2014, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).



menace de conduire à une très grande complexité : l'un opérationnel assuré par un comité local de santé et l'autre stratégique, sous la houlette d'un comité territorial de santé, lequel serait en charge de la validation des projets des acteurs. Les conférences de territoire seraient fusionnées avec ces comités territoriaux. Il est attendu du dispositif, un décloisonnement des secteurs, de promouvoir les valeurs de service public, répondre aux problèmes d'accès aux soins, sécuriser les coopérations. STS et SPH pourraient être inscrits dans la future loi de santé constamment annoncée pour 2014, mais qui se situera plus vraisemblablement en 2015 du fait des mécanismes parlementaires.

Quoiqu'il en soit un service public de territoire, service public ou non se doit de rééquilibrer la politique de santé au profit d'une action sur les déterminants de santé, notamment par la prévention, la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique, notamment dans les territoires de fracture socio sanitaire. Il s'agit sur ces territoires d'utiliser et d'organiser le travail en équipe autour du patient.

## Section 1 : Des composantes de l'approche

### §1 Des précurseurs : les Centres de santé, les ex-hôpitaux locaux, et les Centres de lutte contre le cancer.

#### *A- Acteurs dispersés et sans cohérence globale.*

##### I. Les Centres de santé.

Nous avons développé plus haut la nature juridique des « autres services de santé » et plus spécifiquement des Centres de santé<sup>759</sup>. Nous examinerons plus loin ce qu'ils peuvent nous apporter. Quelles sont leurs difficultés ? L'Inspection générale des affaires sociales vient de confirmer la qualité de leur apport potentiel sur un territoire, dans leur rapport le 23 juillet 2013. Les inspecteurs généraux reconnaissent que les centres ont « une réelle utilité sanitaire et sociale ... répondent aux préoccupations financières d'accès aux soins ... accueillent des populations plus précaires... et répondent aux attentes d'une bonne partie des jeunes professionnels ». Ils considèrent par ailleurs qu'ils répondent « aux attentes d'une politique de

---

<sup>759</sup> L. 6323-1 et 2 CSP, dans un titre deuxième du CSP « Autres services de santé » partant du L.6321-1.

santé nouvelle et exigeante ... la transition épidémiologique conduisant à renforcer les mécanismes de coordination des professionnels, ce à quoi les centres contribuent déjà ». <sup>760</sup>

Mais si la place des centres de santé est bien reconnue dans la lutte contre les déserts médicaux, les moyens en création et investissement en direction de leurs promoteurs et des collectivités locales n'existent guère, créant de facto une inégalité territoriale de réponse à ces besoins. Par ailleurs, les centres de santé restent contraints dans le système sclérosé d'empilement de forfaits et dans celui du paiement à l'acte totalement inadapté à l'évolution des besoins de santé de la population et au mode d'exercice regroupé et coordonné.

Sur les vingt recommandations du rapport, onze impliquent la CNAMTS pour la gestion et le contrôle financier des centres de santé. Aussi, la mise en œuvre de ces recommandations exige un pilotage stratégique gouvernemental fort du système national de santé, tant hospitalier qu'ambulatoire.

## II. Les ex-hôpitaux locaux <sup>761</sup>.

Aux côtés des centres hospitaliers généraux, près de 320 petits centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, assurent une prise en charge sanitaire de proximité. Ces hôpitaux, qui représentent le tiers des établissements de santé publics, ne comptent que 13 000 lits de médecine, de soins de suite et de réadaptation et d'unités de soins de long séjour. Mais ils gèrent en parallèle 46 000 places médico-sociales, essentiellement en tant qu'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). De très petite taille, ils disposent au plan sanitaire en moyenne de 14 lits en médecine, 23 lits en SSR, soit respectivement 3% et 15% de l'activité publique. Leur poids dans les soins de longue durée est plus élevé, mais reste modeste. Ils ont en commun de ne pas posséder de plateau technique, ce qui les différencie des centres hospitaliers de taille moyenne. Leur fonctionnement repose essentiellement sur l'activité de médecins libéraux agréés conventionnés avec l'établissement, ce qui là aussi les singularise fortement par rapport aux autres établissements publics dont le corps médical est formé essentiellement de praticiens hospitaliers.

Les ex-hôpitaux locaux se sont profondément restructurés depuis vingt ans : leur effectif est redevenu, en 2011, de 319 établissements. Leur répartition est le fruit des circonstances

---

<sup>760</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Rapport juillet 2013 n° RM2013 -119P, [www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr).

<sup>761</sup> COUR DESCOMPTE, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, Passim page 307 s.

locales : un quart des départements en possèdent un seul ou aucun. Les anciens hôpitaux locaux ne sauraient rester par principe à l'écart des réorganisations en cours. D'autant que certains établissements, confrontés notamment à de graves difficultés de recrutement médical, ne pourront pas continuer à assurer une prise en charge en court séjour ni même en soins de suite et de réadaptation. Leur transformation en structure médico-sociale, sinon leur fermeture ne permettraient plus leur apport au service public hospitalier. Pour autant, le sauvetage de l'existence d'un grand nombre pourrait coïncider avec le maintien ou le support d'une nouvelle offre de proximité épaulée par les centres hospitaliers à plateau technique.

De plus, il est préférable que les populations plus fragiles évitent autant que possible le passage par les urgences ou les grands établissements de santé. Ils proposent en effet une médecine de proximité spécialisée dans la prise en charge des personnes âgées, qui développe des liens privilégiés avec la médecine de ville et qui allie prise en charge sanitaire et médico-sociale. Leur maintien sur certains territoires peut à cet égard apparaître judicieux, mais suppose cependant que soient réunies plusieurs conditions. En premier lieu, une action résolue pour trouver des solutions à la principale difficulté de ces établissements, qui tient au désengagement des médecins libéraux. Et surtout un pilotage ministériel plus cohérent qui fixe des orientations claires aux ARS et simplifie les objectifs assignés aux établissements.

En résumé, leur avenir pourrait pour beaucoup, passer par leur implantation souvent rurale, leur expérience décentralisée et leurs liens avec la médecine libérale. Atouts précieux, mis au service en tout ou partie, d'un service public territorial de pôles hospitaliers pluridisciplinaires de santé en lien avec un centre hospitalier de référence. Ce point sera développé plus loin.

Quant aux centres de santé, implantés davantage dans des zones urbaines de niveau social modeste, leur nombre et leur prise en charge de besoins essentiels, ils peuvent fournir comme les hôpitaux ex-locaux des références pour des pôles hospitaliers. Cet exemple sera aussi repris plus loin. L'expérience de la cancérologie est, elle aussi systématiquement remarquable.

## ***B- La cancérologie : vers un parcours global de vie.***

### **I- Les plans cancer**

La lutte contre le cancer a su au fil des plans cancer promus par la communauté de cancérologie, élaborer des concepts de suivi personnalisé. Ce corpus de principes formant une des deux composantes de notre projet de service public territorial de santé.

Les axes de conception du plan cancer 3 (2014-2019) tels que révélés le 4 décembre 2012, ses déclinaisons et moyens précisés le 4 février 2014<sup>762</sup>, confortent- certes sur un secteur particulier et non territorialisé - quelques-uns des impératifs de service public de santé. Soit prévention par l'information et épidémiologie notamment en direction des plus jeunes, dépistage et lutte contre les inégalités visant notamment les populations pauvres, recherche dans le développement de la médecine personnalisée, structures de recherche et de soins coordonnées avec les malades. En somme une personnalisation et une focalisation des efforts d'amélioration de santé individuelle et collective<sup>763</sup>.

## II- La situation du cancer en France en 2012.

L'état des lieux du cancer en France suivant les données disponibles à septembre 2012<sup>764</sup> se révèle particulièrement caractéristique de plusieurs composantes des nécessités et des modalités d'un service public territorial de santé. Comme dans l'ensemble des pays d'Europe, la France relève de fortes inégalités sociales face à la mort par cancer. -Inégalités géographiques, plus élevées chez les hommes que chez les femmes. -Inégalités croissantes selon le niveau d'éducation, notamment chez les hommes chez qui un différentiel de risque de mortalité de 2,5 est observé entre les niveaux d'études les plus élevés et les plus faibles observés sur la période 1999-2007. -Inégalités socio professionnelles parmi les moins favorisées qui ont un moins bon état de santé et une moindre espérance de vie face au cancer, avec une différenciation qui s'est creusée au cours du dernier quart de siècle -Inégalité dans l'accès aux soins. En effet, les inégalités reposent tant sur l'incidence du cancer que sur l'accès aux soins : la prévention, le dépistage, l'amélioration de la prise en charge et des

---

<sup>762</sup> Annonce du président de la République lors de la Journée annuelle de l'Inca et de la Journée mondiale de lutte contre le cancer. L'État s'engage dans un troisième plan Cancer pour cinq ans, à hauteur de 1,5 milliard d'euros dont la moitié consacré à des mesures nouvelles.

<sup>763</sup> Le plan cancer décline quatre objectifs. Le premier : miser sur le dépistage, le diagnostic et le traitement en assurant une prise en charge complète sans aucune avance de frais pour les patients. Il s'attaque ainsi aux inégalités, fait sortir en partie de l'hôpital le traitement du cancer et accélère le déploiement de la médecine personnalisée. Il n'aura cependant de portée réelle que si les professionnels, les associations, les organismes sociaux en sont partie prenante. Le second objectif vise à améliorer l'innovation au service du patient : l'État garantira donc un niveau de financement d'au moins 50% des crédits sur appels à projets. Le troisième : améliorer la vie des malades. Dorénavant, un programme personnalisé de l'après-cancer sera donc formalisé et remis à la sortie de l'hôpital. Y seront précisés les éventuels soins de suite, le rythme des contrôles ou encore les modalités d'accompagnement. Dernier objectif : éviter le cancer, car 40% de la mortalité due au cancer tient à des facteurs de risques évitables liés à l'environnement et au comportement. Le tabac étant à lui seul responsable de 30% des décès par cancer il sera présenté avant l'été un programme national de réduction du tabagisme.

<sup>764</sup> INCA (Institut national du cancer), © *La situation du cancer en France en 2012*, Collection Etats des lieux et des connaissances, Boulogne-Billancourt, décembre 2012, [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr), notamment pp.268 à 270.

traitements ont vraisemblablement bénéficié de manière plus importante aux catégories les plus favorisées.

La cancérologie, avec ses concepts nous fournira un autre point de référence. L'expérience des centres de santé, des hôpitaux locaux et de la cancérologie, leurs qualités de proximité ou de réseau et de système, peuvent se mettre en regard des caractéristiques de santé de la population et d'un schéma de service public de santé.

## **§ 2 Composantes de santé publique, et schéma de service public de santé de territoire.**

Etudier des populations et le service spécifique à leur apporter implique de s'intéresser aux indicateurs sociaux de santé, afin de les traiter dans un service public de santé sur un territoire déterminé.

### ***A- Des composantes de santé publique à opérationnaliser.***

Il convient aujourd'hui de rééquilibrer la politique de santé au profit d'une action sur les déterminants de santé. D'une part en les intégrant dans celle de l'éducation, du logement, de l'emploi, ce qui ne sera pas traité ici. D'autre part dans les domaines de la prévention, de l'éducation sanitaire, du dépistage, de la promotion de la santé et de l'éducation thérapeutique qui feront partie, dans un travail en équipe sur le territoire et autour de la personne, du projet de santé du service public de santé de territoire que nous préconiserons plus loin.

Envisager les besoins de santé d'un groupe de personnes non plus seulement en terme d'égalité des citoyens mais d'équité conduisant à atténuer des inégalités de fait relève d'un nouveau paradigme assez nouveau dans le domaine sanitaire mais qui est un fondement de l'action sociale. Il se base sur l'évidence de l'inégalité des citoyens devant la maladie. Mais ce qui était une seule constatation doit devenir un moteur d'action pragmatique

#### **I. Conceptualisation des inégalités sociales de santé (ISS)<sup>765</sup>.**

La conceptualisation globale des ISS est, si on excepte quelques travaux philanthropiques ponctuels, assez récente car le fruit de travaux des organisations internationales de l'époque

---

<sup>765</sup> Ibid. INCA supra p.293.

moderne. De la sorte, les analyses échappent à des figurations trop locales, voire paraissant trop politiques de la notion de santé, notamment de celle des classes sociales dites laborieuses.

La déclaration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît en 1978 l'universalité des questions de santé. En 1986, dans la Charte d'Ottawa, l'OMS propose un modèle explicatif des déterminants sociaux de santé. En France, le rapport Wresinski en 1987 inspire le rapport Revol de l'Inspection générale des affaires sociales, qui donne une priorité à l'accès aux soins pour les plus démunis. Les ISS seront ainsi dès lors liées à un des aspects des déterminants de santé c'est-à-dire au couple précarité-exclusion, ce qui est important mais partiel, voire idéologiquement réducteur. En 1994, le Haut comité de la santé publique (HCSP) fixe un objectif de réduire les inégalités face à la santé en améliorant l'accès aux services médicaux et sociaux des populations défavorisées. En 1998, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions<sup>766</sup> crée les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). En 2000, la création de la Couverture maladie universelle (CMU), améliore l'accès aux soins des démunis. Cette conception se retrouve dans le rapport d'objectifs annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Ainsi, notre pays a confié jusque-là quasi exclusivement aux actions du système de santé et à l'accès aux soins des personnes en précarité-exclusion, la lutte contre les inégalités sociales de santé. Un virage apparaît en 2009 lorsque le HCSP recommande une étude sur les discriminants de santé qui ne se fonde plus seulement sur les maladies mais sur leurs causes, voire sur la cause de leurs causes, tandis qu'en Europe, certains pays comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Suède lancent des actions sur les conditions socio-économiques, le logement, les revenus, l'emploi.

## II. Les déterminants des inégalités sociales de santé à privilégier.

Les inégalités sociales de santé renvoient en fait, de manière multifactorielle, à l'ensemble des interactions entre la santé d'un individu, et son appartenance à certaines de ses caractéristiques personnelles ou sociales : homme-femme, variantes de comportement, groupe socio-économique, niveau d'éducation scolaire, qualité du réseau social, territoire de vie. Il faut remarquer que les ISS sont très souvent cumulatives d'une part, démultipliées par le groupe d'appartenance qui en est lui aussi frappé, et paradoxalement augmentées par les progrès thérapeutiques et de prévention qui profitent moins aux personnes souffrant de ces inégalités. La prévention, le dépistage, l'amélioration de la prise en charge et des traitements

---

<sup>766</sup> Loi 98-657 du 29 juillet 1998.

ont probablement bénéficié de façon plus importante aux catégories culturellement les plus favorisées. Il convient donc d'inverser ce processus par des actions inégalitaires de discrimination positive en direction des inégalités sociales de santé.

Nous parvenons ainsi à cette définition : « Les ISS sont des différences évitables et injustes en terme de santé entre différents groupes, populations, individus »<sup>767</sup> et territoires. Observons encore que si, dans notre pays, l'essentiel des inégalités de santé s'explique par des facteurs sociétaux, le système de soins a sa part de responsabilité du fait des inégalités d'accès aux soins. Par nature, le système sanitaire libéral n'a d'ailleurs, sauf militantisme médical marginal, ni vocation ni intérêt économique à lutter contre la précarité-exclusion, ni contre les inégalités de santé. Le secteur public, et notamment le service public hospitalier puis service public à l'hôpital, a sans doute contribué par ses valeurs d'égalité, de continuité, d'adaptabilité et de meilleure prise en charge financière et sociale - développées plus haut - à ne pas les augmenter. Mais le secteur public n'a développé que peu de stratégies positives pour aller à la rencontre des ISS de manière systémique et organisée. Son adaptabilité essentielle ne va pas suffisamment et suffisamment rapidement à l'encontre des inégalités de santé en France. Il peut même être avancé que la politique de concentration des établissements hospitaliers n'a pas su maintenir une place à une offre hospitalière de soins ambulatoires de proximité. Comment intégrer les ISS dans un schéma de service public territorial de santé ?

### ***B- Le schéma de service public de santé de territoire.***

Si le service public hospitalier se définit comme un domaine de garanties et d'obligations, le service public territorial de santé doit se présenter comme un espace de coopération, sur la base du volontariat car on ne peut imposer la coopération. Il devra se centrer sur le parcours de santé des personnes vulnérables et des malades chroniques. Il conviendra de partir d'un diagnostic territorial partagé et de l'élaboration d'un projet territorial traduit dans un contrat territorial de santé. Ce contrat sera lui-même traduit dans les CPOM des établissements de santé partenaires, comme des établissements sociaux et médico-sociaux, des centres et maisons de santé et en association avec les acteurs du domicile. Comment appréhender ce contrat de santé territorial ?

---

<sup>767</sup> INPES, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr), Projet européen DETERMINE porté en France par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Rapport « Réduire les inégalités sociales en santé ».

Afin d'être concret, nous partirons d'un Projet régional de santé pris pour illustration. Les Programmes régionaux de santé des différentes régions sont à la fois originaux et à la fois témoignent d'un même angle d'appréhension du territoire et des populations.

#### I. Dans un Programme régional de santé.

Le PRS de la région Languedoc-Roussillon<sup>768</sup> marque un degré de réflexion administrative territoriale très avancé. Apparaissent des notions de territoires vulnérables, de zones fragiles, de territoires d'action sur lesquels se greffent des projets globaux de santé et dans le cadre du schéma régional de prévention, de « paniers de service<sup>769</sup> » dans des champs de la prévention qui auront vocation à s'étendre aux soins. Sur ces territoires d'action doivent s'installer des plans d'action locale exprimant en actions concrètes pluriannuelles les objectifs du PRS afin de constituer de projets de santé de territoire intégrés. Ces plans d'action locale doivent solliciter le concours des collectivités territoriales, de l'assurance maladie, de l'Etat, des professionnels, des « structures » et des conférences de territoire pour veiller au décloisonnement. A terme, sont visées les notions de parcours de soins, de parcours de santé et de parcours de vie, centres sur le patient, sa démarche, son vécu.

#### II. Les inflexions nécessaires.

Cette approche qui se veut globale autour du patient, ne l'est guère entre les effecteurs possibles de telles coordinations exigeant des compétences multidisciplinaires.

Ainsi, les rôles des structures hospitalières et de service public sont-ils limités à leur regroupement, à leur coopération et au développement des alternatives classiques à l'hospitalisation. Qu'en est-il du principe de coordination et du décloisonnement entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire et libérale ? Qu'en est-il de la mise en œuvre de l'outil des garanties de service public et des missions de service public notamment de celles visées aux 1°, 7°, 9° du L6112-1 CSP ?<sup>770</sup> Qu'en est-il de l'utilisation des porteurs de

---

<sup>768</sup> ARS Languedoc-Roussillon, *Le projet régional de santé dans les territoires*, et *Synthèse des schémas et programmes*, janvier 2013 ; et *Rapports d'activité et d'orientation 2011 et 2012* de l'ARS Languedoc Roussillon, [www.ars.languedocroussillon.santé.fr](http://www.ars.languedocroussillon.santé.fr).

<sup>769</sup> Ainsi sont concernés 13 objectifs : la vaccination, la contraception, la nutrition santé et la lutte contre l'obésité des enfants, la santé mentale des jeunes, la prévention de la tuberculose, le cancer, le VIH, les hépatites, les addictions, la santé environnementale, l'accès au soin des populations précaires, l'éducation pour la santé, la veille et la sécurité sanitaire.

<sup>770</sup> L. 6112-1 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...7° Les actions d'éducation et



garanties de service public hospitalier de l'article L. 6112-3, largement implantés sur le territoire<sup>771</sup> ? Comment les conférences de territoire vont elles « décloisonner » le système ? Quels effecteurs vont coordonner de tels projets et avec quelles compétences multiples et sur quelles rémunérations et effectifs médicaux ? La politique de financement partiel de maisons de santé libérales pluri professionnelles (MSP) certes louable ne saurait y faire face systématiquement<sup>772</sup>. Mais le PRS indique bien que leur exécution coordonnée suppose des solutions innovantes. Celle que nous proposons consiste à ne pas cloisonner les schémas ambulatoires et hospitaliers. Et de même que l'on passe de l'approche professionnelle à celle de l'utilisateur, de passer d'une approche d'administration du territoire de santé à celle de recherche de promoteurs de santé de territoire.

## Section 2 L'opérationnalisation d'un service public de santé de territoire.

### § 1 L'utilisation autour du patient des outils de rapprochement des acteurs.

Le PRS de Languedoc-Roussillon, comme d'autres, pointe la nécessité et l'utilité de maisons de santé pluri professionnelles, mais aussi de mieux dénombrer et connaître l'ensemble des réseaux de santé, de mieux les encourager, de commencer les coordonner pour contribuer à une médecine de parcours de soins, de santé et de vie. En effet, à côté des entités sanitaires traditionnelles et de la « médecine de ville », les « autres services de santé » (TII, L4, P6 du CSP) s'affranchissent de plus en plus des distinctions juridiques et systémiques pour apporter des ensembles plus ou moins complémentaires de parcours de soins autour de la personne. Leur financements : Fonds d'intervention régional (L.6323-5 CSP ; 221-1-1 CSS) ; Contrats

---

de prévention pour la santé et leur coordination. 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... »

<sup>771</sup> APPOLIS (B.), *Le pilotage de l'activité des établissements de santé*, « Au vu de la place considérable qu'occupent les soins hospitaliers dans le système de santé français : En 2010, près de 2 750 établissements de santé assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades en France. Ils offrent 427 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 60 500 places d'hospitalisation partielle. Avec 81 milliards d'euros, le secteur hospitalier représente 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux. L'Assurance maladie finance environ 91 % des dépenses de soins hospitaliers. Pour un panorama complet, V. DREES, *Le panorama des établissements de santé*, coll. *Etudes et statistiques*, 2011. », Mélanges CALLU, mars 2012.

<sup>772</sup> Il en existe en 2013, sur ce grand territoire, environ de vingt à trente, au fonctionnement financé ou devant l'être prochainement.

d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) L.1435-3, CPOM L. 6114-1 CSP et 313-11 CASF ; Contrats locaux de santé L.1434-17 CSP avec les collectivités territoriales ; projets pilotes LFSS 2012 ; nouveaux modes de rémunération (NMR) de la LFSS pour 2012 ; subventions.

L'utilisation des « autres services de santé »<sup>773</sup> doit être multiple et se prêter à des expériences qu'ils sont seuls à pouvoir mettre en œuvre *sui generis* ou avec l'appui d'un acteur de santé. De même pour les personnes âgées en perte d'autonomie, la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 autorise ainsi des projets pilotes<sup>774</sup>

Les coopérations sanitaires, initiées législativement dès les lois du 31 décembre 1970 et du 31 juillet 1991 entre les secteurs public et privé, ont été régularisées par l'ordonnance du 24 avril 1996 en ce qui concerne les réseaux de santé, augmentées par la loi dite Kouchner du 4 mars 2002 en centres de santé et par la loi du 19 décembre 2007 en maisons de santé. Les coopérations sanitaires ont trouvé leur systématisation et la création de pôles de santé dans la loi dite HPST du 21 juillet 2009 qui a institué en outre les coopérations entre professionnels de santé, et dans sa modification par la loi dite Fourcade du 10 août 2011, les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA).

Le Code de la santé publique regroupe en un même titre les réseaux, centres, maisons et pôles de santé sous le vocable « autres services de santé » en les distinguant de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins ambulatoires, de la télémédecine et des transports sanitaires. Ils côtoient dans le titre II du livre troisième de la sixième partie du CSP les installations de chirurgie esthétique et la délivrance médicamenteuse aux personnes en situation de précarité et d'exclusion. La dénomination de « services de santé » s'entend de la

---

<sup>773</sup> ROMANENS (J.-L.), *Réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services ?*, RDS, n° 49, septembre 2012, page 643. [www.bnnds.fr/rds](http://www.bnnds.fr/rds)

<sup>774</sup> Projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation optimisant les parcours de soins, prévenant leur hospitalisation, gérant leur sortie d'hôpital, et favorisant la continuité des différents prises en charge sanitaires et médico-sociale. Elles sont portées par des conventions entre ARS, assurance maladie, professionnels, hôpitaux, établissements sociaux et médico-sociaux, collectivités territoriales, dérogeant aux règles en vigueur de facturation et de tarification. Elles permettent le partage de la connaissance et du suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie entre ARS, collectivités territoriales, organismes de sécurité sociale, mutuelles, institutions de prévoyance.

sorte au sens d'offreurs de services de santé que « progressivement, le législateur institue, ratifie, cherche à contrôler »<sup>775</sup>.

Les « services de santé » rendent-ils et peuvent-ils rendre des services effectifs aux patients ? Ces types de coopérations peuvent en principe former un passage adapté à nombre d'impératifs du système de soins : prise en charge adaptée aux besoins de la personne plutôt qu'à ceux de l'offre, évaluation qualitative, coordination des acteurs et des projets de santé, interdisciplinarité, mutualisation des ressources rares, territorialisation, rapprochement public-privé, valorisation de la recherche en santé publique, éducation de la santé et éducation thérapeutique (ETP), continuité entre prévention, diagnostic, recours aux soins, services médico-sociaux.

Au-delà, elles constituent un mode diversifié et encore peu valorisé, d'organisation de la prise en charge coordonnée autour du patient, du poids sanitaire, social, et financier des poly pathologies, des maladies chroniques et de leurs pathologies associées (les deux-tiers des dépenses de santé) et du vieillissement de la population.

L'article L. 1434-8 CSP (loi dite HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 118) prévoit qu'après trois ans de SROS, l'ARS doit évaluer la satisfaction des besoins en implantations pour l'exercice des soins de premier recours. « D'une logique purement causaliste, posée en 2004, on passerait à une logique d'évaluation...L'efficacité s'entendant de l'aptitude d'un système à procurer le résultat en vue duquel il a été conçu...il s'agira en quelque sorte d'évaluer la performance de notre système de soins pour répondre aux besoins de la population »<sup>776</sup> pose Anne-Sophie Ginon faisant écho aux réflexions conduites par A. Jammaud sur un « concept d'effectivité du droit ».

A la lumière de leur nature et de leur développement, nous examinerons si la catégorie d'offreurs de services alternatifs constituée par les pôles, maisons, centres et réseaux de santé peut contribuer à un système de santé effectivement adapté aux besoins de la personne.

---

<sup>775</sup> TRUCHET (D.), *Droit de la santé publique*, Mémento Dalloz, 2009, page 200.

<sup>776</sup> *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, dir. Couty (E.), Kouchner (C.), Laude (A.), Tabuteau (D.), Presses de l'EHESP, p. 195.

## *A - Des offreurs de services de santé : les maisons, pôles, centres et réseaux de santé<sup>777</sup>.*

Certaines de ces coopérations sanitaires trouvent leur nature plutôt dans la volonté de certains **acteurs de santé de se rapprocher (I)**, d'autres essentiellement dans celle du **rapprochement avec les patients-citoyens (II)**.

### I. Se rapprocher pour coopérer.

#### a) Les maisons de santé.

Appelées aussi maisons de santé pluri professionnelles (MSP), personnes morales constituées entre professionnels libéraux médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens, assurent des activités de soins de premier et éventuellement de second recours, sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique et d'éducation pour la santé. Ses professionnels élaborent et doivent adhérer à un projet de santé témoignant d'un exercice coordonné, conforme aux schémas régionaux, transmis pour simple information à l'ARS. Créées par la loi de financement de la sécurité sociale n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 posant l'article L. 6323-3 CSP, elles ont été intégrées dans le système de santé par la loi dite HPST, puis rendues sanitaires par loi dite Fourcade n° 2011-940 du 10 août 2011 qui a remplacé la présence possible de personnels médico-sociaux par celle des pharmaciens. La récente création d'un observatoire des maisons de santé confié à l'agence technique d'information en santé et à la Direction générale de l'offre de soins devrait préciser le dénombrement en 2012 de 230 maisons en activité, et de 475 projets notamment induits par le lancement en juillet 2010 d'un plan d'équipement de maisons de santé en milieu rural. Pouvant recevoir de l'Etat 25 à 35% du coût de leurs travaux d'installation (mais un bâtiment n'est pas obligatoire), et des forfaits de NMR (nouveaux modes de rémunération expérimentaux prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008), ces établissements de santé apparaissent en général comme des outils de regroupement médicalisés, encouragés afin d'améliorer la proximité de l'accès aux soins. Les MSP restent de nature différente des maisons médicales de garde (MMG), associations de médecins libéraux, à l'efficacité-coût variable, au seul projet de santé de contribuer à certaines heures, à la permanence de soins ambulatoires (PDSA), généralement en lien avec les services

---

<sup>777</sup> ROMANENS (J.-L.), « Réseaux, centres, maisons, pôles de santé, pour quels services ? », RDS n° 49, septembre 2012, p.643. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

d'urgences.<sup>778</sup> Une fédération française regroupe les maisons et les pôles de santé (FFMPS) et chiffre à 400 leur nombre cumulé, auquel s'ajouterait un millier de projets de ces établissements de santé.

b) Les pôles de santé.

Ils assurent des activités générales de soins de recours, le cas échéant de deuxième recours. Ils peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues au schéma quasi-homonyme de l'article L. 1434-5 CSP. La loi « HPST » codifie la création des pôles de santé dans le court article L. 6323-4 ainsi que leur constitution entre des professionnels de santé et le cas échéant des maisons de santé, réseaux de santé, mais aussi centres de santé, établissements de santé, ce que nous développerons plus loin, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS).

La novation, encore balbutiante des pôles de santé, reprend pour l'essentiel les points mentionnés dans le rapport d'information Bernier<sup>779</sup>. Ce dernier soulignait<sup>780</sup> le 30 septembre 2008 la nécessité de structurer l'offre de soins de premier recours en pôles de santé en invitant les acteurs d'un même bassin de vie à élaborer un projet médical de territoire consistant à structurer le maillage de l'offre de soins, à organiser leur coopération et leur permanence, à attirer de nouveaux professionnels en offrant des statuts d'exercices variés.

Le programme électoral du Président de la République avait mentionné la priorité de leur développement et plusieurs candidats ont évoqué l'utilité de telles structures alternatives de soins, personne cependant n'avançant de solution bien précise. Deux ans après, aucune réglementation ne les décline. La mise en place de ces pôles de santé (étrangers aux pôles d'activité clinique et médicotechniques des établissements publics de santé) reste aujourd'hui très diverse. Citons celle ayant récemment permis l'apport d'un médecin contractuel plein-temps salarié mis par le centre hospitalier de Roanne à une maison de santé pluri professionnelle libérale en difficulté au sein un pôle de santé libéral. Maisons de santé et pôles de santé ont plutôt une vocation d'outil de mise en commun de l'offre de soins.

D'autres structures inversent ce paradigme.

---

<sup>778</sup> Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS 2007-137 du 23 mars 2007.

<sup>779</sup> Ibid. *La loi HPST, Regards sur la réforme du système de santé*, p. 128.

<sup>780</sup> [Assemblée-nationale.fr/13/rap-info](http://Assemblée-nationale.fr/13/rap-info).

## II. Coopérer pour se rapprocher du patient.

### a) Les centres de santé.

Structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours, sans hébergement, mènent des actions de santé publique ainsi que de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients, des actions sociales, pratiquent la délégation du tiers-payant, peuvent pratiquer sous convention des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, constituent des lieux de stage de professions de santé et peuvent soumettre à l'ARS des protocoles de coopération entre professionnels de santé. Leurs médecins sont obligatoirement salariés. Introduits dans l'article 6323-1 par la loi dite Kouchner n° 2002-303 du 4 mars 2002, modifiés par la loi dite HPST, et précisés par son ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010 et par la loi dite Fourcade, ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif soit par des collectivités territoriales soit par des établissements de santé publics (ce que nous prônerons plus loin afin d'externaliser l'hospitalo-centrisme) ou d'intérêt collectif. Ils élaborent un projet de santé favorisant l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Des sanctions sont envisagées en cas de manquement aux règles de fonctionnement précisées à l'article D. 6323-1 du CSP. Au nombre de près de deux mille, assez urbains, ils pourraient<sup>781</sup> aussi ouvrir une voie d'évolution pour les hôpitaux ex-locaux aujourd'hui centres hospitaliers dits de proximité, mais dont les jeunes médecins libéraux ont tendance à se détourner en dépit de la possibilité d'y installer des centres de consultations non programmées (CCN).

### b) Les réseaux de santé.

Ils apparaissent encore plus proches de la prise en compte radicale des besoins des patients, en se fixant de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines pathologies ou activités sanitaires. De plus, ils se doivent d'assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins et peuvent assurer des actions de santé publique. Enfin ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

---

<sup>781</sup> TRUCHET (D.), Droit de la santé publique, précité, p. 200.

Cette approche de santé humaniste évoque - logiquement- la démarche client des processus de qualité telle que posée dès 1991 par l'économiste Armand Feigenbaum : la qualité est ce qu'en dit le client. Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions de fonctionnement et d'évaluation (D. 6321-1 CSP) peuvent bénéficier de subventions -très rarement- de l'Etat. Mais plus souvent des collectivités territoriales, et de manière importante -mais déclinante- de subventions ou de financements de l'assurance maladie pris en compte dans l'ONDAM. Notamment par le Fonds d'intervention régional (FIR) créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 sur élargissement du Fonds d'intervention pour la qualité et la sécurité des soins (FIQCS).

L'étendue des champs potentiellement couverts par les réseaux se retrouve dans la variété de leurs constituants, personnes physiques ou morales : professionnels de santé, établissements de santé, groupements de coopération sanitaire, centres de santé, institutions sociales et médico-sociales, organismes à vocation sanitaire ou sociale, représentants des usagers et même, réseaux de réseaux. De plus, ils peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, en groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou en associations.

Depuis les expérimentations pionnières et non encadrées de 1970, leurs réussites et échecs forment aujourd'hui une myriade d'entités soit informelles et/ou fonctionnelles, ou bien organiques identifiées par leur subventionnement institutionnel (v. supra) ou par un organisme à but non lucratif. Leur variété de rattachements, leurs créations et disparitions continues, explique la difficulté de leur dénombrement qui pourrait s'élever à un ordre de grandeur de cinq mille. La diversité de leurs organisations et objectifs est à cette image ; on peut cependant relever la fréquence de missions de soins palliatifs, de difficultés de l'adolescence, de luttes contre la toxicomanie et la précarité, de l'alcoologie, de l'hépatite C, de la périnatalité et ses nombreuses variantes, de la prise en charge des personnes âgées, de la dépendance et maladies associées, de la cancérologie, des maladies rares, des maladies dites chroniques : obésité, diabète de type 2, insuffisance respiratoire, plaies cicatricielles. Assez propres au système de santé français, les réseaux participent, au sein de notre pays, de la force et de la souplesse de la démarche associative, un des pendants- avec ses ombres et ses lumières- des rigidités du système institutionnel. Ils pourraient être inclus dans des pôles hospitaliers interprofessionnels de santé que nous préconisons.

Réseaux, centres, maisons et pôles de santé, s'affranchissent de plus en plus des distinctions juridiques et systémiques, pour apporter des ensembles complémentaires de soins à la personne.

***B - Pour une meilleure pertinence du service de santé.***

Pour ce faire, cette pertinence doit être à la fois **orientée (I)** et **rester autonome (II)**.

I. Une pertinence à définir, orienter et utiliser.

a) L'organisation de l'offre de soins de recours.

Définie aux articles 1411-11 et 12 CSP par la loi dite HPST du 21 juillet 2009, elle comprend explicitement les missions de ces « autres services de santé » : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'Agence régionale de santé au niveau territorial conformément au schéma régional d'organisation des soins ».

b) Le financement des « autres services de santé ».

Il s'opère notamment en application de la loi dite HPST codifiée à l'article L. 6323-5 CSP par dotation en provenance du nouveau et congru Fonds d'intervention régional (FIR). Et ce, pour les soins dispensés dans les conditions prévues à l'article 221-1-1 CSS, soit des soins de ville ou en centre de santé développant des modes d'exercice coordonnés, les réseaux de santé, la permanence de santé et de soins, améliorant l'accès aux soins, développant l'exercice pluridisciplinaire et regroupé des professions de santé ainsi que l'usage du dossier médical personnel. Au surplus, les maisons, pôles, centre et réseaux de santé doivent être signataires du contrat mentionné à l'article L. 1435-3 CSP. Soit d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu à l'article L. 6114-1 CSP et à l'article L. 313-11 CASF conclu avec l'Agence régionale de la santé dont la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le service de santé. Ajoutons qu'ils peuvent entrer dans la mise en œuvre du Projet régional de santé par des Contrats locaux de santé (loi HPST, art. L. 1434-17 CSP) conclus par l'agence avec les collectivités locales et leurs groupements portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Plus globalement, le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) doit préciser les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations... (Art. L. 1434-7 CSP) et comporter une partie (non opposable et non prescriptive) relative à l'offre



sanitaire des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé, des centres de santé, des pôles de santé...et des réseaux de santé,...et déterminer les modalités de coordination des soins de toute nature apportés au patient. (Art. R.1434-4 CSP). En contrepoint du contrôle, de l'évaluation et du cadrage d'orientation très relativement mis en place dans cette « panoplie confuse de structures de soins »<sup>782</sup>, il convient de continuer de respecter ce qui leur permet d'apporter une plus-value irremplaçable : leur autonomie.

## II. Une indispensable autonomie pour un service public en santé

### a) Une relative autonomie

Elle peut permettre d'apporter à la rigidité de notre système de santé une place à l'initiative personnelle décentralisée, à la démocratie sanitaire faite ici de devoirs consentis. Aussi de conduire à un bouleversement mesuré et volontaire des modes d'exercice traditionnels de plus en plus inadaptés, quoique reposant de moins en moins sur la rémunération à l'acte. Encore d'aller dans le sens du salariat, plébiscité lors de l'obtention de leur diplôme par les jeunes médecins généralistes, et dans celui de l'exercice de groupe qui permettent une moindre vulnérabilité économique, un meilleur référencement professionnel et une coordination dans la réponse globale apportée au patient.

La pertinence des actes médicaux est aussi à ce prix. Ainsi, une enquête TNS au 4 mai 2012<sup>783</sup> auprès d'un panel de médecins libéraux généralistes ou spécialistes, et hospitaliers, représentatif du corps médical dans ses grandes composantes, révèle que, sur leur propre estimation statistique, sur cent actes médicaux, seulement soixante-douze sont justifiés. Les 23% de pratiques d'actes injustifiés reposent à leurs yeux sur diverses raisons : la demande des patients (85% des cas d'actes injustifiés), la peur du risque judiciaire (58%), un problème de formation des médecins (39%), une absence de référentiels partagés par les professionnels (37%), une absence de contrôle des pratiques (27%), des incitations économiques (20%), ou d'autres raisons (5%). La prégnance de certains de ces facteurs pourrait s'atténuer, à notre sens, dans le cas d'un exercice coordonné ou groupé, salarial ou forfaitaire, en parcours de patient ou personnalisé, basé sur un projet collectif de santé.

---

<sup>782</sup> TRUCHET (D.), *Ibid.*, p. 200.

<sup>783</sup> [www.fhf.fr/informations hospitalières](http://www.fhf.fr/informations-hospitalieres).

b) Un service public en santé en colloque singulier avec le citoyen.

L'autonomie encadrée de ces « services de santé » assurant des prestations de soins médicaux et donc pouvant présenter les caractéristiques juridiques d'établissements de santé<sup>784</sup>, leur souplesse parfois militante, leur taille réduite, leurs innombrables facettes, peuvent leur faire rendre des services que la médecine libérale et les établissements de santé en exercice traditionnel ne peuvent rendre que partiellement et indirectement, tout au moins hors leur concours.

Une prise de conscience nationale est observable dans la promotion des parcours de soins, tant dans la publication des Programmes régionaux de santé (PRS). Aussi dans l'élaboration des systèmes d'information hospitaliers associant le dossier médical personnel (DMP) et les e-services. De même dans l'aide à la méthodologie de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), ou dans la publication le 15 mai 2012 par la Haute autorité de santé (HAS) d'un dispositif de promotion des parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques, soit 15 millions de personnes en France et 15 millions en affection de longue durée (ALD). Sont élaborés à cet effet par la HAS, 62 guides pour les médecins et 49 pour les patients. Déjà disponibles pour quatre pathologies (bronchopneumopathie chronique évolutive (BPCO), maladies rénales chroniques, maladie de Parkinson, insuffisance cardiaque), affections participant particulièrement aux missions des réseaux, ils visent une meilleure coordination, un développement des bonnes pratiques, une qualité des soins, une optimisation des dépenses, un ciblage des points critiques des parcours de soins permettant un accompagnement personnalisé et coordonné des malades. Que ce soit par l'ordonnance du 24 avril 1996, par la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner ou la loi du 9 août 2004 qui ont introduit au CSP des concepts de politique de santé publique puis de politique de santé, ceux-ci étaient jusqu'alors presque entièrement tournés vers la « capacité des acteurs à atteindre des objectifs ».

La loi HPST adoptée le 21 juillet 2009 esquisse une modification de cette logique<sup>785</sup> en énonçant des exigences de valeurs, les principes-exigences de prise en charge des malades « à partir de la nécessité que désormais l'offre de soins parte des besoins de santé de nos concitoyens [...car] jusqu'à présent les soins de premier recours étaient élaborés à partir de

---

<sup>784</sup> Voir sous l'article L. 6111-1 CSP Dalloz 2013.

<sup>785</sup> GINON (A.-S.), *La réorganisation de l'offre de soins*, op. précité, p. 192.

l'offre et non de la demande »<sup>786</sup>. En fait, les articles L.1434-7 et R. 1434-4 CSP prévoient de répondre aux besoins de santé de la population, en faisant évoluer l'offre des soins, tendance prolongée par le nouvel article R. 1434-4-1 CSP (D. n°2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public) qui prévoit, pour chaque mission de service public, de définir les besoins de la population exprimés par les orientations et objectifs du SROS.

En balance de la très cacique et pas inutile notion d'assistance à la population, la conception d'un service public de santé doit en réalité passer par le principe-exigence de prise en charge des besoins des individus-citoyens, et par celui de la coopération des acteurs de santé traditionnels au sein de services de santé alternatifs, notamment réseaux, centres, maisons et pôles de santé. Au-delà, ces « autres services de santé » peuvent être la matrice d'un développement non seulement de la coordination de l'accès géographique et social de la permanence et des parcours des soins, mais de la convergence public-privé, des actions de santé publique, du ciblage des populations et des poly-pathologies, des soins à domicile, d'une véritable association des usagers-citoyens à la gestion des parcours de soins, d'actions d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, de prévention.

Toute évolution en ce sens devra cependant préserver la liberté du choix de son médecin et de son réseau, faute d'être rejetée par les médecins et la population, à l'instar de la mésaventure enregistrée par référendum, le 16 juin 2012 par le projet de réseaux de soins élaboré, depuis six ans, par le Parlement et le Conseil fédéral de la Confédération Helvétique<sup>787</sup>. Un service public de santé coopérant aux besoins à la personne ménagera la dimension culturelle de l'accès aux soins. Et devra nécessairement se situer en colloque singulier avec le citoyen.

La télémédecine est assez représentative de la difficulté du système de santé en France d'intégrer la dimension non pas de la seule synergie corporatiste de santé des professionnels, mais d'un mode d'approche collectif d'un cas individuel de patient. Il est vrai que la déontologie médicale n'intègre pas ce type de pratique, l'assurance maladie ne s'y investit pas financièrement de manière claire peut-être pour cette dernière raison et compte tenu des résistances médicales provenant en partie des combats de territoire, que les procédures d'autorisation sont lourdes et complexes et qu'en raison du retard de la Haute autorité de santé à produire un référentiel, les évaluations nécessaires sont difficiles à établir.

---

<sup>786</sup> BACHELOT-NARQUIN (R.), Sénat, séance du 28 mai 2009.

<sup>787</sup> [www.admin.ch](http://www.admin.ch); [www.parlement.ch](http://www.parlement.ch) ; [www.ch.ch](http://www.ch.ch).

Privilégiant ou non les « autres services de santé », le service public de santé de territoire devra pouvoir être opérationnalisé de manière institutionnalisée.

## § 2 La mise en œuvre d'un service public de santé de territoire

### *A- L'appel à projet.*

A l'instar de la procédure<sup>788</sup> prévue pour l'attribution des missions de service public<sup>789</sup> mais différente de celle des appels à projets sociaux et médico sociaux, chaque année, l'ARS aurait l'initiative d'un calendrier d'appels à projets de service public de santé territorial, objectifé par un cahier des charges. La concurrence des opérateurs sera ainsi vivifiée, clarifiée et encadrée.

Les offres seraient soumises par ces autorités au classement valant avis, d'une commission de sélection constituée d'une coordination entre la commission spécialisée de prévention et la commission spécialisée de l'organisation des soins, émanations de la CRSA.

### *B - L'insertion dans le code de la santé publique.*

La fragmentation et la dispersion du service public hospitalier de la loi du 31 décembre 1970, en quatorze missions de service public nouvellement énumérées par l'article L. 6143-1 du CSP, avait pu faire redouter une mise à mort de l'ex-service public hospitalier

Toujours par liberté d'auteur, imaginons-en la renaissance osirienne sous la protection d'une Isis rendant vie à un corps démembré selon la légende, lui aussi en quatorze parties, mais qui serait en l'occurrence restauré d'une part additionnelle prenant la dénomination de :

« **Mission de service public de santé de territoire** »<sup>790 791</sup>.

---

<sup>788</sup> Article R. 6112-2 créé par le décret n°2012-561 du 24 avril 2012, art. 2 : « Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate, après confrontation des besoins tel qu'ils résultent du schéma régional d'organisation des soins avec la liste prévue à l'article R. 6112-7, qu'une ou plusieurs missions, mentionnées à l'article R. 1434-4-1 ne sont pas assurées, il ouvre une procédure d'appel à candidatures ».

<sup>789</sup> Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du code de la santé publique, NOR: ETSH1203073D, JORF du 26.

<sup>790</sup> ROMANENS (J.-L.), « *Le service public de l'hôpital : mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé* », 14 octobre 2012, Revue Droit et Santé, numéro spécial 50 auteurs, Hors-série 2013, 50<sup>e</sup> numéro, pages 279 à 287. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

<sup>791</sup> Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a conduit au statut, et à la création de 200 postes contractuels de « praticien territorial en médecine générale » destinés à pallier les « déserts médicaux ». Par contrat, l'ARS s'engage pendant une durée de deux ans, à fournir au PTMG un complément aux revenus tirés des activités de soins de manière à garantir un revenu net mensuel de 3 640 €. En contrepartie le généraliste s'installe dans une zone sous dotée et effectue un minimum de 165 actes par mois (8 par jour en moyenne).

Nous proposons l'érection de ce concept dans une loi de santé publique sur l'accès aux soins, sous la forme d'une quinzième mission de service public modifiant et augmentant l'article L. 6112-1 du Code de la santé publique.

**PROPOSITION DE PROJET DE LOI N° 2 :**

Art. L. 6112-1 (L. n° 2009-879 du 21 juillet 2009, art. 1<sup>er</sup> I-IV) Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes :

...

16° (L. n° ...) « Les actions de service public de santé de territoire sur les territoires définis par le projet régional de santé, en coopération avec les professionnels de santé, les services de santé, les autres établissements de santé d'un territoire et les collectivités territoriales.

Une mission de service public de santé de territoire est assurée prioritairement par un établissement de santé disposant des autorisations d'équipement adaptées à l'organisation d'un parcours de soins ambulatoire coordonné de prévention, éducation sanitaire, éducation thérapeutique, soins sanitaires et médico sociaux de premier recours de proximité et à domicile, de suivi de rééducation et de réadaptation.

Les hôpitaux publics vont-ils continuer de se positionner sans encadrement législatif plus précis, en cas de carence constatée des acteurs libéraux, dans l'organisation d'une offre de soins de proximité au sein d'un territoire, en recrutant et en s'associant aux professionnels nécessaires ?

Il est vraisemblable que leurs initiatives et encore plus celles du secteur libéral aux courtes géométries, resteront éparses. Elles seront surtout plus lentes que celles des fonds<sup>792</sup> de pension et des fonds d'investissement dont les investisseurs financiers en Europe s'intéressent déjà de très près à la santé. Ce secteur est en effet porteur, sans risques et prometteur de rendements élevés à long terme à la fois sur les murs des établissements et sur les plate-formes de services médicaux.

---

<sup>792</sup> Fonds de pension plutôt en attente de redistribution annuelle de bénéficiaires ; fonds d'investissement à logique de valorisation à cinq ans au moment de la revente des actions.

D'autant que les systèmes sociaux exsangues auront de plus en plus de difficultés à se financer et même à s'imaginer de manière économiquement équilibrée. La financiarisation de la santé est en marche et rend progressivement plus urgente et juste socialement, la possible éclosion de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé.

## CONCLUSION du Chapitre 1.

Nous laisserons conclure une des propositions du 21 juin 2013 du comité des sages « Cordier »<sup>793</sup>. Le rapport, qui inspire la Stratégie nationale de santé (SNS)<sup>794</sup> préconise « des hôpitaux acteurs du service public territorial de santé, et du parcours de soins et de santé ». En précisant que « pour les établissements hospitaliers, les perspectives de développement doivent être nettement orientées sur leur insertion optimale dans le service public territorial de santé, ce dernier englobant les soins réalisés dans les établissements de santé ».

Il explique : « Si la coordination soignante relève par nature de la médecine de proximité, c'est à l'hôpital de lui fournir, au bon moment, l'apport puissant de compétences cliniques et techniques dont le « parcours » d'un malade peut avoir besoin. C'est d'ailleurs pour cela qu'une démarche de parcours par pathologies est plus aisément reprise par les médecins et soignants hospitaliers qu'une approche d'emblée territoriale. »

Le rapport COUTY converge par un souhait : « Comment construire un hôpital public ouvert sur son environnement, qui affirme sa place sur un territoire et au service des personnes qu'il prend en charge, inscrit dans leur parcours de santé, un hôpital public dans lequel tous les professionnels soient fiers de travailler ?<sup>795</sup> ».

---

<sup>793</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages*, 21 juin 2013, page 67. Rapport commandé à sept « hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche » (Alain Cordier, Geneviève Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Haas, Emmanuel Kirsch, Françoise Parisot-Lavillonnière, Dominique Perrotin), par le Premier Ministre en février 2013 et remis le 21 juin au Ministre de la Santé

<sup>794</sup> STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ, FEUILLE DE ROUTE - 23 septembre 2013, Axe 2.1, [www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante](http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante).

<sup>795</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur général, Introduction, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

## CHAPITRE 2 : VERS DES POLES HOSPITALIERS INTERPROFESSIONNELS DE SANTE (PHIS)

L'alternative proposée à l'hôpital suppose une modification comportementale et culturelle, au moins sectorielle, mais qui ne manquera pas d'interagir sur l'institution elle-même. Naturellement, l'option de pôles externes ambulatoires de type PHIS, ne porte intrinsèquement et en aucune manière, une critique sur l'existant hospitalier, lui-même nécessaire même si non suffisant.

Nous examinerons successivement **le contexte, les enjeux (S1)** d'une telle novation, puis l'hypothèse de **la potentielle action fédératrice et promotrice des établissements publics de santé par des pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (S2)**.

### Section 1 : Contexte et enjeux

Nous examinerons donc successivement **le paradigme d'action des ARS (§1)**, puis **la nécessité de financements alternatifs (§2)**.

#### § 1 Le paradigme d'action des ARS.

« Le pilotage de la politique de santé doit se faire au plus près des besoins des territoires, ce qui nécessite d'aller vers plus de marges de manœuvre aux acteurs», estime la Conférence nationale de santé<sup>796</sup>. Le rapport Cordier<sup>797</sup> du 21 juin 2013, estime quant à lui « que les ARS doivent avoir les moyens de devenir les promoteurs, les accompagnateurs et les évaluateurs de la coordination des soins et des accompagnements médico-sociaux, sur la base de territoires

---

<sup>796</sup> CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Avis du 02.04.13 sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé : Comment sortir plus forts de la crise ?* Les leviers des ARS. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>797</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages*, 21 juin 2013, pages 90 et s. Rapport commandé à sept « hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche » (Alain Cordier, Geneviève Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Haas, Emmanuel Hirsch, Françoise Parisot-Lavillonnière, Dominique Perrotin), par le Premier Ministre en février 2013 et remis le 21 juin au Ministre de la Santé.

de santé qui intègrent les contraintes très concrètes d'habitude de vie et de déplacement, en lien étroit avec les collectivités territoriales chargées de l'aide sociale. ». Ce n'est, comme nous l'avons exprimé pas encore le cas. Ce rapport ajoute qu'une insuffisante autonomie de décision et de gestion de leurs moyens laisse demeurer les ARS dans un rôle d' « opérateurs locaux de politiques nationales extrêmement cloisonnées ». Et qu'un des quatre leviers majeurs manquant aux ARS réside dans son manque de « capacité d'intéressement des hôpitaux ».

Plus précisément, nous examinerons quelques aspects du **canevas et des limites de l'action de santé des ARS (A)**, puis nous soutiendrons comment le service public hospitalier peut constituer **un acteur potentiel de mise en œuvre régionale d'un service public de santé territorial (B)**.

### *A- Le canevas et les limites de l'action de santé des ARS.*

#### I. Le « pacte territoire-santé » du ministère des affaires sociales et de la santé.

Annoncé le 13 décembre 2012 par la ministre des affaires sociales et de la santé, un « pacte territoire-santé pour lutter contre les déserts médicaux » propose et décide douze mesures de conception, concertation, mise en place, application et évaluation s'étendant sur plusieurs années. Au-delà de l'angle, par nature politique et de communication, inhérent et d'ailleurs nécessaire à ce type de programme, ce « pacte » révèle avant même son application qui sera vraisemblablement inégale comme l'ont été ses prédécesseurs, un diagnostic de politique d'accès aux soins révélateur des besoins des citoyens mais aussi du possible politique dépendant étroitement et de manière variable des forces catégorielles en présence. Cette stratégie se propose différents objectifs

##### a) Agir sur la formation des jeunes médecins et chirurgiens-dentistes

▫ Par extension des stages de médecine générale.

Il s'agit de poursuivre une généralisation à tous les étudiants en médecine d'ici 2017, du stage de médecine générale actuellement effectué par 50% d'entre eux. Et ce afin de majorer le taux de 10% des nouveaux diplômés qui s'installent en qualité de médecin généraliste libéral. Si ce dernier effet nous semble devoir être faible, cette mesure aura pour effet de créer des lieux de stage en centres de santé, voire de maisons de santé, surtout dans les pôles hospitalier interprofessionnels locaux de santé que nous préconisons, en y développant l'enseignement



médical spécifique de médecine générale, leur lien universitaire, et le recrutement ultérieur de généralistes hospitaliers locaux de proximité.

☒ Par le développement d'« engagements de service public ».

La politique ministérielle étend en 2013 au bénéfice des étudiants chirurgiens-dentistes<sup>798</sup> et développe depuis 2010<sup>799</sup> à celui des étudiants en médecine, la possibilité de souscrire à un contrat assez extensivement dénommé « contrat d'engagement de service public ». Ce contrat accorde une aide à l'installation et une prise en charge financière mensuelle de 1200 euros brut par mois pendant les études de médecine et d'odontologie à partir de la deuxième année, en contrepartie de l'engagement pour l'étudiant d'exercer, y compris en activité libérale, pendant la même durée, dans l'une des zones déficitaires listées par les Agences régionales de la santé. En dépit de la grande ouverture, souplesse d'établissement et d'application de ces contrats, seuls 351 étaient signés à la fin 2012 sur huit cents proposés sur l'ensemble du territoire national. La politique incitative d'aménagement du territoire montre encore ici aussi sa faible efficacité. La pertinence de cette politique doit en outre être diminuée par le nombre important mais difficile à cerner d'engagements pouvant être qualifiés de contrats « d'aubaine », c'est-à-dire conduisant à des installations de médecins qui se seraient produites naturellement. Enfin, la pression de « forte mobilisation » demandées aux ARS en 2013 sur la signature de tels contrats aura tendance à renforcer la faiblesse des contraintes demandées aux étudiants et l'efficacité bien relative de cette mesure pour l'amélioration de l'accès aux soins. Ainsi, le 1<sup>er</sup> septembre 2013, 382 lieux d'exercice proposés n'avaient pas trouvé preneur et le ministère de la santé réalisait un clip de publicité pour les vanter. Par ailleurs, il est permis de s'interroger sur la nature réelle de ces contrats et sur l'application faite ici des principes du service public. Est-ce le contrat, ou l'engagement, ou le contrat d'engagement qui portent le service public ? Ce dernier voit sans doute la meilleure préservation de l'égalité de l'accès aux soins, mais sa permanence à moyen terme reste à durée déterminée, et sa permanence horaire n'est pas a priori garantie. Enfin sa mutabilité ne repose pas sur l'évolution des besoins des patients mais sur celle de l'acteur de santé.

Les pôles hospitaliers externes dont nous préconisons le développement (PHIS), pourraient en revanche se substituer ou réguler l'application des contrats d'engagement de service public en fournissant des lieux de postes d'interne formateurs et de collaboration médecine de ville/hôpital.

---

<sup>798</sup> Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 (J.O. 18 décembre).

<sup>799</sup> Art. L. 632-6 du Code de l'éducation et D. n° 2010-735 du 29 juin 2010 (JO du 1er juillet 2010)

b) En influant sur l'installation des étudiants en fin de cursus.

☒ Par une information coordonnée dans chaque région sur l'ensemble des aides et opportunités d'installation. Cette action peut contribuer à unifier l'entourage de pôles hospitaliers interprofessionnels locaux de santé.

☒ Par la recherche de l'installation de deux cents « praticiens territoriaux de médecine générale » sur le territoire dès 2013<sup>800</sup>, en créant un statut spécifique devant être précisé par décret, censé apporter une garantie de revenu pendant deux ans aux jeunes médecins en contrepartie d'une installation dans un territoire en voie de démedicalisation.

## II. Les limites d'un tel pacte et les possibles actions régionales.

Cette politique ne semble pas reposer sur une correcte appréciation de la réalité. En effet, la garantie proposée d'un revenu de cinq mille euros mensuels semble ignorer qu'un médecin généraliste s'installant en zone démedicalisée perçoit de ses patients un revenu net largement plus important, sans avoir à signer un contrat. Et l'individualisme des médecins libéraux les éloigne de la signature de contrats d'exercice, ne serait-ce que de lieu d'installation. Le faible succès de cette formule conforte ce qui a été observé plus haut à propos des contrats d'engagement de service public.

Globalement comme l'a décrit le rapport d'information du Sénat remis le 5 février 2013<sup>801</sup>, les mesures incitatives d'égalisation de la répartition territoriale de l'offre de soins des médecins n'ont pas d'effet décisif. Que ce soit les exonérations fiscales et sociales financées par l'Etat pour l'installation dans certaines zones, ou les incitations à l'installation de zones sous dotées financées par l'assurance maladie, les contrats d'engagement de service public ou les aides financées par les collectivités territoriales. Le Sénat, relève de plus qu'aucun recensement ni aucune évaluation des aides accordées n'est disponible et que la Cour des comptes le relève. Ce qui est significatif de l'autisme des pouvoirs publics devant la médecine libérale.

Ces efforts pour reconstruire des actions d'intérêt public au sein du secteur libéral, par les seules voies de la concertation et de l'incitation financière semblent participer de l'essai assez vain et utopique de dirigisme de la pratique libérale. En outre, ces formules somme toute

---

<sup>800</sup> Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, article 49 ; décret à suivre

<sup>801</sup> SENAT, Rapport d'information n° 335, remis le 5 février 2013 : *Déserts médicaux, agir vraiment*, sous la présidence de Jean-Luc FICHET, fait par Hervé MAUREY, Sénateurs, Groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Passim pp.35 à 39.

d'inspiration jacobine et technocratique ne mettent paradoxalement pas à profit deux moteurs. D'une part une potentialité d'action par le service public hospitalier, et d'autre part le désir très répandu des médecins d'exercer en équipe, en sécurité personnelle et médicale, éléments que peuvent apporter les PHIS que nous préconisons.

a) Rapprocher certains acteurs et exercices de santé.

Le plan gouvernemental témoigne de l'incapacité opérative du ministère de la santé et des Agences régionales de la santé. Elaborer des plans de mesures, des politiques, inciter contractuellement par des mesures financières et législatives et réglementaires est certes nécessaire mais nettement insuffisant. Il n'a pas été envisagé que l'ensemble des futurs professionnels de santé apprennent dès leur formation de base et leur formation spécialisée, à travailler en étroite collaboration avec les autres professionnels<sup>802</sup>.

Et l'organisation du système de santé nécessite aussi des actions rapidement opérationnalisées. Seuls des acteurs publics et privés organisés peuvent, dans le cadre d'une politique publique, créer les structures nécessaires. Les PHIS ici proposés pourraient réaliser et très largement dépasser les mesures de ce plan. Ce dernier prévoit en effet une « concertation » pour créer des terrains de stage dans les maisons de santé, une « expérimentation » de la télémédecine en dermatologie, un « plan de déploiement » de coopération entre professionnels de la filière d'ophtalmologie et des « engagements » de travail en équipe pluri professionnelles qui seraient rassemblées au sein de maisons de santé ou de pôles de santé et bénéficiant de rémunérations forfaitaires d'équipes de soins. Ces dernières rémunérations seraient versées en contrepartie d'actions de prévention, d'éducation thérapeutique, d'élargissement de plages horaires, de prise en charge de soins non programmés dans la journée, d'accueil continu des patients, de coordination.

b) Procéder à des adaptations territoriales

Des pôles hospitaliers interprofessionnels de santé pourraient jouer un rôle déterminant car organisé et faisant sens aux mesures proposées par le plan gouvernemental, afin de se rapprocher des patients, et de procéder à des adaptations territoriales.

---

<sup>802</sup> CONFEDERATION SUISSE, Votation populaire du 18 mai 2014, *Arrêté fédéral concernant les soins médicaux de base (contre-projet direct à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », qui a été retirée)*, [www.admin.ch](http://www.admin.ch), [www.parlement.ch](http://www.parlement.ch), [www.ch.ch](http://www.ch.ch).

## 1- Se rapprocher des patients

Garantir un accès aux soins urgents en moins de trente minutes ressort du propos simplificateur de campagne électorale. Mettre en place de nouveaux Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), inciter des médecins généralistes à contribuer à cet objectif, mailler le territoire par coopération entre services d'urgence est déjà la réalité de l'effort continu des SAMU et des hôpitaux. Or les territoires dont l'accès aux soins urgents est complexe sont des déserts médicaux ne permettant pas des organisations pérennes et efficaces. De plus, la dispersion des moyens entrave leur efficacité globale. Enfin, il convient plutôt de se rapprocher des patients et des acteurs de soins par des structures légères décentralisées reliées par télé-médecine et hélicoptage.

## 2- Décentraliser les structures.

Les trois dernières mesures du plan gouvernemental, soit permettre à des médecins salariés d'hôpitaux d'exercer dans des territoires démedicalisés, y favoriser le recours à des centres de santé, modifier la responsabilité de centres hospitaliers de niveau régional pour appuyer la pérennité des hôpitaux de proximité reviennent quant à elles à rendre nécessaire la création du support de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé.

### ***B - Un acteur potentiel de service public de santé de territoire.***

#### I. L'apport potentiel du service public hospitalier

L'hôpital public est, organiquement, matériellement et fonctionnellement entrepreneur de soins dans toutes les disciplines chirurgicales, médicales somatiques et psychiques.

Il est un organisateur reconnu de missions d'intérêt général. Ses capacités de mise en œuvre de projets thérapeutiques innovants et de haute qualité de santé publique ne sont pas générées par la maximisation du bénéfice financier d'acteurs individuels de santé ou d'institutions, devant dégager un profit personnel ou celui d'actionnaires. Ses développements permis par une innovation permanente, représentent l'aboutissement de processus complexes de concertation interne et de propre planification pluriannuelle en accord avec un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui lui, est prescriptif et opposable. Ses projets sont liés à des contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens signés avec l'Agence régionale de santé. Le respect des engagements qu'il souscrit est garanti par le statut de son directeur et par

sa nature d'établissement public administratif. Le suivi de ses engagements est contrôlé par le pouvoir de tutelle de l'ARS.

Ville dans la ville, comportant de soixante à cent-vingt métiers, sa capacité d'ingénierie, de logistique, de conception technique lui permettent une opérationnalité en régie de travaux et de soutien qui ne comportent pas d'égale dans le domaine de la santé. Sa nouvelle trajectoire de management, qui le conduit à améliorer son efficacité, peut lui permettre de réaliser des implantations de santé au plus près de la population dans des conditions économiques toujours très inférieures aux projets coûteux portés par des élus légitimement angoissés<sup>803</sup>.

Ainsi, l'hôpital public peut améliorer les différentes composantes de l'accès aux soins dans les circonstances de fractures sanitaires qu'il est particulièrement à même de contribuer à cerner, notamment par coopérations des professionnels de santé au sein de maisons, de réseaux, de centres de santé, de pôles de santé et de manière plus déterminante au sein de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé. Il peut fournir une alternative complémentaire aux maisons, réseaux de santé par un fonctionnement analogue à des centres de santé qui seraient inclus dans des pôles de santé. Car les modalités actuelles des centres de santé ces modalités présentent nombre d'inconvénients. Soit une image mal définie, hétérogène, peu attractive pour les patients et les médecins. Soit des constitutions par des promotions inconsidérées de la part d'élus de bon vouloir humanitaire mais non promoteurs spécialistes de l'offre de soins. Encore des surcoûts non compensés de fourniture de tiers payant, une absence de tarification des actions de santé publique, une absence d'accès à des MIGAC. Et enfin des difficultés de fonctionnement, d'organisation, de structuration, de coopérations professionnelles et d'utilisation de la télémédecine<sup>804</sup>.

## II. L'apport à l'essence même du service public hospitalier

L'ancrage de l'hôpital dans la société lui confère une notoriété que doublent une grande confiance et le respect de la population. Il serait important pour lui-même et très bien ressenti par la population qu'il s'extra territorialise et qu'il aille à la rencontre des plus faibles.

---

<sup>803</sup> Soit par un mauvais accès géographique et financier aux soins. Soit par la conjonction de l'addiction à diverses dépendances (alcool, tabac, drogues) et de la précarité économique dans certains territoires ou régions : 80% des 1545 maires de Languedoc Roussillon interrogés par l'ARS en mentionnent comme une priorité ([www.decisionsante.com/décisionsantetv](http://www.decisionsante.com/décisionsantetv)).

<sup>804</sup> Certaines de ces difficultés sont citées par DELANDE [G], « Pénurie de médecins. Comment obtenir une meilleure répartition sur le territoire ? », [www.ifrap.org](http://www.ifrap.org), 7 septembre 2012.

a) L'hôpital doit s'extra territorialiser

La proximité ne semble plus constituer l'éthique première des centres hospitaliers. Que doit-il valoriser ? Les missions de proximité ou les greffes cardiaques ? Aujourd'hui, la population doit s'adapter à l'hôpital, et non l'inverse. Autre écueil pour le patient, la complexité de l'hôpital, dès avant l'accueil hors urgence. On ne peut pas rentrer à l'hôpital sans rendez-vous. L'accueil est une mille-feuille. Une fois passée la barrière de l'accueil, encore faut-il pouvoir se repérer au sein de l'organigramme hospitalier. Les structures hospitalières ont des missions basées sur des disciplines médicales. La grande majorité des patients ne peut se retrouver dans ce qui lui apparaît comme un dédale. L'hôpital devrait être plus transversal, les parcours de soins devraient être plus évidents.

Des structures de proximité, qu'elles se situent à l'intérieur des domaines hospitaliers ou être localisées dans les territoires de fracture sanitaire, doivent être ménagées.

1- En utilisant ses localisations existantes

Il dispose par son ancienneté historique d'un réseau dense d'implantations, particulièrement développé en France. Les établissements publics de soins comportent une très grande variété de locaux dispersés dans une même région. Que ces localisations soient le support des soins hospitaliers organiques ou de santé mentale, ou de rééducation réadaptation, d'hôpitaux ex-locaux, de bâtiments en cours de réaffectation, ils peuvent abriter de lieux de pôles hospitaliers interdisciplinaires de santé.

L'auteur a initié une expérience de ce type en utilisant certains des 25 sites du Groupe hospitalier qu'il dirigea, pour y développer des accueils de médecine générale public-privé reliées par télé-médecine, ou de surveillance de la grossesse ou de l'addiction alcoolique, ou d'urgences légères ou de prise en charge gériatrique, ou d'adolescents, ou des lutte contre les violences sexuelles ou maltraitances à enfants ou de traitements mentaux fractionnés. De manière à contribuer régionalement à une action coordonnée de santé publique.

Que l'hôpital « s'extra territorialise » mentalement à l'intérieur de ses murs, ou en initiant de nouvelles localisation, il doit renouer avec mille cinq cents ans de présence près des faibles.

2- En actualisant les implantations nécessaires.

Le choix des lieux d'un nouveau pôle hospitalier interdisciplinaire de santé doit obéir pragmatiquement à un faisceau de circonstances favorables et utiles. Doivent être sélectionnés des « déserts médicaux » ou en « fracture de soins » identifiés par l'ARS, par le programme régional de santé ou proposé par l'hôpital, qu'ils soient en territoire rural ou excentré ou en

quartier à difficultés sociales et ethniques. Doivent être croisés les lieux de demande ou de réceptivité des médecins libéraux.

b) L'hôpital doit aller à la rencontre des plus faibles.

« L'histoire ne se répète pas, mais elle rime<sup>805</sup> ».

1- La nouvelle frontière du service public hospitalier.

Les valeurs de respect des garanties de service public, soit d'égal accès territorial et financier à des soins de qualité, aussi de permanence d'adaptation, d'accueil et de soins, de quasi gratuité, de neutralité doivent se déployer de nouveau sur le territoire en fonction des nouveaux besoins de la population. On ne peut en rester à des implantations qui ont peu évolué depuis un demi-siècle ainsi que sa longue tradition de charité au sens large du terme le prédisposent par essence même à se préoccuper des inégalités de santé.

2- Une inflexion de la démarche caritative historique.

Nous avons développé notamment en introduction générale, la richesse existentielle, conceptuelle et opérative, qu'a retiré le service public hospitalier d'une confrontation entre l'empirisme du soin et du droit avec une origine transcendantale. Ce qui l'a conduit à la conquête d'une immanence portée par une mutation juridique. Il convient aujourd'hui de renouer avec les valeurs qui ont établi ce service public pour vivifier sa recherche de sens qui ne cessera jamais.

## § 2- Une nécessaire expérimentation d'un financement différent.

### *A- La rémunération personnelle à l'acte, frein à la coordination des soins.*

La coordination des acteurs de santé constitue un passage obligé de l'évolution du système de soins et aussi de la promotion d'un service public de santé.

#### I. La rémunération personnelle à l'acte<sup>806</sup>

Par nature, la rémunération personnelle à l'acte rémunère l'intervenant lui-même et ne prévoit pas la rétribution des d'acteurs de l'équipe de soins ayant réalisé ou favorisé ou permis tout ou partie d'un acte. Rémunérant un seul intervenant, elle privilégie et favorise l'individualité et

---

<sup>805</sup> « History doesn't repeat itself, but it does rhymes », (attribué à Mark TWAIN, 1835-1910).

<sup>806</sup> FELLINGER (F.), Universités d'été de la performance en santé, 31 août 2002, [www.performance-en-sante](http://www.performance-en-sante)

l'adoption des séquences les plus rémunératrices, et devient potentiellement incitative de comportements d'optimisation de revenus parfois nocive au patient. Elle peut favoriser le sur-diagnostic, c'est-à-dire les traitements et les soins inutiles n'apportant aucun bénéfice ou trop intensifs, avec de possibles effets délétères.

Les responsabilités sont partagées entre gestionnaires, agences sanitaires, médecins, patients et médias. Soumettre la santé aux lois du marché comme un bien de consommation induit des comportements nuisibles. La multiplication des indications de césariennes, les appendicectomies sans appendicite, les coloscopies rapprochées et gastroscopies, les arthroscopies, sont d'autres exemples connus de tous. Les chirurgiens de secteur privé sont payés à l'acte. Plus ils opèrent, plus ils reçoivent d'honoraires. Le chirurgien ne refuse que difficilement d'opérer un malade adressé avec une lettre du médecin traitant affirmant l'opération nécessaire. Le médecin n'apprécierait pas de perdre la face et parfois le pourcentage des suppléments d'honoraires, soit une dichotomie formellement interdite par le code de déontologie mais non éradiquée. Dans le cadre d'une gestion de statut commercial, un chirurgien ne peut opérer sans plateau technique lourd et l'autorisation des gestionnaires formalisées dans son contrat d'activité. Certains groupes insèrent une clause d'activité exigeant un chiffre d'affaire minimum. Clause parfaitement illégale, refusée par le conseil de l'Ordre, lorsqu'il en a connaissance.

Les normes et des quotas promus par les agences régionales de santé et par exemple l'Institut national du cancer (INCA) peuvent fixer des seuils minimums d'activité annuelle par établissement. Le ministère de la santé et les médias participent de la logique. Pour figurer en première place l'établissement doit faire opérer ses chirurgiens plus que ses concurrents. Le palmarès ne tient pas compte de l'utilité des opérations ni de leurs résultats.

Le système de la rémunération à l'acte, relativement figé par la classification commune des actes médicaux (CCAM) se révèle très cloisonnant, s'adaptant mal à la rémunération d'intervenants multiples, favorisant ainsi la segmentation de la prise en charge. Méconnaissant le coût de l'ensemble de la trajectoire de soins d'un patient, elle ne peut rémunérer le travail concertation pluridisciplinaire ni celui de la gestion des dossiers.

Enfin elle ne donne aucune perspective ni chance de réussite à la coordination ville- hôpital, maintenant chacun des secteurs dans sa logique propre, l'une plutôt individualisée et productiviste, l'autre collective au sein d'une entité de service d'intérêt général. Parallèlement, elle complique les modalités techniques de coopération entre établissements de



santé publics et privés, ces derniers ajoutant à leurs tarifs des honoraires médicaux participant du système libéral, libre, à l'acte.

Le paiement à l'acte ajoute ainsi de nombreux handicaps à un système de soins et de santé moderne. Ces inconvénients sont si importants que leur maintien politique apparaît fondamentalement comme la défense d'un privilège corporatiste éloigné de l'intérêt du citoyen. Afin d'essayer d'y pallier ou de les ignorer, les représentants des professionnels libéraux et les organismes de prévoyance sociale négocient les pans d'un manteau d'Arlequin d'aménagements conventionnels. Sans n'aucunement y associer les représentants des usagers. Ce qui est non seulement choquant démocratiquement et humainement, mais aussi contradictoire des ambitions affichées de meilleur système de soin. A qui s'adressent les soins ? Qui est directement concerné par leur qualité et leur efficience ?

## II. Un frein à la coordination des soins.

### a) En cabinet libéral.

La Cour des comptes, en particulier, dans son Rapport public annuel 2013<sup>807</sup> déplore l'inaboutissement de la réforme du parcours de soins coordonné autour du médecin traitant. L'ambition affichée de contribuer à la réforme du système de soins s'est réduite à un parcours tarifaire trop complexe pour les assurés, augmentant parfois leurs « restes à charge » (RAC). Surtout, ce qui devait être un « portail » d'accès aux soins s'est essentiellement traduit par une diversification et augmentation indirecte de la rémunération des médecins. Depuis 2004, ce système laissé à la mise en œuvre des syndicats médicaux et encore sans évaluation globale après une décennie, s'est doublé de trois revalorisations du tarif de la consultation, d'un forfait médecin traitant, d'un forfait affection de longue durée, d'une rémunération du volet annuel de synthèse, d'une majoration de coordination, et du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI). Le contenu médical de la réforme du parcours de soins coordonné ne sert plus à notre sens que les objectifs comptables des médecins et de l'assurance maladie et se trouve vidé de son intérêt pour le système de santé et pour le patient.

### b) En établissement public de soins.

L'attachement des professionnels libéraux au paiement à l'acte, est si important qu'il a été imposé à l'hôpital public lui-même, créant une distorsion entre praticiens en un même lieu. Il

---

<sup>807</sup> COUR DES COMPTES, *Le rapport public annuel 2013, Synthèses*, p. 18 s.

en est ainsi du dispositif de rémunération des professionnels de santé libéraux aux missions des établissements publics de santé : médecins, sages-femmes, odontologistes. L'article L. 6146-1 du Code de la santé publique et son application réglementaire du 28 mars 2011<sup>808</sup>, prévoit en effet leur rémunération de ces acteurs libéraux en fonction des honoraires correspondant aux actes dispensés à chaque patient dans l'EPS. Et pourtant leurs rémunérations obéissent aussi à des systèmes de forfait pour leur participation à une coordination des soins, à des permanences de soins en heures non ouvrables ou pour une mission de permanence de soins de service public (Art. L. 6314-1 CSP).

La différenciation est financière, ce qui est incongru sur le théâtre d'une coopération et coordination. Le distinguo est aussi un inconvénient déontologique : un patient n'est pas pris en charge de la même manière dans une optique productive d'actes, qui comporte un risque productiviste. Le principe du paiement à l'acte cher à la médecine libérale tout autant que la liberté d'installation ne vivent sans doute que les dernières années de privilèges injustifiés et nocifs aux patients. *Primum non nocere* ? Existe-t-il un système de financement plus respectueux des patients ?

### ***B- Proposition d'un système de financement plus adapté.***

Le diagnostic du système de financement à 100% par la tarification à l'activité a été largement partagé lors des concertations préparatoires au « Pacte de confiance pour l'hôpital »<sup>809</sup>. Son rapport mentionne : « Inflationniste, il incite à la concurrence plus qu'à la coopération ; il conduit à segmenter l'activité, à l'opposé d'une approche globale ou de la prise en compte d'un parcours ». Et ajoute : « Il ne permet pas de financer correctement la prise en charge des poly-pathologies complexes ou des maladies chroniques alors que la MECSS (Mission d'évaluation des comptes de la sécurité sociale) estime à 15 millions le nombre de personnes concernées<sup>810</sup> ».

---

<sup>808</sup> Article 13-II de la loi HPST, codifié L. 6146-2 CSP, appliqué par le décret n° 2011-345 du 28 mars 2011, JORF 30 mars, codifié R. 6146-17 CSP.

<sup>809</sup> MINISTERE DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur, page 21, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

<sup>810</sup> ASSEMBLEE NATIONALE, *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, Rapport d'information de MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 703 (2011-2012) - 25 juillet 2012.

Il convient donc de rechercher un système de financement plus pertinent, c'est à dire pluriel, mixte, qui allie des rémunérations à l'activité, à des **rémunérations adaptées aux actions d'intérêt général (I)** et à des **compensations par l'ARS (II)**.

#### I. Rémunérations adaptées aux actions d'intérêt général.

Ainsi des rémunérations adaptées à l'installation en zones de fracture sociale. Ces mesures sont proposées à l'installation individuelle de médecins (contrats dits de service public pour les étudiants en médecine, praticien territorial de médecine générale (PTMG) ou à un exercice infirmier. Pourraient être définies des « zones d'exception territoriale » par les ARS dans lesquelles seraient accordées des franchises de charges, des rémunération de soins à des populations en déficit d'information de santé par un versement à la capitation pour les personnes s'adressant à des centres de santé, à des établissements de santé pour éducation sanitaire, éducation thérapeutique, information d'hygiène de vie, campagne de prévention nationale, régionale ou spécifique. Ou de collaboration à la politique des organismes d'assurance maladie et de l'Agence régionale de santé pour la compensation<sup>811</sup> de mission de service public de santé territorial. Soit des modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les Pôles hospitaliers interprofessionnels de santé, des mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins.

Aussi des rémunérations, autres que le paiement à l'acte, pour des activités de soins ainsi que des activités non curatives de ces pôles de santé, notamment des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

Encore de l'installation de centres dans les zones définies par l'Agence régionale de santé en application de l'article L. 1434-7<sup>812</sup> du code de la santé publique ainsi que les conditions dans lesquelles ces pôles bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice ou

---

<sup>811</sup> Les préconisations qui suivent reprennent une partie des dispositions de l'article L. 162-32-1 du Code de la sécurité sociale régissant les accords conventionnels entre les centres de santé et les organismes d'assurance maladie (Loi n° 2011-940 du 10 août 2011, article 62 (V)).

<sup>812</sup> Article L. 1434-7 CSP : « Le schéma régional d'organisation des soins...indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 [accès aux soins de premier et de second recours], notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé».

d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones.

Les obligations auxquelles seraient soumis les PHIS d'établissements de santé qui bénéficient de ces aides, pourraient être adaptées par les Agences régionales de santé après consultation des centres hospitaliers de support des PHIS pour tenir compte de la situation régionale. En outre des rémunérations correspondant des engagements individualisés du Pôle d'ES qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. Le versement de la contrepartie financière au Pôle sera fonction de l'atteinte des objectifs par celui-ci. En outre, il est proposé de rejoindre les caractéristiques ou les revendications des centres de santé afin d'unifier les conditions générales de soins de premier et de second recours, entre les centres, maisons et centres de santé, notamment pôles hospitaliers interprofessionnels de santé. Le PHIS pourrait rejoindre toutes les dispositions liées à la fonction de médecin traitant : forfait ALD, rémunération option démographie, option santé solidarité territoriale, option coordination, option objectifs de santé publique, rémunération d'objectifs de santé publique<sup>813</sup>, nouveaux forfaits prévus par l'avenant n° 8 de la convention avec les médecins libéraux<sup>814</sup>. Mais aussi la déclinaison des aides à l'installation et au maintien dans les zones déficitaires et fragiles, et l'intégration des éléments constitutifs de l'actuelle option de coordination. Il s'accompagnerait, pour les centres médicaux et polyvalents, d'une rémunération forfaitaire basée, non plus sur un engagement individuel des patients, renouvelé chaque année, mais sur le nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant parmi les praticiens du centre.

La généralisation du résultat de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR<sup>815</sup>) associerait les PHIS à une base commune avec les centres de santé et les maisons

---

<sup>813</sup> [www.ameli.fr/professionnels](http://www.ameli.fr/professionnels).

<sup>814</sup> Arrêté du 29 novembre 2012 portant approbation de l'avenant n° 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011. JORF n°0285 du 7 décembre 2012 page 19171

<sup>815</sup> Textes régissant les expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) : Article 44-I de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ; Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009 relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé. Les NMR sont testés depuis 2010 en vertu des lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 puis 2012. Textes relatifs aux centres de santé : Décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé ; Arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement

de santé, préfigurant le tronc conventionnel commun aux structures pratiquant l'Exercice Regroupé et Coordonné (ERC). Les PHIS correspondraient à l'éligibilité aux NMR pour 2014, s'adressant à une équipe de soins de proximité dans sa totalité, allouant une somme à la fois forfaitaire à l'équipe de soins pour la coordination et en partie calculée sur le nombre de patients inscrits au PHIS, outre des rémunérations particulières type capitation (paiement annuel par patient) pour des pathologies chroniques. Le PHIS comprendrait bien un secrétariat partagé pour l'accès aux soins, un travail en équipe concrétisé par une concertation sur certains dossiers, des protocoles pluri professionnels, des stages professionnels, des documents de synthèses transmissibles et des dossiers personnalisés garantissant l'information.

## II. Compensations par les Agences régionales de santé<sup>816</sup>.

En effet<sup>817</sup>, l'Agence régionale de santé peut conclure des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens prévus à l'article L. 6114-1, avec les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé s'accompagnant de versement d'aides financières ou de subventions à ces services de santé. De plus,<sup>818</sup> l'Agence régionale de santé peut proposer aux professionnels de santé conventionnés, aux centres de santé, aux pôles de santé, aux établissements de santé, aux établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes, aux maisons de santé, aux services médico-sociaux, ainsi qu'aux réseaux de santé de son ressort, d'adhérer à des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins. Ces contrats fixent les engagements des professionnels, centres, établissements, maisons, services, pôles ou réseaux concernés et la contrepartie financière qui peut leur être associée. Le versement de la contrepartie financière éventuelle est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel, le pôle, l'établissement, la maison, le service, le pôle ou le réseau concerné. La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional et par la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

---

intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D. 6323-1 et D. 6323-9 du code de la santé publique ([www.ars.sante.fr](http://www.ars.sante.fr)).

<sup>816</sup> Chapitre V du titre III du livre quatrième de la première partie du Code de la santé publique, Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, article 118.

<sup>817</sup> L1435-3 CSP.

<sup>818</sup> L1435-4 CSP.

## Section 2 : La potentielle action des établissements publics de santé dans des pôles hospitaliers interprofessionnels de santé.

Les établissements publics de santé pourraient procéder à des actions locales fédératrices et promotrices de santé grâce à de nouvelles entités : les pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (PHIS).

Les propositions qui suivent sont annoncées par les récentes mais encore apparemment rares expériences pionnières d'intérêt général menées *sui generis* par quelques centres hospitaliers<sup>819</sup>. Notons en outre, même s'il s'agit d'un vœu pieux, que le Conseil national de l'ordre des médecins a proposé une « mesure immédiate » : la désignation d'établissements de santé référents par bassin de population pour la médecine de premier recours. Au surcroît, vient d'être préconisé par le « rapport Cordier », formulé par le « Comité des sages » mis en place par le Premier Ministre d'optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé. Une des décisions à prendre, suivant l'avis de ce comité, serait d'« accompagner, par des outils juridiques appropriés, les initiatives des établissements hospitaliers visant à compenser des insuffisances patentées d'offres ambulatoires dans certains territoires »<sup>820</sup>. Un point de vue voisin a pu être exprimé selon lequel « les récentes réformes structurelles de l'hôpital accentuent ces évolutions [complémentarités, service de santé, coût maîtrisés, qualité des soins] : le service public devra de plus en plus fédérer ses moyens, les structurer et les hiérarchiser au sein de pôles sanitaires cohérents et mis en réseau au niveau national, pour permettre une desserte optimale des populations au plan local »<sup>821</sup>. On cherche cependant en vain trace de ce courant d'idée dans la Stratégie nationale de santé envisagée par la ministre. Pourtant, nous nous trouvons ainsi dans une problématique complexe mais essentielle.

---

<sup>819</sup> Centre de santé du CH de Fougères, Pôle territorial de santé du CH de Saint-Flour, Maison de santé pluri professionnelle avec le CH de Roanne, Maison de santé universitaire du CH de Créteil, projet de « nouvel Hôtel-Dieu » de l'AP-HP de Paris.

<sup>820</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages*, 21 juin 2013, page 25, 9<sup>e</sup> recommandation. Rapport commandé à sept « hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche » (Alain Cordier, Geneviève Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Haas, Emmanuel Hirsch, Françoise Parisot-Lavillonnière, Dominique Perrotin), par le Premier Ministre en février 2013 et remis le 21 juin au Ministre de la Santé.

<sup>821</sup> STINGRE (D.), *Le service public hospitalier*, notice, Paris : PUF (éditeur), collection *Que sais-je ?*, 2012, 128 p., réf. bibl., ISBN 978-2-13-059499-4, FRA.

Chacun se rend compte de l'insuffisance de couverture sanitaire de certaines populations qui se situent sur des territoires au sens large du terme, c'est-à-dire atteignables par des actions très locales ou par des couvertures en réseau sur des aires géographiques plus larges où ces populations se mêlent à d'autres spécificités populationnelle. Cependant se présentent nombre de freins de principe opposés par des groupes de pression et d'opinion souhaitant une diminution ou une limitation d'un « hospitalo-centrisme » présumé. Ce qui est ignorer que la place relative de l'hospitalisation publique dans le système de santé français est la moins importante de tous les pays de l'Union européenne.<sup>822</sup>.Ce qui est ignorer que nombre d'initiatives locales public-privé se constituent et fonctionnent, mais sans assise légale et donc sans garanties pour les professionnels et les patients. Ce qui est aussi ignorer que les écarts de prise en charge sanitaire se creusent tant géographiquement entre cantons qu'entre populations, et qu'aucune organisation de défense d'intérêts corporatistes ne se mobilise pour l'instant pour y faire face de manière ordonnée.

Mais d'une part comment alors expliquer que la possibilité légale pour les établissements de santé, y compris publics de créer des centres de santé soit à peu près ignorée ? Pourtant, à l'occasion de la loi HPST, le législateur a souhaité redéfinir les centres de santé en affirmant sa volonté de valoriser la vocation de ces centres à être des structures de proximité de premier recours. En leur demandant, tout en conservant leurs missions initiales de soins sans hébergement, participation à des actions de santé publique, à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales de développer des prises en charges innovantes d'éducation thérapeutique et à faciliter leur déploiement. Et en ouvrant aux établissements de santé la possibilité de les créer et de les gérer en supprimant l'obligation d'obtention d'un agrément préalablement à leur ouverture, ainsi reconnaître l'intérêt de l'exercice collectif et coordonné qu'ils portent en leur demandant de s'engager sur ces modalités. Et mais alors pourquoi la novation législative de la loi HPST des pôles de santé<sup>823</sup> reste-t-elle inutilisée<sup>824</sup>, alors qu'elle permet d'y associer les établissements de santé ?

---

<sup>822</sup> Ibid.

<sup>823</sup> Article L6323-4, LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40 : « Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. 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. »

<sup>824</sup> Sauf par abus de langage dans le cas de regroupements de moyens de personnels libéraux.

Notre thèse avance que l'association des deux concepts pourrait constituer la base des « Pôles hospitaliers interprofessionnels de santé » dont nous proposons l'érection législative. Ils tireraient du premier une opérationnalité des diverses formes d'actions de santé et socio-sanitaires d'excellente accessibilité, proximité financière, géographique et des patients. Et du second englobant le premier et le service public hospitalier, une possibilité d'association et de coopération en parcours de soins et pour maladies chroniques de tous les acteurs du système de santé. Soit des professionnels de santé, 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. Que de tels dispositifs soient mésusés est sans doute significatif des forces paralysant notre système de santé.

Dans l'intérêt des patients, dans celui de l'accessibilité, évitabilité<sup>825</sup>, efficience des services à lui proposer et non pas dans ce qui serait l'intérêt matériel propre de l'hôpital public, par ailleurs tant sollicité, nous examinerons ce qui suit et sera controversé, mais participe de notre thèse et de notre conviction. Soit **les opportunités représentées pour la population, par la création de Pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (§1) puis les modalités de leur établissement (§2).**

### **§1 Les opportunités de création des Pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (PHIS).**

Nous oserons la proposition, en cas de carence du secteur libéral, de favoriser en mode ambulatoire, l'éclosion de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (PHIS) dépendant soit d'établissements privés, soit d'hôpitaux publics régionaux ou non : PHIS non spécialisés dépendant de centres hospitaliers avec enseignement de médecine générale, prioritairement dans les villes, banlieues et campagnes en « points de rupture de parcours de soins », car les poly-pathologies organiques et mentales commencent plus tôt dans les territoires défavorisés. La prise en charge sera résolument holistique, c'est-à-dire obéissant à une pratique visant à traiter la personne de manière globale (le corps et l'esprit, et non pas seulement la partie du corps affectée par les symptômes présentés). L'affectation de maîtres de stage ajouterait, sur critères définis, enseignement et recherche de santé publique et de médecine générale. Ils

---

<sup>825</sup> ARS LANGUEDOC ROUSSILLON, *Le projet régional de santé dans les territoires 2012-2017*, p.5 : « Eviter l'entrée dans la maladie, éviter l'entrée dans les structures de soins »



effectueraient en mode ambulatoire des actes de prévention primaire, dépistage, soins organiques et de santé mentale, ETP, suivi et coordination (par nouveau métier de référent de parcours), seraient financées par T2A, modes spécifiques évoqués plus haut, MIG, MERRI, fonds d'intervention régional (FIR), l'hôpital-source assurant un adossement financier.

Le PHIS hospitalier pourra être adossé aussi aux centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CHL), ces derniers comportant des lits d'hospitalisation, de soins de suite et de réadaptation ou d'EHPAD, fonctionnant en continuité de soins, lorsqu'il se situe en des lieux de fracture de soins. En revanche, l'ex-hôpital local pourra, en présentant une offre de mission de service public de santé territorial, faire très utilement évoluer sa mission, la régénérer dans un grand nombre d'hypothèses<sup>826</sup>, voire de créer un PHIS relié par une communauté hospitalière de territoire et un Groupement de coopération sanitaire.

Une prise de conscience se produit. Les CHL, qui voient la propension des ARS à souhaiter la suppression ou la conversion de leurs lits de SSR ou de médecine en places d'EHPAD, commencent de se positionner en fédérateurs des parcours de santé et à souhaiter des accords entre Directeurs de CHU, de CH et de CHL. A l'inverse, le PHIS devra intégrer le CHL, comme les autres centres hospitaliers, établissements de santé privés d'intérêt collectif ou à but lucratif, dans sa coordination de parcours de soins.

## **§2 Les modalités d'établissement de Pôles hospitaliers interprofessionnels de santé.**

La Stratégie nationale de santé (SNS) prescrit l'avènement de la notion d'opérateurs dans les champs sanitaire, sociaux et médico sociaux<sup>827</sup>. Le soutien à la constitution d'équipes pluri-professionnelles de proximité, organisées autour du médecin traitant et en articulation avec l'hôpital et les soins spécialisés, est un de ses axes prioritaires d'action, l'ensemble des acteurs des soins de proximité, médecins, paramédicaux et pharmaciens devant trouver leur place dans ces équipes pluri professionnelles. Il s'agit de développer un nouveau mode d'exercice de la médecine libérale. Ces équipes pourront prendre d'après la SNS plusieurs formes, maisons de santé pluridisciplinaires, et ce que nous notons ici, pôles de santé, centres de santé, et favoriseront un meilleur suivi des malades chroniques, ainsi que les coopérations entre médecins et autres professionnels de santé. Cette volonté de mieux coordonner les prises

---

<sup>826</sup> L'association nationale des médecins généralistes des hôpitaux locaux a conjointement organisé le 15 novembre 2012, une journée nationale d'étude de la question : « Faut-il réinventer l'hôpital local ? ».

<sup>827</sup> STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ, FEUILLE DE ROUTE - 23 septembre 2013, axe 2.1, [www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante](http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante).

en charge soignantes, en amont et en aval de l'hôpital, va de pair avec l'objectif de passer à une médecine plus proactive, dans laquelle l'équipe de soins de proximité s'assure que le patient bénéficie bien d'un plan de soins et intervient auprès de lui si nécessaire.

Les modalités d'établissement des PHIS reposeront sur un **fonctionnement juridique, médical et administratif (A)** et d'autre part sur un **fonctionnement économique et une insertion dans le code de la santé publique (B)**.

*A- Fonctionnement juridique, médical, administratif.*

I. D'abord, créer un centre de santé.

Qui peut créer un centre de santé ? Jusqu'à la loi HPST de 2009 seuls les organismes à but non lucratif et les collectivités locales pouvaient créer et gérer des centres de santé<sup>828</sup>. Cette possibilité a dès lors été ouverte aux EPS et ESPIC puis par ordonnance de coordination du 23 février 2010, l'élargissement régularisé et étendu à tous les établissements de santé, quel qu'en soit le statut<sup>829</sup>.

Quelles activités peuvent être exercées au sein d'un centre de santé ? La nouvelle réglementation ne distingue plus les centres de santé en fonction du type d'activités (ex : soin médical, dentaire, paramédical). Les centres de santé peuvent désormais tous dispenser des «actes de prévention, d'investigation ou de soins médicaux, paramédicaux ou dentaires» : ils peuvent ainsi être, indifféremment, monovalents quelle que soit l'activité en cause : ophtalmologique, dentaire, de rééducation...), ou polyvalents.

Les modalités d'installation des centres de santé ne sont plus astreintes à aucune procédure préalable à leur ouverture ou à la modification de leur activité. Ils doivent cependant respecter les normes techniques en vigueur, élaborer un règlement intérieur ainsi qu'un projet de santé. Le projet de santé est élaboré à partir des besoins de la population du territoire et en cohérence avec le volet ambulatoire du SROS (art. L. 1434-7 du CSP). Outre une description du centre et de ses activités, le projet décrit les modalités organisationnelles mises en œuvre pour répondre à ces besoins. À cet égard il prévoit, notamment, l'organisation de la continuité et de la coordination des soins. L'accessibilité sociale, le développement d'actions de santé

---

<sup>828</sup> Art. L. 6323-1 antérieur à la loi HPST : « Les centres de santé [...] sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales ».

<sup>829</sup> Article L. 6323-1 en vigueur à ce jour : « Les centres de santé [...] sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé. »

publique. Il est transmis au directeur général de l'ARS au moment de l'ouverture et à chaque modification d'activité ayant un impact sur le projet. L'accusé de réception du projet de santé par le directeur général de l'ARS atteste de l'information de ce dernier sur l'activité du centre. S'il n'y a plus de visite de conformité technique préalable à l'ouverture, le directeur général de l'ARS peut néanmoins vérifier au moment de l'ouverture ou *a posteriori*, que les conditions de fonctionnement du centre correspondent à celles définies réglementairement. Dans le cas contraire, des injonctions seront produites. Les conditions techniques de fonctionnement applicables aux centres de santé sont les dispositions de droit commun pour toute structure de soins recevant du public. Il n'est pas réglementairement obligatoire pour les centres de santé de produire un document justifiant de l'autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux auprès des caisses primaires d'assurance maladie.

De quels financements bénéficient les centres de santé ? Le financement des centres de santé est régi par les dispositions de l'accord national du 19 avril 2003 reconduit en 2008 :

- Remboursement des honoraires, rémunérations et frais accessoires aux tarifs fixés et modifiés par les conventions nationales existant entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé libéraux.
- Allocation d'une subvention par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) prenant en charge les cotisations sociales dues par ces centres pour les professionnels qu'ils emploient.
- Aides forfaitaires, comme celle à la télétransmission en SESAM-Vitale résultant de l'accord national. Les centres de santé peuvent également bénéficier
- D'aides octroyées par les collectivités territoriales.
- Du soutien du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Dans le cas où le centre de santé bénéficie d'une subvention ou d'une aide financière versée par l'ARS, il doit conclure avec l'agence un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM de l'article L.1435-3 du CSP). Cependant, le paiement à l'acte ne valorise pas les tâches de coordination interprofessionnelle, d'éducation thérapeutique du patient incombant aux professionnels de santé exerçant de façon regroupée et pluri-professionnelle tels que ceux exerçant en centres de santé, de nouveaux modes de rémunération (NMR) peuvent compléter ou se substituer au paiement à l'acte.

a) Les caractéristiques communes à tous les centres de santé.

Tout centre de santé doit pratiquer le tiers payant mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale. Et de plus s'engager, aux termes de l'accord national reconduit en 2008, à respecter « l'opposabilité des tarifs d'honoraires pour les soins dispensés aux assurés sociaux

et à leurs ayants droit ». De plus, l'effectif du personnel doit, en fonction de la nature et du volume de l'activité du centre, permettre d'assurer la qualité et la bonne exécution des soins et notamment les médecins qui y exercent doivent être salariés. Enfin, il peut mener des activités de coopération avec d'autres acteurs de la santé, notamment dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (art. L. 6133-1 du CSP), d'un pôle de santé (art. L. 6323-4 du CSP) ou d'un réseau de santé (art. L. 6321-1 du CSP). Et le centre de santé peut constituer un lieu de stage, pour les internes, dans les conditions de l'article L.632-5 du code de l'éducation. De récents rapports tant du Sénat que de l'Inspection générale des affaires sociales<sup>830</sup> indiquent que les centres de santé apportent une réponse plutôt efficace à l'accessibilité tant géographique qu'économique par la pratique du tiers-payant et par leur respect des tarifs conventionnels de la sécurité sociale. Attractifs, les centres de santé offrent un mode d'exercice recherché par les jeunes professionnels de santé intéressés par le salariat et la pratique d'équipe coordonnée.

b) Les centres de santé créés et gérés par des établissements de santé (CSES).

Désormais les établissements de santé peuvent créer ou gérer un centre de santé. L'ouverture de la gestion des centres de santé aux établissements de santé témoigne de la démarche de décloisonnement des secteurs hospitaliers et de ville voulue par la loi HPST. L'établissement de santé peut ainsi devenir un acteur à part entière de l'offre de soins de premier recours sur le territoire de santé. Les centres de santé créés et gérés par les établissements de santé sont soumis aux règles de fonctionnement communes à tout centre de santé. Mais la procédure d'agrément comportant une visite de conformité préalable est supprimée. Dans ces conditions, ils ne sont pas soumis aux obligations propres aux établissements de santé. Ainsi, l'activité du centre de santé géré par l'établissement de santé qui l'a créé, n'entrera pas dans le champ des activités soumises à certification (art. L. 6113-3 du CSP) de la Haute Autorité de santé. En ce qui concerne le projet d'établissement, ce projet est à distinguer du projet de santé mentionné en supra I que doit élaborer le centre de santé. Un établissement de santé peut être amené à coopérer pour les activités du centre de santé qu'il gère, notamment par le biais d'un GCS. Enfin, le centre de santé géré par un établissement de santé (CSES) ne disposant pas de la personnalité juridique, c'est l'établissement de santé qui engagera sa responsabilité pour tout

---

<sup>830</sup> Rapport IGAS Adeline Archimbaud, septembre 2013. Rapport sénatorial Hervé Maurey, février 2013.

acte de soins réalisé dans le cadre de l'activité du centre de santé qu'il gère. De manière assez significative, les établissements publics de santé n'ont pas été incités à s'investir dans la création de centres de santé, structures elles-mêmes jusqu'alors peu soutenues par les pouvoirs publics, au bénéfice des maisons de santé pluri professionnelles constituées par des professionnels libéraux. Néanmoins, un infléchissement se fait jour. D'une part la Stratégie nationale de santé<sup>831</sup> (SNS) prône la signature de CPOM entre les ARS et les réseaux de santé, les centres de santé, les pôles de santé et les maisons de santé, conditionnant le versement d'aides financières. D'autre part, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a décidé à partir de mai 2014 d'évaluer l'intérêt que représentent les centres de santé pour des établissements de santé, les points de difficultés lors de leur création, un document d'aide aux ARS mais non de formuler enfin une déclinaison réglementaire aux dispositions de 2009 de la loi HPST relatives aux pôles de santé et aux centres de santé créés et gérés par des établissements de santé. Nous avons mentionné plus haut que le centre de santé peut mener des activités de coopération avec d'autres acteurs de la santé, notamment dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (art. L. 6133-1 du CSP), d'un réseau de santé (art. L. 6321-1 du CSP), et ce que nous utiliserons ici, d'un pôle de santé (art. L. 6323-4 du CSP). Nous avons aussi évoqué précédemment que la loi HPST codifie la création des pôles de santé dans le court article L. 6323-4 ainsi que leur constitution entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire (GCS) et des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS). Mais aussi avec des établissements de santé. Le pôle hospitalier interprofessionnel de santé (PHIS) projeté peut ainsi être constitué d'un centre de santé d'établissement de santé (CSES), lui-même inséré dans un pôle de santé constitué d'autres acteurs de santé, notamment des professionnels de santé libéraux.

## II. Puis, créer un pôle de santé.

Ce pôle de santé sera structuré en pôle hospitalier interprofessionnel de santé (PHIS).

### a) Les vecteurs humains, matériels et structurels du PHIS.

#### 1- Localisation et conception.

---

<sup>831</sup> STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ, FEUILLE DE ROUTE - 23 septembre 2013, [www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante](http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante).

La localisation sera privilégiée en un lieu de fracture sanitaire : espace rural, quartier péri-urbain, proximité de lieu de populations en déficit sanitaire. La fracture sanitaire s'appréhendera de manière plurifactorielle. L'insuffisance de professionnels de santé s'analysera en implantations de généralistes, de spécialistes à accès direct autorisé hors parcours de soins (gynécologue, ophtalmologue, psychiatre, ou neuropsychiatre pour patients de 16 à 25 ans)<sup>832</sup>, de professions paramédicales (notamment infirmières, diététiciennes et masseurs-kinésithérapeutes) de permanence de soins libéraux, mais aussi en déficit de tarifs opposables. Elle s'appréciera en conjonctions sociales entre précarité économique et addictions, en inégalités d'information en santé, en besoins d'éducation sanitaire et à l'hygiène de vie. Ce sont en effet des marqueurs profonds des inégalités socio-économiques, de prévention, la fracture informationnelle étant la véritable fracture sanitaire dans notre société, les malades ayant rarement accès aux bonnes informations sur leur parcours de santé optimum. Ne sera pas négligée la commodité d'accès de transports en commun, composante de l'égalité d'accès au soin.

L'architecture extérieure sera à mi-chemin de celle d'un hôpital et d'une maison pluri professionnelle de santé. Les problématiques actuelles de santé ne se satisfont plus de « cathédrales » inadaptées à la proximité, à la réduction de l'hospitalisation au profit des soins ambulatoires, à la nécessité de conserver de la souplesse, de l'adaptabilité et une taille à l'échelle de l'homme propice à une médecine coordonnée et à l'empathie du patient et de la population d'un territoire en fracture sanitaire et sociale.

La fonctionnalité interne ménagera des postes de réception essentiels. Soit un accueil 8h-21h/7j-7 de secrétaire médicale et infirmière d'accueil et d'orientation (IAO). Cet accueil se situera devant plusieurs salles d'urgence et d'examen cliniques et pièces de consultation, qui seront en lien direct avec les services d'urgence de l'hôpital-source. La prise en charge se produira en coordination d'appui pour les cas complexes, en recours aux professionnels en coopération (article 51 HPST), en protocole HAS pluri professionnel de premier recours et en protocole pluri professionnel de passage de premier à second recours.

Un espace sera dédié à une installation de télé-médecine avec l'hôpital-source, la finalité de téléconsultations patient/urgentiste, médecin/spécialiste, recours, télé expertise entre médecins et dans le cadre de la coopération professionnelle médecin/auxiliaire médical de l'article 51 de la loi HPST. La télé-médecine contribuera aux relations des soignants entre eux

---

<sup>832</sup> [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

pour confronter leurs avis ou de coordonner leurs actions, et aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). La télésurveillance médicale assistée contribuera à la surveillance et interprétation des données, notamment de malades chroniques à domicile, la téléassistance médicale à celle à distance d'un professionnel par un médecin pour un acte de soins particulier. Bien entendu, la télémédecine interviendra pour la régulation médicale, premier diagnostic à distance par les médecins du centre 15 et à l'enseignement universitaire, post universitaire. Cette utilisation de la télémédecine sera portée par le programme national d'activité et d'organisation de la télémédecine<sup>833</sup> piloté par la direction générale de l'offre de soins et prévoyant son extension vers la permanence des soins en imagerie, la prise en charge de l'accident vasculaire cérébral et celle des maladies chroniques, les soins en structure médico-sociale et en hospitalisation à domicile ainsi qu'aux personnes détenues.

Le PHIS organisera des sessions de développement professionnel continu (DPC) en privilégiant le public des acteurs de santé libéraux. Un ensemble de surfaces sera dévolu à un centre de soins infirmiers, mêlant personnels hospitaliers de soins organiques et de santé mentale et libéraux. Un groupe d'imagerie comportera échographie, sénologie, scanner polyvalent « d'urgence » sans médecin radiologue, relié par télé imagerie à l'hôpital-source, servi par manipulateurs d'électro radiologie en protocole de coopération professionnelle.

Un groupe de locaux accueillera les consultations spécialisées d'ophtalmologie ou orthoptie, ORL, rhumatologie, chirurgie osseuse, gynécologie, pédiatrie, dermatologie, addictologie, santé mentale des adolescents, psychologue, odontologie, le plus souvent possible en coopération professionnelle prévue à l'article 51 HPST, et les consultations conventionnées à tarif opposable des médecins généralistes locaux. Quelques pièces d'habitation permettront suivant les cas des hébergements temporaires d'acteurs de santé.

Une « permanence d'accès aux soins de santé » (PASS) développée permettra l'accueil médicosocial des personnes en difficulté financière et en méconnaissance du système de soins. Un pôle prévention et éducation sanitaire fonctionnera par contrats locaux de santé avec des collectivités territoriales, maison de prévention, maison des jeunes.

Un dossier inter professionnel de soins sera mis en place en lien avec le Dossier médical personnel (DMP), l'hébergement des données auprès d'un hôpital-source, une mutualisation et un partage d'informations à l'échelle régionale, sans doute en mode services d'exploitation

---

<sup>833</sup> Article R. 6313-6-1° du CSP et [www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine](http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine).

et d'administration par un fournisseur en SAAS<sup>834</sup>, formule souple, mutualisée, actuellement en cours de démonstration de sa confidentialité dans des contrats qualité<sup>835</sup>

2- Les ressources humaines : des équipes volontaires, très pluridisciplinaires.

Les conditions de travail prévues exigeront des profils de personnes réunissant : volontariat, sens collectif, goût de la santé publique, sens du service public. Un médecin hospitalo-universitaire chef de clinique en médecine générale<sup>836</sup> à destination des internes de médecine générale mais aussi de l'enseignement post universitaire des médecins généralistes libéraux, notamment des maîtres de stage d'étudiants. Médecins spécialisés en médecine générale-médecin de famille<sup>837</sup>, médecins urgentistes, internistes, de santé mentale sous contrat plein temps conclu avec l'hôpital-source, percevront 2,5 fois le Smic, un intéressement en 10 à 40% de leur chiffre d'activité suivant les disciplines et une prime de coordination et de coopération professionnelle à plusieurs niveaux de l'ordre moyen d'une fois le smic.

Les médecins libéraux traitants seront par contrats payés à l'acte, par capitation pour leur clientèle de référence et par prime spécifique. Les autres personnels de soins, infirmier(e)s, manipulateurs d'électro radiologie, techniciens de laboratoire seront formés aux protocoles de coopération professionnelle (HAS et ARS) par rapport aux spécialistes médicaux de l'hôpital-source, de mêmes les infirmières cliniciennes (nouveau métier) en charge de la réalisation de la coordination des soins de chaque patient. Les infirmières polyvalentes le seront en soins organiques et en santé mentale. Deux psychologues-cliniciennes, une psychomotricienne, une orthophoniste prendront en aide les cas signalés. Ces personnels seront soit libéraux soit issus d'un hôpital-source de santé mentale. Deux chirurgiens- dentistes assureront des soins intermittents et un conseil par télémedecine. Une diététicienne organisera des séances d'éducation alimentaire et assurera des consultations pour les personnes signalées, de même qu'un pédicure podologue. Les personnels sociaux seront formés à l'approche de permanence d'accès aux soins de santé.

---

<sup>834</sup> Software as a service, forme restreinte et à la carte du Cloud computing avec délocalisation encadrée des données, et services informatiques par un fournisseur sur une architecture sécurisée.

<sup>835</sup> Mode en cours d'extension par exemple au CHU de Montpellier.

<sup>836</sup> Il en existe 74 en France, nombre qui devrait augmenter.

<sup>837</sup> ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26 juin 2008, *Document de Références en Médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM*.



## b) Structuration institutionnelle et européenne

☒ Institutionnellement, Le PHIS sera un pôle « externe » de l'hôpital-source, pôle d'activité clinique (voir supra), au projet médical et de gestion propre, au contrat de chef de pôle bénéficiant de très fortes délégations de gestion et d'un intéressement collectif propre, d'un conseil de pôle, de la coordination d'une commission spécialisée propre de la commission médicale d'établissement de l'hôpital-source, d'un budget « annexe » de l'hôpital-source. Mais il pourra constituer une fédération de pôles de plusieurs hôpitaux en communauté hospitalière de territoire gérée par un GCS associant des établissements médico sociaux, des ESPIC ou des établissements de santé privés de statut commercial dans le cadre du service public territorial de santé. Dans tous les cas, ces projets figureront dans les projets d'établissements concernés, et feront l'objet d'une convention avec l'ARS qui détermine les zones de sous médicalisation, voire de fracture sanitaire et d'exception territoriale.

☒ Au plan européen, le caractère novateur des PHIS pourrait être facilité par le « nouveau programme de santé de l'Union européenne 2014-2020 »<sup>838</sup> visant à rendre les services de santé plus viables et d'encourager l'innovation dans ce domaine, d'améliorer la santé publique, l'adoption de solutions novatrices pour améliorer la prestation de soins de santé. Le programme proposé, qui s'étend sur 7 ans, sera doté d'une enveloppe de 446 millions d'euros. Il financera par subventions, des marchés publics en faveur d'organismes publics ou privés, d'autorités nationales, d'ONG européennes et d'organisations internationales et aidera les pays de l'UE.

### ***B- Un fonctionnement économique et une insertion dans le code de la santé publique.***

#### I. Un fonctionnement économique.

##### a) L'équilibre microéconomique du PHIS unité de production de soins

##### 1- L'investissement immobilier et d'équipement.

Un investissement de mission de service public territorial de santé présuppose par nature, outre des besoins sanitaires et médico sociaux objectivés et une consultation des besoins subjectifs des patients, une conduite de projet en lien avec l'ARS, une large adhésion de la médecine libérale (URML) et de collectivités.

---

<sup>838</sup> UNION EUROPEENNE, *La sante en faveur de la croissance, Proposition de programme de l'UE 2014-2020*, <http://ec.europa.eu/health/programme/policy>.

Aussi, par nature, un projet réunissant nécessairement ces appuis ou non oppositions sera par nature aidé par l'Etat par plans de santé publique de l'Etat et politique d'offre de soins de l'ARS. Les collectivités territoriales seront concernées dans leur lutte contre la désertification sanitaire et territoriale et leur politique de maintien des services publics. Ainsi, le conseil régional de Languedoc-Roussillon subventionne à 50% de 300000 Euros le projet immobilier de maisons de santé de proximité. Pourront intervenir les conseils généraux, communautés de communes, communes en lien avec les contrats locaux de santé<sup>839</sup>(CLS), voire dans certains territoires par l'Union européenne. Car tout projet de ce type doit être « socio politiquement compatible » ou ne sera pas.

Le solde jusqu'à 2 millions d'euros pouvant être nécessaires pourront être autofinancés par le ou les hôpital-source, emprunté avec la garantie de ces collectivités et hôpitaux.

## 2- Les modes de rémunération

Les PHIS seraient financées par T2A, MIG, MERRI, fonds d'intervention régional (FIR), l'hôpital-source assurant un adossement financier.

Mais les nouveaux modes de rémunération (NMR, cf. supra) sont à privilégier après expérimentation de celles des équipes pluridisciplinaires de proximité telles qu'expérimentées dans le PLFSS 2013<sup>840</sup>.

Aussi les nouveaux modes de rémunération des médecins traitant<sup>841</sup>, ainsi que leur évolution pour exercice en zone sensible ou en milieu rural,

De même prochainement la rémunération forfaitaire pour favoriser le développement de la coopération entre professionnels de santé afin d'optimiser notamment le suivi des malades chroniques.

---

<sup>839</sup> Santé territorialisée et contrats locaux de santé : en région Languedoc-Roussillon, 13 contrats locaux de santé (CLS) seront opérationnels en 2014. Cette dynamique concerne le tiers de la population de la région. Le contrat local de santé est le moyen privilégié par l'ARS Languedoc-Roussillon pour mettre en œuvre le Projet Régional de Santé dans les territoires. Le CLS permet de mieux articuler les actions et les acteurs par rapport à des priorités de santé arrêtées, dans un territoire de proximité, sur la base d'un diagnostic partagé par l'ARS, les élus de la collectivité concernée et les partenaires associés à la démarche, dont les Conseils Généraux. C'est un cadre de pilotage local et de mobilisation des ressources. Chaque CLS est spécifique au territoire concerné et peut porter sur un champ ou un autre de la santé : de la prévention en passant par les soins, le médico-social et la santé environnement. (regARS, la newsletter de l'ARS Languedoc-Roussillon, n° 07/février 2014).

<sup>840</sup> Projet de loi de financement de la sécurité sociale adopté en dernière lecture le 4 décembre 2012.

<sup>841</sup> Cinq euros par malade et par an, ainsi déterminé par l'avenant n°8 à la convention médicale, JO du 7 décembre 2012. Soit une moyenne de 4000 euros par an par généraliste.

b) L'approche macroéconomique des dépenses sociales.

L'intérêt macroéconomique doit s'apprécier en comparaison de celui des organismes existants, en tenant compte des financements incitatifs d'installation des médecins libéraux. Des effets substitutifs partiels peuvent être identifiés dans le domaine de la santé.

Ainsi des déplacements d'activité hospitalière principale, des effets d'une prévention intégrée au soin, de meilleurs parcours en santé des maladies chroniques, de l'identification des comorbidités organique et mentales, de meilleure pertinence, du coût actuel d'un système sanitaire cloisonné, d'un plus grand enseignement de la médecine générale, sur la permanence des soins ambulatoires. Ainsi que relevé par l'Inspection générale des affaires sociales<sup>842</sup>, les cliniques privées commerciales, au niveau de l'exploitation disposent d'un certain nombre d'atouts et ont mobilisé différents leviers d'action : la recherche d'une organisation humaine et technique centrée sur la flexibilité et la réactivité, une réflexion sur l'organisation du temps des personnels soignants et sur les processus de soins, et une recherche de mutualisation dans l'organisation des ressources.

C'est ce que peut permettre la conception des PHIS : une ingénierie novatrice dans l'approche des soins mais aussi dans leur organisation, en application du principe de mutabilité du service public de l'hôpital.

Soit flexibilité et réactivité de l'organisation technique et humaine, adaptation de l'organisation conforme à l'intérêt des patients et usagers, mutualisation des ressources avec le secteur libéral et hospitalier.

II. Une insertion dans le code de la santé publique.

---

### **PROPOSITION DE PROJET DE LOI N°3 :**

Article L. 6323-4-1 (Loi n°...) Les pôles hospitaliers interprofessionnels de santé assurent sans hébergement des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent assurer ou participer aux actions de prévention, de promotion de la santé, d'actions de santé publique, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique et de sécurité sanitaire, prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

---

<sup>842</sup> INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*, Rapport public RM2012-112P, septembre 2012, notamment p.5, [www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr)

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.

Les pôles hospitaliers interprofessionnels locaux de santé sont organisés dans les territoires définis comme vulnérables par le projet régional de santé et mettent en œuvre dans ces territoires des actions de santé adaptées aux besoins des personnes et à leur évolution. Ils impulsent et mettent en œuvre localement des regroupements d'acteurs sanitaires et sociaux dans des exercices interprofessionnels coordonnés de santé répondant aux objectifs des parcours de santé définis par le projet régional de santé.

Ils élaborent un projet particulier de santé, coordonné à celui de l'établissement de santé gestionnaire, incluant des dispositions tendant à favoriser la prévention, la sécurité sanitaire, l'accessibilité sociale, la coordination et la promotion des actions de santé. Ils accueillent l'enseignement, la recherche de la médecine générale universitaire et constituent des lieux de stage pour la formation des différentes professions de santé. Ils bénéficient de l'ensemble des dispositifs financiers conventionnels, non conventionnels et règlementaires de lutte contre la désertification sanitaire.

---

## CONCLUSION DU CHAPITRE 2

Aussi, la formule des pôles hospitaliers inter professionnels de santé remplirait d'intérêts conjoints :

Une approche transversale, centrée sur l'utilisateur et son parcours en santé notamment en direction des maladies chroniques et des maladies mentales.

Elle permettrait une meilleure accessibilité de premier recours territoriale, à des soins éventuellement d'urgence, de proximité de qualité, à des tarifs conventionnés, populationnels adaptés aux enjeux locaux, structurant l'offre ambulatoire et diminuant les fractures de soins.

Elle contribuerait à une observation de santé publique de la population prise en charge dans le cadre d'une trajectoire observation, prévention, soins, post-soins, recherche et enseignement.

Et de manière novatrice elle cernerait des besoins de prévention, des comorbidités ou des pathologies non ressenties affectant les patients se présentant pour une affection désignée

Elle irait ainsi vers une meilleure « évitabilité » des soins lourds grâce la prévention primaire, la prévention secondaire (ETP) parents pauvres de notre système, et par un « adressage » plus pertinent évitant d'accéder à un niveau de soins trop élevé et donc mal adapté

Elle fournirait une revalorisation et adaptation tant de l'enseignement, que de l'exercice de la médecine générale adaptée aux aspirations de médecine de groupe pluridisciplinaire salariée ou coopérative des jeunes diplômé(e)s associée à l'enseignement et à la recherche.

Mais aussi une coopération sur un territoire avec les professionnels libéraux médicaux, para médicaux et pharmaceutiques qu'elle conforterait.

Et enfin une contribution à l'aménagement du territoire par sécurisation sanitaire du territoire, par création ou maintien d'emplois directs et indirects, attraction ou maintien d'activités y compris sanitaires et sociales, même ne participant pas directement à une Pôle hospitalier territorial de santé

Plus globalement et historiquement il s'agirait d'une régénération de l'essence historique et première du service public hospitalier.

Etre en service de proximité du patient dans les lieux de fracture médicale, qu'elle soit géographique, financière (secteur 1) ou celle de populations précaires, en appui des médecins, infirmières, kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes libéraux, pharmaciens d'officine. Mais liés par des praticiens hospitaliers locaux, des consultations avancées, une télémédecine reliée au plateau technique hospitalier, sa permanence et son enseignement.

Plus globalement et historiquement, le renouveau de service public qui est proposée ici, serait porté par une régénération de l'essence historique et première du service public hospitalier.

## CONCLUSION DU TITRE 2

L'introduction de deux innovations de santé publique que nous proposons pourra non seulement constituer des avancées au service du patient, mais sera considérée comme le déplacement d'une nouvelle frontière, actuellement figée, de notre système de soins. Elle devra donc être gérée politiquement. Ce sera la partie la plus aléatoire de notre propos.

Pourrons-nous risquer une hypothèse ? En cette fin 2013, se développe un débat à visée paraissant essentiellement politique<sup>843</sup>. Ressurgit, comme évoqué dans les premières lignes de cet ouvrage, la question de la réintroduction dans la loi du service public hospitalier.

Or juridiquement, ce débat esquive ou méconnaît deux alternatives :

La première : évoque-t-on une résurrection post-1970 du service public organique de l'établissement public de santé, ou un maintien de missions fonctionnelles ouvertes à tous ? Union européenne et Fédération de l'hospitalisation privée s'arqueront sans doute sur la deuxième option.

La seconde : débat-on des missions fonctionnelles ouvertes à tous, ou de garanties de service public (L. 6112-3 CSP) qui seraient imposées à tous ?

Or, potentiel prochain effondrement économique, social et peut-être politique aidant, la convergence des secteurs public et commercial ne pourra qu'être étendue à terme à une mission générale de l'ensemble des établissements de santé incluant d'assurer des garanties de service public, dépassant fondamentalement quelques fonctionnalités ouvertes à tous.

Deux forces sociales décrites en partie 1, nous ont paru irrésistibles : la continuité des concepts présidant aux réformes hospitalières d'une part, et la convergence des impératifs assignés au deux secteurs confraternels mais néanmoins opposés des établissements de santé et l'extension des missions des établissements publics de santé à l'ensemble des structures.

Aussi, les difficultés économiques et sociales qui vont frapper notre pays, de manière non moins irrésistibles, conduiront-elles selon notre pronostic, à associer législativement les secteurs d'hospitalisation de nature commerciale à assurer lui aussi des garanties de service public dans ses missions ?

---

<sup>843</sup> Ibid.

## CONCLUSION DE LA PARTIE 2.

Le propre du service public hospitalier paraît résider en une évolution et recherche constante de perspectives nouvelles, que certains trouveront lentes, insuffisantes. Ou au contraire, hospitalo-centrées, alors qu'ils les voudraient hospitalo-confinées.

En fait, il évolue en préservant l'homme. Et à la vitesse de l'évolution humaine qu'il suit ou accompagne depuis un millénaire et demi. Et nous avons proposé cette modalité de renouveau en restant fidèle à cette tradition.

*Errare humanum est.* « Errer en se trompant »<sup>844</sup>, est le corollaire de la liberté de recherche du bien humain, si contingent et relatif. Au risque d'infirmier Aristote, la rationalité n'étant que partiellement le propre de l'homme. Au risque de confirmer Rabelais qui exerça en hôpital, et aussi Montesquieu, le rire et la sociabilité étant le propre de l'hospitalier.

---

<sup>844</sup> Ne s'agit-il pas des deux sens de «*errare*» ?

# CONCLUSION GENERALE

## UN SERVICE PUBLIC PORTE PAR LE TEMPS<sup>845</sup>

«*Omnia, Lucili, aliena sunt, tempus tantum nostrum est* »<sup>846</sup>

La caractérisation moderne du service public hospitalier s'est dessinée à chaque époque. Les permanences, les mutations, les renouveaux du service public hospitalier, thèmes de la présente thèse ont en réalité décrit les rapports réciproques du temps et du service hospitalier.

Le temps a conféré au service hospitalier son caractère *sacralisé et durable*.

Dans cet ouvrage, nous avons demandé au concept de service hospitalier de nous éclairer sur son effet réciproque au temps. Aujourd'hui, rappelons-le, le service public hospitalier français est porté par un million cent mille collaborateurs qui assurent chaque année, d'une part 45 millions de consultations, 7 millions de séances de soins, et surtout une présence ininterrompue d'accueil et de prise en charge pour 9 millions d'hospitalisations et 15 millions de passages aux urgences. Apparent paradoxe, la mission organique de service public des hôpitaux publics consacrée par la loi du 31 décembre 1970 vient d'être écornée par la loi HPST du 21 juillet 2009 au travers d'une fonctionnalisation de quatorze missions de service public accessibles à la plupart des acteurs de santé.

La notion de service public a-t-elle pour autant été effacée du paradigme hospitalier public ? Les établissements publics de santé continuent d'assurer de fait la très grande partie de ces quelques missions non marchandes. En outre, l'hôpital public conserve seul son obligation de mutabilité. Enfin, il reste le gardien organique, avec l'ESPIC, de plusieurs autres garanties fondamentales de service public : égal accès de tout patient à des soins de qualité à des tarifs

---

<sup>845</sup> ROMANENS (J.L.), *Genèse du concept de service public hospitalier*, In : *Le temps, Actes du Colloque de l'Ecole doctorale 461*, 20 juin 2013, Colloque présidé par M. Emmanuel PUTMAN, Faculté de droit et de science politique de Montpellier, ISBN : 979-10-91076-15-9, p. 19 à 28.

<sup>846</sup> SENEQUE (4 av., 65 après J.-C.), *Première lettre à Lucilius*, Paul Veyne, Robert Laffont, Collection Bouquins. Traduction que nous proposons ici :  
« Toutes choses nous sont autres, Lucilius ; seul le temps nous appartient ».



administrés, permanence de l'accueil et de la prise en charge. Était-il d'ailleurs possible de supprimer et de maîtriser ce qu'une civilisation a forgé en quinze siècles ?

Les hôpitaux sont originellement *autonomes* et resteront un archétype de décentralisation. Dès le Concile d'Orléans de 511, le droit canon va marquer le temps et poser les règles de la future *légalisation hospitalière*. Le concile œcuménique du Latran de 1215 introduit un principe de normalisation écrite qui généralise la notion de statuts et de règlements dans les établissements. Les ordres religieux hospitaliers spécialisés des XI<sup>e</sup> et XII<sup>e</sup> siècles prolongeront cette naissance du *droit hospitalier*. Au XVI<sup>e</sup> siècle, se déclare la volonté royale forme l'embryon de *planification hospitalière*, qui accompagne la mutabilité du service hospitalier et constitue la première ébauche de l'*étatisme* qui va infiltrer le service hospitalier jusqu'à ce jour. Au XVII<sup>e</sup> siècle, le pouvoir royal crée des établissements d'État. L'« hôpital général », différent de l'« hôtel-Dieu » destiné originellement à enfermer les mendiants, est en fait rapidement ouvert à l'*assistance* de tous les déshérités et sera la prémisse d'un service public qui se prolongera dans les hospices. Puis, la création de nombreux ordres religieux spécialisés favorisera une *organisation des soins* qui éclosa dans la période contemporaine. Viennent ainsi de se rejoindre dans le service public hospitalier que nous connaissons, le *service de l'individu*, celui de l'*État* et de l'*assistance locale* aux marginaux. La Révolution va ébranler le service hospitalier par une courte nationalisation. Dans une conjoncture de déroute institutionnelle et économique rendant son rôle essentiel aux plus faibles, le service hospitalier confirme pourtant sa *permanence sociétale*. Cette permanence d'un millénaire et demi dans chaque instant du temps, est sans doute la plus ancienne et constante depuis la naissance de la France. La *laïcisation* révolutionnaire des personnels hospitaliers préfigure la neutralité du service public hospitalier et ses difficultés actuelles avec les cultes théocratiques. Les hôpitaux et hospices voient leur *autonomie* reconnue par la loi du 7 août 1851. Le droit encadre ainsi un fait social historique. Juridiquement indépendants des communes, ils disposent de la personnalité morale, donc d'un patrimoine et d'un budget propre. Et les communes d'origine ou les conseils généraux doivent payer un prix de journée lié au temps du soin. L'État cherchera à nommer certains administrateurs et y parviendra en 1879. Depuis lors, il influe sur le devenir des hôpitaux par la *désignation de ses responsables*. Aujourd'hui, il en nomme les directeurs.

De plus en plus, l'État développe un contrôle intemporel de *tutelle administrative*, à défaut de politique économique globale et de financement direct. C'est encore vrai aujourd'hui : le *contrôle sans financement* autre que d'incitation, forme la politique constante de l'État. Il ne

cherche toujours pas non plus à organiser le système hospitalier. Cela perdurera jusqu'en 1945, même si en 1921 seulement est créé un ministère de la santé qui se borne à un *début de plan général d'organisation*. De 1893 à 1928, s'ouvre le temps d'un changement d'optique sur le patient et vers ses droits contemporains grâce aux débuts de l'assistance médicale gratuite, de la possibilité de malades payants, du statut des accidentés du travail, des frais de séjour des militaires. Mais il faudra attendre la loi du 21 décembre 1941 portant réforme hospitalière, pour voir confirmé légalement le statut *d'établissement public autonome*. Aussi, le développement des lois d'assistance et la généralisation des assurances sociales dans le temps de l'après-guerre trouveront un système hospitalier encore inadapté à cette nouvelle donne qui métamorphose la demande, la solvabilité et la nature de l'exigence du public.

Cependant, le temps va entrer dans l'économie du service public. Mettant fin à une introduction, erratique depuis l'Ancien Régime, de *prix de journée*, la législation de 1941-1943 va unifier l'utilisation d'un tarif lié au temps de séjour. En 1982, le pouvoir tente l'instauration d'un « budget global » dans les hôpitaux publics. Le financement du service public paraît s'étatiser, devenir administratif, hors du temps. Ce sera un non-sens pour un service public décentralisé, placé dans le champ de la concurrence donc du temps, et de l'efficacité humaine. Aussi la loi du 18 décembre 2003 remplace le budget global par une tarification à l'activité médicale (T2A).

Fait singulier et historique, une production de secteur public et de service public n'est dès lors plus principalement portée par une allocation forfaitaire, mais permise par sa performance économique conditionnant ses ressources au fil du temps et portant les développements de son avenir.

Un service public a ainsi déplacé sa légitimité historique extrinsèque conférée par la loi, à une légitimité intrinsèque générée par la confiance instantanée des patients. La loi Evin de 1991 engage le service hospitalier dans une dynamisation qualitative, médico-économique par *l'évaluation des pratiques professionnelles* fondée sur le cycle continu « prévoir, faire, vérifier, codifier ». Font irruption officielle *le projet quinquennal d'établissement*, la systématisation de la *qualité* et de la *sécurité* qui cherchent à maîtriser le risque dans le temps, des indicateurs périodiques d'*efficacité* et de *rentabilité médico-économique*, afin de contribuer à la pérennité économique de notre système de santé. De même sera promue par la loi HPST, la coordination des acteurs particulièrement aux maladies chroniques qui représentent aujourd'hui 70% de l'augmentation des dépenses de santé. Il s'agit de *raccourcir* la durée du parcours de soins.

De 1941 jusqu'au bloc législatif HPST de 2009-2011 dont la réforme est déjà annoncée, se sont succédés pas moins de onze textes législatifs à vocation hospitalière (en 1941, 58, 70, 91, 96, en 2002, 3, 5, 9, 10, 11), dont les six derniers à neuf ans d'intervalle. Ainsi, la maîtrise progressive de l'expérimentation du service public hospitalier se poursuit de manière accélérée et continue. En revanche, les temps d'application des réformes sont de plus en plus courts au risque de verser dans l'inaccompli faute de temps.

Les temps de la santé resteront des temps longs. Le système de santé est mis en œuvre par des hommes, des éthiques privilégiant le patient, des corporations, des intérêts, des connaissances et paradigmes à acquérir collectivement et dans le temps. Cependant, dans une remarquable continuité, les innovations sont reprises, développées ou adaptées par les réformes successives, au fil de la maturité sociologique. La santé ne peut vivre qu'au rythme de l'homme. Cette expérimentation constante et forcenée obéit-elle au hasard, au déterminisme, à l'économie, aux juristes, à la démocratie, à la rationalité ou à l'esprit ? Pourquoi se concentre-t-elle dans certains points du monde ? Le secours à autrui ne serait-il pas gouverné par la main de *convictions supérieures* ?

La caractéristique fondamentale à notre sens de l'essence du service hospitalier provient de son origine transcendante. Les règlements hospitaliers trouvent leurs fondements dans la *charité* contenue dans les citations du Christ relatées par les Évangiles. Ainsi, dans celui de Jean : « Si quelqu'un vient vers moi, je ne le renverrai pas ». Ou de Matthieu : « J'étais un hôte et vous m'avez reçu ». Ou de Luc dans la parabole du Bon Samaritain évoquée plus haut. Cette spiritualité, déjà opérationnelle, contient les principes devenus intemporels du service public hospitalier : *continuité, mutabilité, égalité, neutralité, laïcité, accessibilité géographique et financière*.

Le service hospitalier public, fondé conceptuellement sur la charité et la *solicitude* prescrite aux premiers évêques, ne se départit toujours pas aujourd'hui d'une préoccupation sinon d'entière *gratuité d'usage*, tout au moins de primauté du soin sur le paiement. Le message évangélique va se prescrire durablement à la conscience collective et à *l'éthique hospitalière* par la voix des quelques personnages évoqués plus haut, dont l'influence sur la conscience occidentale a été plus que normative. En tête, se place encore la Règle d'Augustin d'Hippone, dont le préambule cite Matthieu : « Avant tout, frères très chers, aimons Dieu, aimons le prochain ». La charité (du latin *carus*) va donner un sens irréversible aux règles, coutumes, éthique, statuts hospitaliers jusqu'à nos jours. Monsieur le Professeur François Violla écrit : « L'origine même de la prise en charge, tant sanitaire que médico-sociale, est ancrée dans la

charité et la relation de soins, au sens large - *care* et *cure* ; elle n'est donc pas dénuée d'une certaine enveloppe mystique<sup>847</sup> ».

Louis IX (Saint Louis) concevra son pouvoir comme la forme suprême du *service au prochain*. Au XVIIIe siècle un grand nombre d'initiatives privées, un mouvement d'opinion, général dans le royaume, élève l'importance du soin aux malades. À côté de l'impératif de charité par piété et d'*assistance sociale* commence cependant à sourdre de manière complémentaire, la notion de *bienfaisance*. Le mot apparaît au début du XVIIIe siècle sous la plume de l'abbé de Saint-Pierre et annonce l'esprit des Lumières. *Bienfaisance et philanthropie procèdent du devoir de faire le bien pour l'amour des hommes en général*.

Par cet impératif rationnel de solidarité humaine se traduisant en devoir civil, les pauvres, malades, déshérités de toutes sortes commencent à acquérir des *droits à un service public*. Le temps a fait évoluer, a adapté, a complété la charité-sollicitude.

L'origine transcendantale du service public hospitalier va être relayée par sa conquête progressive d'une immanence. Le service hospitalier vient d'intérioriser un nouveau cycle de son devoir de charité. Le retour aux sources évangéliques, faire le bien à l'Autre à qui il est dû parce qu'il est homme, s'accompagne maintenant d'un droit civil à être secouru.

Ce nouveau « *saut de civilisation* » du service hospitalier va s'épanouir dans la révolution scientifique et économique moderne et se théoriser dans un corpus juridique. La période de la Révolution à la seconde guerre mondiale n'est pas le temps du service hospitalier. La progression du revenu économique de la Nation ne profite guère aux hôpitaux publics. Le service hospitalier, pris dans « l'effet ciseau » du carcan de gestion communal et du désintérêt de l'Etat, stagne dans l'impécuniosité et se trouve en parent pauvre des institutions nationales. À la Libération, la France dévastée reconstruit ses infrastructures. Elle n'a ni le temps ni les moyens de se consacrer au relèvement du service hospitalier. Ni de l'adapter au progrès technologique indirectement créé par la guerre. Ni de lui permettre de répondre aux besoins de Français marqués par le conflit. Ni de prendre en compte la nouvelle demande et solvabilité des patients induite par l'instauration en 1946 de la Sécurité sociale. Cependant, le temps est venu d'assurer à toutes les classes sociales un accès aux développements de la technique et de la médecine.

Se conjuguent une nouvelle vision politique et sociale, un retard cumulé de soins, une appétence de prise en charge sanitaire sociologiquement élargie et une conjoncture

---

<sup>847</sup> VIALLA (F.), RDS 57, p.939, *Protection de l'intégrité corporelle des enfants*, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr). Et : RDS 52, mars 2013, p.141, *Privé de vie privée : « Vol retour » au-dessus d'un nid de coucou ?*, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

économique favorable. Aussi, la période 1960 à 1982 sera le temps du service public hospitalier. Les hôpitaux vont bénéficier de l'optimisme économique des « trente glorieuses » et d'une aide partielle de l'Etat. Le service public hospitalier met à profit une fenêtre de temps très courte pour réaliser un développement immobilier et humain exceptionnel dans l'histoire. A défaut de planification administrative opérationnelle, il sera fait appel aux *valeurs* stratégiques du service public hospitalier, paradigme constitué au fil des siècles par une transcendance devenant virtuelle et par le fondement progressif d'une immanence. Le concept de service au prochain, après quinze siècles d'évolution, est repris, dans l'essence juridique contemporaine, par celui de *service public hospitalier organique* de la loi du 31 décembre 1970. Il ne comprend encore pas les notions de *soins de qualité*, *d'accessibilité tarifaire*. N'apparaissent encore pas les *missions d'intérêt général* et *d'aide à la contractualisation* aujourd'hui le fait quasi exclusif de l'hôpital public. Ni les adaptations à l'idée de *neutralité* et de *laïcité*, mutation majeure moderne du service public hospitalier. Cependant l'essentiel est là, dans la projection des « lois de Rolland ». Celles-ci avaient formulé vers 1938, les principes généraux du service public que le service hospitalier avait précédemment conçus et expérimentés : *continuité*, *mutabilité*, *égalité*. Le service public et le système de santé en particulier se sont approprié une part des *valeurs* du service public hospitalier, celui-ci poursuivant son influence messianique sur l'organisation des soins.

Le corpus législatif HPST, à partir du 21 juillet 2009 a *adapté* et énuméré la partie non marchande du service public hospitalier « à la française » dans quatorze missions euro-compatibles avec la conception néo-libérale européenne du service d'intérêt général. Quant à la part économique du service public, le droit européen lui accorde des dérogations au principe de concurrence, dans le respect de ses propres principes d'*égalité*, *continuité*, *adaptation*, *gratuité relative*, *transparence*, *participation*. Elles correspondent dans la loi HPST aux garanties intrinsèques des hôpitaux publics.

Ainsi, le service public hospitalier a vu, mille cinq cents ans après le concile d'Orléans, le droit européen s'adapter à ses concepts.

En somme, notre service public hospitalier, à la fois expérience continue progressivement maîtrisée et aussi évolution d'un concept primordial, a sans doute constitué la plus *ancienne de toutes les pratiques sociales d'intérêt général coordonnées par une autorité publique commune*.

Le corpus législatif initié le 21 juillet 2009 par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, a posé un nouveau paradigme juridique de service

public hospitalier. Aussi avons-nous interrogé à nouveau ce concept, ses servitudes, sa permanence mais aussi ses mutations et apparent renouveau.

Le concept de service public hospitalier, sans doute le premier service public de notre histoire, est issu d'une lente maturation. Celle de la règle-précepte « Servir l'Autre », apparue canoniquement dès le Concile d'Orléans de 511. Depuis mille cinq cents ans, il a souvent muté mais a conservé ce contenu mental, sur lequel s'est greffée l'expérimentation hospitalière. Deux nouvelles mutations se sont développées dans la dernière décennie.

Dans une rupture juridique formelle qui distingue mission de service public ouverte à tout acteur de santé, et garanties de service public d'égalité, continuité, mutabilité, le service public d'origine hospitalière s'est construit une euro-compatibilité. En retour, essentiellement porté par l'hôpital français et ses neuf millions d'hospitalisations par an, il a modelé le concept de service d'intérêt économique général de l'Union européenne.

Par une autre mutation de sa gestion autonome, il a trouvé l'éthique d'une nouvelle synergie entre qualité médicale systémique, et management économique fondé sur l'activité. Cependant, pèsent sur son avenir d'autres impératifs.

D'une part, les coopérations entre établissements nécessitent leur élévation au rang de missions de service public. Et une gestion des représentants des usagers et des différents personnels hospitaliers doit être intégrée au management.

D'autre part, les lourds enjeux actuels de santé publique aggravant les déficits sociaux, paralysés par le corporatisme, exigent rapidement des prises en charge personnalisées en parcours de santé des affections chroniques, de la dépendance et des populations en fracture sanitaire. L'essor d'une mission de service public de santé de territoire, ouverte à tout acteur de santé, dont nous proposons la législation, permettrait de mieux contribuer à la coordination inter professionnelle et à la pertinence du système de santé.

En prolongement, nous proposons des modalités législatives et organisationnelles de création d'entités spécifiques par les établissements de santé, dans des territoires d'exception convenus avec l'Agence régionale de santé. Il s'agirait de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé de médecine ambulatoire de prévention, éducation thérapeutique, soins organiques, de santé mentale, de suivi de rééducation-réadaptation et médico-social. Ces PHIS permettraient de rétablir des accessibilités populationnelles adaptées à chaque problématique territoriale,

d'améliorer la relation ville-hôpital, et un enseignement-recherche valorisant la médecine générale.

Si, pour reprendre la formule de Tenon en 1788, les hôpitaux sont en quelque sorte, la mesure de la civilisation d'un peuple<sup>848</sup>, dans sa société et pour le citoyen, le service public hospitalier se doit de rester l'expérience de l'avenir.

---

<sup>848</sup> Ibid.

## PUBLICATIONS CONNEXES.

❖ Revue Droit et Santé (RDS), [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)

- *Point sur la réforme de la loi HPST. Loi et Comité Fourcade : les travaux de Janus*, novembre 2011, numéro 44, pages 687 à 690.
- *La réforme HPST : la réaction thermidorienne*, décembre 2011, numéro 280, page 24.
- *Réseaux, centres, maisons et pôles de santé, pour quels services*, septembre 2012, numéro 79, pages 635 à 642.
- *Le DMP, un dossier personnel encore peu partagé*, mai 2012, n° 47, p. 358 à 363.
- *La santé est-elle politiquement soluble ?*, décembre 2012, n°249, p.327.
- *Service public hospitalier, genèse d'un concept*, mai 2013, n° 53, p. 276 à 289.
- *Le service public de l'hôpital, mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé*, 14 octobre 2012, Hors-série 2013, 50° numéro, pages 279 à 287.

❖ Revue Décision Santé, [www.decision-sante.com](http://www.decision-sante.com),

- *T2A, des chiffres et des hommes*, février 2011, numéro 272, page 30.
- *La médecine de ville, l'hôpital et l'usager*, septembre 2011, numéro 277, page 25.
- *L'imagerie médicale, innovation structurante*, décembre 2012, numéro 289, page 16.
- *Cancer : la progression de la sécurité des médicaments et des soins ; les coopérations professionnelles, un pas vers de nouveaux métiers ; systèmes d'information en cancérologie*, newsletter web, de février à mars 2013.
- *Quel parcours de soins dans l'hépatite C demain ?*, newsletter du 20/12/2013

❖ Revue Techniques hospitalières, [www.techniques-hospitalieres.fr](http://www.techniques-hospitalieres.fr),

- *La lettre d'entreprise à l'hôpital, juillet 1992, n° 561-562, pp.51-52.*

❖ SUDOC



➤ *L'originalité économique et juridique du service public hospitalier*, Mémoire de 1<sup>e</sup> année de thèse de doctorat de 3<sup>e</sup> cycle, Faculté de Droit de Dijon, 1973, 106 p., [www.sudoc.fr 128901586](http://www.sudoc.fr/128901586).

❖ EHESP (Ecole des hautes études en santé publique)

➤ *L'hôpital public : de ses contraintes actuelles à un aménagement de son statut*, Mémoire de fin de 3<sup>e</sup> année d'études d'élève directeur d'hôpital, 230 p., 1973, EHESP, Ressources documentaires en santé publique, [www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr)

❖ ARTIGAUT (René) et ROMANENS (Jean-Louis), *Mille ans d'hôpitaux à Castres*, Centre Hospitalier Général de Castres (Tarn), juin 1991, 73 pages, Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr); Archives départementales du Tarn, [www.archives.tarn.fr](http://www.archives.tarn.fr).

❖ ROMANENS (J.L.), *Genèse du concept de service public hospitalier*, In : *Le temps, Actes du Colloque de l'Ecole doctorale 461*, 20 juin 2013, Colloque présidé par M. Emmanuel PUTMAN, Faculté de droit et de science politique de Montpellier, ISBN : 979-10-91076-15-9, p. 19 à 28.

❖ Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux (SFHH) :  
*Genèse du concept de service public hospitalier*, n° 150, mars 2014, pp. 41 à 55, [www2.biusante.parisdescartes.fr](http://www2.biusante.parisdescartes.fr)

# INDEX ALPHABETIQUE

*(Les numéros renvoient aux pages du texte)*

## A

Adaptabilité 8,19,47 à 60, 94,189, 212, 294

Agence régionale de santé, 264, 320, 359

Appels à projet, 63, 257, 267, 306

Autorisations, 65s, 208s, 240s, 262s, 304s

## C

Centres de santé, 302, 328 à 333

Centre National de Gestion, 153s, 181, 252

Chirurgie ambulatoire, 279 s.

Chef de pôle, 97s, 106s, 153, 167, 333

Clinicien hospitalier, 81, 157

Collectivités locales, 21, 146s, 183s, 286, 301, 327

Comité de suivi de la réforme, 80s

Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, 108s, 147, 355

Comité technique d'établissement, 154, 112

Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), 76, 115s, 135

Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, 76, 115s

Commission médicale d'établissement (CME), 81, 97s, 105s, 135, 147, 153, 205s

Communautés hospitalières de territoire (CHT), 97, 135, 190, 204s, 207, 212s

Conférence de territoire, 251

Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, 84, 115, 135, 251s, 305

Concurrence, 22, 33, 38s, 53, 80, 152, 216, 263, 305

Conseil de surveillance, 153s, 181, 212, 252s, 260s

Contrats d'engagement de service public, 109s, 116

Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), 39s, 57s, 67, 83, 92s, 109s, 116, 120, 124, 157, 193s, 207s, 213, 256s, 292s, 301, 328s

Coordination des soins, 52, 56, 59, 151, 163, 241s, 256, 261, 281, 299, 301, 308, 316s, 320s, 327, 333

Coopération entre établissements de santé, 206s

Coopération entre établissements sociaux et médico sociaux, 210s

Coopérations d'exercice professionnel, 209

## D

Délégation de gestion, 98

Délégation de signature, 98, 101

Développement professionnel continu (DPC), 62s, 102, 151s, 157, 165s, 181, 332

Directeur d'hôpital, 76s, 85, 97s, 123s, 151s, 197, 207, 260

Directoire, 81, 97s, 104s, 153s

Dossier médical personnel (DMP), 55, 339s, 302, 332

## E

Etablissements privés commerciaux, 32, 41, 54, 56, 63, 66, 78, 109, 12, 149, 193, 196s, 214, 223, 270, 325

Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 57s, 86, 123, 256, 261, 325s, 352

Établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), 33, 40, 44, 54, 57, 59s, 78, 92, 128, 156, 166, 181, 186, 204, 271s, 279, 281, 334, 341

École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), 142, 164, 171, 248, 252

Etat, 352s. (notamment)

État prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), 41, 95, 104s, 109, 113, 123, 152, 154, 163, 260

Établissements et services médico-sociaux, 123, 140, 211

## G

Garanties de service public, 7, 30s, 44, 54, 57, 59s, 71s, 79, 104, 128s, 134, 160, 176, 178, 184s, 187, 199, 200, 203, 215, 218, 224, 242, 254, 256, 260, 264, 272, 277, 278, 292s, 315, 323, 339, 346s

Gestion globale de l'effectif, 162s

Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, 111s, 152, 162s, 165, 199

Groupement de coopération sanitaire (GCS), 70, 138s, 204s, 273s, 298, 329s

## H

Hôpital local (ex-), 10, 325

Hospitalisation à domicile, 121, 274s

HPST (législation, loi, réforme, bloc, corpus), 6, 46, 54, 71, 86s, 116, 169, 234, 236, 248, 285, 373, 359

## I

Indicateurs, 32, 39, 53, 58, 89, 98s, 101s, 116s, 130s, 164s, 218, 227, 290, 343

Inégalités sociales de santé, 290s

Intéressement, 81, 100s, 154, 168, 308, 333

## L

Laïcité, 20, 31, 49, 73s, 174, 344, 346

## M

Maison de santé (pluri-professionnelle), 272, 294, 297s, 353, 358

Management de projet, 100, 124, 167

Médecin(e) libéral(e), 85s, 221s, 229, 239, 248, 250, 256, 258, 260, 267, 279, 288, 302, 311, 318, 326, 334

Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), 193s, 208, 262, 314, 353

Missions de service public, 30, 37s, 46, 71, 90s, 191, 197, 199, 213, 261

Motivation, 163, 166, 169s

## P

Parcours de santé, 47,123, 292s, 307, 326, 331, 337, 347

Permanence des soins en établissement de santé, 67s, 266

Permanence des soins ambulatoires, 67, 84, 263, 266s, 297

Personnels hospitaliers médicaux, 108, 149, 153, 182s, 360

Personnels hospitaliers non médicaux, 155, 163, 165s

Pertinence des actes, 84, 123, 226s, 302

Plan stratégique régional de santé, 254

Pôles d'activité clinique et médico technique, 97, 125, 167, 207, 298

Pôles de santé, 38, 44, 70, 83, 211, 232, 255, 257, 269, 273s, 281s, 295s, 298s, 312s, 320s, 330s, 349

Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, 107s

Président de CME (voir CME)

Professionnels de santé libéraux, 82, 85, 205, 301, 318, 328, 330

Projet d'établissement, 32, 89, 100s, 125, 140, 152, 207, 213, 244

Projet de pôle, 98, 100, 107

Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico techniques, 112

Projet médical, 101, 107s, 125, 207, 213, 273, 298, 333

Projet régional de santé (PRS), 86, 122, 253s, 261s, 292, 301, 306, 336s

Projet social, 152, 255, 263

## Q

Qualité de vie au travail, 150, 162, 169s

## R

Rémunération à l'acte, 302, 317

Réseaux de santé, 83, 205s, 217, 255, 272, 274, 283, 295s, 322s, 329s, 336

Ressources humaines, 98s, 113, 120, 124, 148s, 161s, 169, 204, 207, 230, 332

## S

Schéma régional de prévention, 65s, 254, 293

Schéma régional d'organisation des soins (SROS), 36, 66s, 84, 89, 96, 108, 121, 125, 138, 187, 207, 255s, 296, 301, 303, 313

Schéma régional d'organisation médico-sociale, 58, 255

Service de santé des armées, 32,70, 88, 93

Servitudes (de service public, d'établissement public de santé), 179 s, 191, 347

Soins de premier et second recours, 56, 83, 138, 211, 247, 250, 254, 257s, 266, 273, 283s, 296s, 320, 323s, 329s, 336s

## T

Tarification à l'activité (T2A), 23, 37, 43, 91, 94s, 104, 120s, 152, 164, 171, 216, 223s, 227, 261s, 278, 325, 343

Télémedecine, 55, 139, 205, 241, 245, 255s, 263, 295, 304, 312s, 331s, 338

Territoire de santé, 51, 92, 203, 207, 209, 254, 294, 323, 329

## U

Union européenne, 33s, 53, 56s, 91s, 180, 188s, 323, 334s, 329, 347

Usager, 127s

# ABREVIATIONS

AC Aides à la contractualisation

AEHP Association éducative pour l'hospitalisation privée

AME Aide médicale d'Etat

AMU Aide médicale d'urgence

ANAP Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médicosociaux

ANESM

ANFH Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier

ARH Agence régionale de l'hospitalisation

ARS Agences régionales de santé

ASIP Santé : Agence des systèmes d'information partagés en santé

ATIH Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

BDHF

CAH Comptabilité analytique hospitalière

CASF Code de l'action sociale et des familles

CCAM Classification commune des actes médicaux

CCNE Comité consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

CH Centre hospitalier

CHL Centre hospitalier ex-hôpital local

CHR Centre hospitalier régional

CHRU Centre hospitalier régional et universitaire

CHSCT Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

CHT Communauté hospitalière de territoire

CHU Centre hospitalier et universitaire

CISS Collectif inter associatif sur la santé

CLCC Centres de lutte contre le cancer

CLS Contrat local de santé

CMD Catégorie majeure de diagnostic

CME Commission médicale d'établissement

CMU Couverture maladie universelle

CNEH Centre national de l'équipement hospitalier

CNG Centre national de gestion des praticiens hospitaliers, des directeurs d'hôpitaux, des concours et examens

CNSA Caisse nationale de solidarité et d'autonomie

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPOM Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CRAM Caisses régionales d'assurance maladie

CROS Comité régional de l'organisation sanitaire

CROSMS Comité régional de l'organisation sociale et médicosociale

CROSS Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale

CRSA Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRSA Conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CRUQPC Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

CS Conseil de surveillance

CSES Centre de santé d'établissement de santé

CSP Code de la santé publique

CSS Code de la sécurité sociale

CTE Comité technique d'établissement

DGARS Directeur général de l'agence régionale de santé

DGF Dotation globale de financement

DGOS Direction générale de l'offre de soins

DIM Département de l'information médicale (dans les établissements de santé)

DM Dispositifs médicaux

DMI Dispositifs médicaux implantables

DMP Dossier médical personnel

DMS Durée moyenne de séjour

DREES Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques en matière de santé et de solidarité

EHESP Ecole des hautes études en santé publique

EHPAD Etablissement assurant l'hébergement de personnes âgées dépendantes

ENCC Echelle nationale de coûts à méthodologie commune

ENMR Expérimentation des nouveaux modes de rémunération

ENSP Ecole nationale de la santé publique

EPP Evaluation des pratiques professionnelles

EPRD Etat prévisionnel de dépenses et de recettes

EPS Etablissement public de santé

ESPIC Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

ESSMS Etablissement social et médicosocial

ETP Equivalent temps plein

Ex-DG Anciennement financé par dotation globale

Ex-OQN Anciennement financé au sein de l'Objectif quantifié national

FEHAP Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne

FHF Fédération hospitalière de France

FHP – MCO Fédération de l'hospitalisation privée – Médecine - Chirurgie - Obstétrique

FHP Fédération de l'hospitalisation privée

FIR Fonds d'intervention régional

FMESPP Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

GCS Groupement de coopération sanitaire

GCSES Groupement de coopération sanitaire érigé en établissement de santé

GCSMS Groupement de coopération sanitaire médicosocial

GHM Groupe homogène de malades

GHS Groupe homogène de séjours

GIE Groupement d'intérêt économique

GMSIH Groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier

GPMC Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

GRH Gestion des ressources humaines

HAD Hospitalisation à domicile

HAS Haute autorité de santé

HPST (Loi) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires

IGAS Inspection générale des affaires sociales

INCA Institut national de cancer

IPA Indicateurs de Pilotage de l'Activité

LFSS loi de financement de la sécurité sociale

MAP Modernisation de l'action publique

MCO Médecine - Chirurgie - Obstétrique

MEAH Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier

MERRI Mission d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation

MIG Missions d'intérêt général

MIGAC Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

MMG Maison médicale de garde

MSP Maison médicale pluri professionnelle (de santé)



NMR Nouveaux modes de rémunération

ONDAM Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie

OQN Objectifs quantifiés nationaux

PASS Permanence d'accès aux soins de santé

PDES Permanence des soins en établissement de santé

PDSA Permanence des soins ambulatoires

PGFP Plan global de financement pluriannuel

PH Praticien hospitalier

PHIS Pôle hospitalier inter professionnel de santé

PMSI Programme de médicalisation du système d'information

PPS Parcours personnalisé de soins

PRIAC Programme interdépartemental d'accompagnement du handicap et de la perte d'autonomie

PRS Projet régional de santé

PTMG Praticien territorial de médecine générale

PU-PH Praticien hospitalo-universitaire

REP Référentiel d'évaluation des pratiques

RGPP Révision générale des politiques publiques

RPC Recommandations pour la pratique clinique

SAMU Service d'aide médicale urgente

SIEG Service d'intérêt économique général

SMUR Service mobile d'urgence et de réanimation

SPH Service public hospitalier

SROS Schéma régional d'organisation des soins

SROSS Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale

SSIG Services sociaux d'intérêt général

SSR Soins de suite et de réadaptation

STS Service territorial de santé

T2A Tarification à l'activité

TCCM Tableaux de coûts comparés moyens

TFUE Traité de fonctionnement de l'Union européenne.

# NOTE DOCUMENTAIRE

La documentation, en général, relative au sujet de cette thèse a été bouleversée par le bloc législatif de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme hospitalière et relative aux patients, à la santé et aux territoires, par son ordonnance de coordination n° 2012-177 du 23 février 2010, et par sa modification par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011, l'ensemble constituant la réforme HPST.

L'irruption de ce corpus vaste et profond a raboté nombre de concepts, outils et dispositions antérieures, m'a conduit à une interprétation exhaustive des textes et à privilégier les sources législatives, réglementaires encore incomplètes, et les ouvrages essentiellement postérieurs à ses publications.

Quant à la sédimentation du droit prétorien en ma connaissance, il n'était, pour les mêmes raisons, largement pas utilisable en l'état, sauf jurisprudence très générale ou très ponctuelle mentionnée ci-dessous :

## JURISPRUDENCE

TRIBUNAL DES CONFLITS, 8 février 1873, *Blanco*, Rec. 1<sup>er</sup> suppl. 61, conclusions David.

TRIBUNAL DES CONFLITS, 22 février 1960, n° 173, recueil Lebon, Tp 1121.

TRIBUNAL DES CONFLITS, 17 décembre 2007, n° C3646, *SERARL MB Associés c/ Centre Hospitalier Intercommunal du Haut-Anjou*, Tables du Recueil Lebon.

CONSEIL D'ETAT, 20 décembre 1935, *Etablissements VEZIA*, Rec. 212, R.D.P. 1936.119, conclusions LATOURNERIE

CONSEIL D'ETAT, 13 mai 1938, « Caisse *primaire* « Aide et protection », Rec. 417, conclusions LATOURNERIE.

CONSEIL D'ETAT Sect. 13 janvier 1961, *Magnier*, Rec. 33.

CONSEIL D'ETAT, 21 décembre 2007, *clinique Saint-Roch*, Rec., p. 1086 ; *AJDA*, 2008 p.1893, note H. RIHAL.

CAA Nantes, 15 février 2001, *Centre d'imagerie médicale de Basse Normandie c/Sté d'imagerie Saint-Martin*, req. n° 99NT02784 : RDSS 2002.62, obs. Cormier.

TA Paris, 17 octobre 2002, *AJDA*, 2003, p. 99, note Marie-Christine DE MONTECLER.

TA Lille, 24 janvier 2006, *clinique Saint-Roch* : req. n° 05-03-649.

TA Montpellier, 9 février 2006, *CH de Narbonne* : req. n° 0103-869.

# BIBLIOGRAPHIE

## I. OUVRAGES ET ARTICLES.

APOLLIS (B.), *La vente d'une clinique à un hôpital est un contrat de droit privé*, RDS, n° 25 ; p.590, in fine.

APOLLIS (B.), *Les préfets et la santé après la loi du 21 juillet 2009*, In : CORMIER (M), (dir.) *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, p. 59.

APPOLIS (B.), *Le pilotage de l'activité des établissements de santé*, Mélanges CALLU, mars 2012. APPOLIS (B.), *Le pilotage de l'activité des établissements de santé*, Mélanges CALLU, mars 2012.

ARTIGAUT (R.) et ROMANENS (J.-L.), *Mille ans d'hôpitaux à Castres*, Centre Hospitalier Général de Castres (TARN), juin 1991, 73 p., Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr).

BERGOIGNAN-ESPER (C.), *Un instrument juridique nouveau au bénéfice du secteur social ou médicosocial : le groupement de coopération social ou médicosocial*, RDSS 2006.909.

BERWICK (D.), *The Journal of the American medical association (JAMA)*, Mai 2012.

BOUDON-MILLOT (V.), *Galien de Pergame, un médecin grec à Rome*, Paris, Les Belles Lettres, 2012.

BOURRET (R), MARTINEZ (E), METAYER (Y), PEYRAT (R), VIALLA (F), *Le cumul d'activités des personnels médicaux des établissements publics de santé*, Revue droit & santé n° 56, novembre 2013, LEH, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

BOURRET (R.), VIALLA (F.), MARTINEZ (E.), DEBOST (C.), *Lorsque le respect des droits fondamentaux l'emporte encore sur le quête de performance*, RDS n°57, janvier 2014, page 868 in fine, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds) APPOLIS (B), *La difficile conciliation des dimensions sociale et économique de l'hôpital public*, RDS n° 22, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds), pages 245 à 248, à propos de l'avis du comité consultatif national d'éthique (CCNE) n° 101, 28 juin 2007.

BOUTON (Richard) et COULOMB (Alain), *Etude des centres de santé parisiens*, Paris, 2008, FNCS (Fédération nationale des centres de santé).

BRUNSCHVICG (L), *La philosophie de l'esprit : « Cette condition de mesure est préalable à toute conception, à tout langage, même d'ordre scientifique... »*, Paris, PUF, 1950.

BUBIEN (Y), *Le CHU d'Angers donne la parole aux citoyens*, Revue hospitalière de France, novembre-décembre 2013, n° 555, pp. 40-44, [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr).

BUTTARD (A.), *De l'opposition à la complémentarité ? Les dimensions éthique et économique du soin*, in MARTINEZ (E) et VIALLA (F), (dir.) : *Les grands avis du comité consultatif national d'éthique*, 20 mars 1998, Paris, 2013, LGDJ, Lextenso éditions, pages 791 et 792.

CASTAING (C.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité*, Les études hospitalières, février 2014, pp. 81-94, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

CHAUVEAU (S), *« Quelle histoire de l'hôpital aux XXe et XXIe siècles »*, Presses de Sciences Po, Les tribunes de la santé, 2011/4 n° 33, p.81-89.

CHEVANDIER (Christophe), *Les hôpitaux dans la France du XXe siècle*, Paris, Perrin, 2009.

CLEMENT (J.-M.), *La loi HPST, rupture ou continuité*, RGDM n° spécial, 2011, pp. 13 et 26. 361

- COMBEAU (P.), *Droit souple et démocratie sanitaire*, In (dir.) CASTAING (C.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité*, Les études hospitalières, février 2014, pp. 81-94, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).
- CORMIER (M.), (dir.) *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Revue générale de droit médical, n° spécial, Les Etudes hospitalières, Bordeaux, 2011, pp.75, 107 et 240.
- CORMIER (M.), *La réforme de la coopération inter hospitalière : rupture ou continuité ?* In La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, 2009, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, p.67.
- COUTY (E) ,KOUCHNER (C), LAUDE (A),TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, pages 7, 41, 21, 53, 73, 83, 105, 128, 195, 385.
- COUTY (E.), de PINGON (J.), *Les coopérations : une logique de forte restructuration*, La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, 2009, Rennes, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, p.67.
- COUTY (E.), *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur, Ministère des affaires sociales et de la santé, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).
- CROSBY (P), *La qualité est gratuite*, New York, MacGraw-Hill, 1979.
- DANIEL- ROPS de l'Académie française, *Jésus en son temps*, Copyright F. Brouty, J. Fayard et Cie, 1945, Bruxelles, Club international du livre, p. 400.
- DE SAINT-PIERRE (Abbé), *De la douceur*, page 1 du chapitre « Economie bien-faisante », Brisson, Paris et Amsterdam, 1740.
- DEBOST (C.), *Lancement du Dossier Médical Personnel (DMP) sur support numérique portable sécurisé, concrétisé par la loi Fourcade du 10 août 2011*, RDS, n° 43, p. 683 à 685, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).
- DELANDE [G] et AMIEL [P], *Les agences régionales de santé : un colosse aux pieds d'argile*, RDS, n°34, mars 2010, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).
- DELANDE [G], « Pénurie de médecins. Comment obtenir une meilleure répartition sur le territoire ? », [www.ifrap.org](http://www.ifrap.org), 7 septembre 2012.
- DEMICHEL, *Droit Médical*, Berger-Levrault, oct.1983, p.173.
- DOLTO (Françoise), *L'évangile au risque de la psychanalyse*, Jean-Pierre Delarge éditeur, Paris, 1977.
- DOMAT, (J.) *Les Loix civiles dans leur ordre naturel, Le Droit Public, et legum delectus*, (1697) nouvelle édition par HERICOURT et de BOUCHEVRET, & GANEAU, M.DCC.XLV, Titre XVIII, *Des Hôpitaux*, pp.501-519.
- DUPONT (M), BERGOIGNAN-ESPER (C.), PAIRE (C.), *Droit hospitalier*, Cours Dalloz, 8<sup>e</sup> édition, 2011, (963 p.), pp. 249, 265, 436 et 437 à 457.
- DUPONT (M.), *Projets, schémas et contrats : outils nouveaux et renouvelés, ambitions nouvelles de la planification sanitaire*, In : CORMIER (M), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, page 122.
- DURKHEIM, *Les règles de la méthode sociologique*, Chapitre 1, 1895, Nouvelle édition, Editions Flammarion, Paris, 2010.
- ESPLUGAS (P), *Notion de service public-Droit interne et droit de l'Union européenne*, JCA 01, 2011, fascicule 149, 25 octobre 2010, Passim, § 146 et pp. 24, 44, 45.
- FAYOL (H), *Administration industrielle et générale*, Paris, DUNOD, 1918.

FEIGENBAUM (A), *Total Quality Control: engineering and management*, New York, MacGraw-Hill, 1961.

FORTIER (V.), *La circoncision rituelle : une atteinte à l'intégrité pour les juges de Cologne*, RDS, n°51, janvier 2013, p.84 à 88, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).

FORTIER (Vincente), LEBEL-GRENIER (Sébastien), (sous la direction de), *Le sentiment et le droit, Rencontres juridiques Montpellier-Sherbrooke*, (UM1-UMR 5815), Epistémologie du droit, Les éditions Revue de droit, sommaire, ISBN 978-2-920003-52-1 | 10/2012.

FOURCADE (A.), *2011, année des patients et de leurs droits, mythe ou réalité*, Pôle santé-sécurité-soins du Médiateur de la République, [www.securitesoins.fr](http://www.securitesoins.fr)

FOURCADE (O.), *Des outils au service du dialogue de gestion*, Revue hospitalière de France, n° 556, janvier-Février 2014, p.20, [www.revue-hospitaliere.fr](http://www.revue-hospitaliere.fr).

GALLO (M), *L'âme de la France*, Tome 1, Fayard, 2007.

GAUBERT (J.), *Patients sans frontières*, RDS n° 26, nov. 2008, p.747 à 750, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

GHADI (Véronique), *Certification et qualité de vie au travail*, Revue hospitalière de France, Ibid., p.43.

GINON (A.-S.), *La réorganisation de l'offre de soins en niveaux de recours : dits et non-dits d'une réforme d'ampleur*. In : COUTY (E), KOUCHNER (C), LAUDE (A), TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Ibid., pp. 189, 192.

GUIBERT (G), DE MONTALEMBERT (P), VERDIER (F), *Directeur d'hôpital : l'essor d'une profession*, préface d'Edouard COUTY, Presses de l'Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 2011

GUIGUE [S], *Présentation synthétique du bilan du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, Revue Droit et Santé, n° 47, mai 2012, p. 434. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

HARDY (A-C), *Travailler à guérir*, Presse de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

HOLLANDE, François, *Le changement c'est maintenant*, profession de foi adressée aux électeurs avant le premier tour de l'élection présidentielle du 22 avril 2012, p.3.

HOOD (C.) (1995), *The "New public management" in the 1980s: variations on a theme*, Accounting, Organizations and Society, 1995, Vol. 20, N°3, pp. 93-109.

HUGO, *Les Misérables*, 1862, Première partie Fantine, Livre septième, L'affaire Champmathieu, Chapitre I, La Soeur Simplicie.

IMBERT (J.), *Histoire des hôpitaux en France*, sous la direction de Jean IMBERT (et auteur de la période de la Révolution à 1941) en collaboration avec Michel MOLLAT (pour la période médiévale), Jean-Pierre GUITTON (pour la monarchie absolue), Pierre RAYNAUD et Louis VEYRET (à partir de 1941), Privat, Toulouse, novembre 1982, 559 pages, passim et p.91

JACQUINET (C) Propos relevés par HOSPIMEDIA, édition du 18/2/2014).

JOERGER (Muriel), *La structure hospitalière de la France sous l'Ancien Régime*, Annales E.S.C., 1977.

JURAN (J), *Management Breakthrough: a new concept of the Manager's Job (L'intervention managériale)*, New York, MacGraw-Hill, 1964.

KANT, *Critique de la raison pratique*, Conclusion, II (Ak.V, 161--162), 1788.

LALANDE, *Vocabulaire philosophique*, Genèse, cité dans le dictionnaire LE ROBERT 1976, tome 3.

LAMPEDUSA (GT di), « *Le guépard* », Seuil, 2007.

- LARCHER (G), (dir.), *Les missions de l'hôpital*, Rapport de la commission de concertation, La documentation française, 2008.
- LARD-HUCHET (B de), « *Missions de service public, le décret que l'on n'attendait plus* », Revue hospitalière de France, n° 546, mai-juin 2012, p.41.
- LAUDE (A.), BONNET (M.), *Coopération entre professionnels de santé*, In : La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, 2009, Rennes, Presses de l'École des hautes études en santé publique, p.155, *Le GCSMS : groupement de coopération social ou médicosocial*, Dossier, Actualités JuriSanté n°64, janvier 2009.
- LAUDE (A.), BONNET (M.), in : COUTY (E) ,KOUCHNER (C), LAUDE (A),TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, Titre II, page 131.
- LEMOYNE DE FORGES (JM), « *Etablissements de santé et service public* », RGDM, n° spécial, 2011, p. 76
- LENOIR-SALFATI (M), *Point d'étape sur les travaux de l'observatoire de la laïcité, État des lieux concernant la laïcité dans les établissements de santé*, 25 juin 2013, [www.gouvernement.fr](http://www.gouvernement.fr). (Passim)
- LEVRAY (N), *L'utilisateur au centre de l'action sociale*, La Gazette Santé-social n° 73, Avril 2011, p.42.
- MARTINENT (E.), *Les aumôneries et la présence spirituelle dans les hôpitaux et les établissements publics de santé*, in *La religion dans les établissements de santé*, (dir.) Vincente FORTIER et François VIALLA, Les études hospitalières, Bordeaux, 2013, p.144.
- MARTINEZ (E.), *La laïcité à l'hôpital, propos autour d'une circulaire de « bonnes pratiques*, RDS n°5, mai 2005, chroniques, pages 178 à 184, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).
- MARTINEZ (E.), VIALLA (F), (dir.) : *Les grands avis du comité consultatif national d'éthique, Avis n° 57, Progrès technique, santé et modèle de société : la dimension éthique des choix collectifs*, 20 mars 1998, Paris, 2013, LGDJ, Lextenso éditions, page 714.
- MAUGÛE (C.), THIELLAY (J.-P.), *La responsabilité du service public hospitalier*, LGDJ, Lextenso éditions, 2010, p. 22
- MÉMETEAU (G.), CLEMENT (J.M.), RGDM, *Droits des malades et qualité du système de santé : la loi du 4 mars 2002*, février 2004, ISSN : 2105-2247, la démocratie sanitaire, [www.bnds.fr/revue/rgdm](http://www.bnds.fr/revue/rgdm).
- METAIS (J) : "*Rapport sur l'hospitalisation privée en psychiatrie : état des lieux et avenir*", 3 décembre 2013, [www.sante.gouv.fr/conseillers-generaux-des-etablissements-de-sante](http://www.sante.gouv.fr/conseillers-generaux-des-etablissements-de-sante).
- MMD, *Le Vade-Mecum du manager de La lettre du management*, deuxième édition, Paris, 2001, ISBN-2-9509760-7-7, pages 48 et 153.
- MIAILLE (M.), *La démocratie sanitaire*, RGDM, Droits des malades et qualité du système de santé, février 2004, ISSN : 2105-2247, pages 23 à 36, [www.bnds.fr/revue/rgdm](http://www.bnds.fr/revue/rgdm).
- MOQUET-ANGER (M.-L.), *Les aspects de la nouvelle organisation territoriale de la santé*, JCPA 2009, n° 2224, n° 9.
- MOQUET-ANGER, Marie-Laure, *Droit hospitalier*, LGDJ, 2010.
- OSTY (E.), *La Bible*, Seuil, 1976, LUC 17, 11-30 ; JEAN, 1, 1-30.
- OTANN (M.), *La liberté confessionnelle dans les établissements de santé*, RDS n°24, p.441 à 456, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).
- PEIGNOT (G), *Histoire de la fondation des Hôpitaux du Saint-Esprit de Rome et de Dijon*, DOUILLIER, Dijon, 1838, p.50-51.

- PEOC'H (Nadia), *Qualité de vie au travail*, Revue hospitalière de France, n° 549, novembre décembre 2012, p. 38.
- POHER (F), Directeur général adjoint du CHRU de Nîmes, *D'un hôpital de séjour à un hôpital de parcours*, communication sur le projet élaboré par cet EPS, présentée au colloque « Les rencontres de la santé », Montpellier 14 novembre 2013, [www.decisionsante.com](http://www.decisionsante.com).
- POIROT-MAZERES (I.), *L'hôpital, le médecin et le croyant. Le regard du juriste*, in : LECA (A.), dir., *Santé, religion et laïcité*, Les cahiers de droit de la santé du sud-est, n°13, Les études Hospitalières 2011, p.199, citée par VIALLA (F.), Ibid. VIALLA (F.), *Protection de l'intégrité personnelle des enfants, Assemblée parlementaire du conseil de l'Europe, Résolution 1952, 2013*, RDS n° 57, janvier 2014, p.939 à 941, [www.bnds.fr](http://www.bnds.fr).
- RAJA (C.), *Droit de la concurrence et droit de la santé*, thèse soutenue le 18 novembre 2010.
- ROLANDIN (P), *Organisation de la santé : le déclin de l'empire ordinal*, [www.pharmanalyses.fr](http://www.pharmanalyses.fr), 9 sept. 2012
- ROMANENS (J.-L.) : *Le service public de l'hôpital, mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé*, Revue Droit et Santé, numéro spécial 50 auteurs, Bordeaux, BNDS, Les Etudes hospitalières, 2013. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).
- ROMANENS (J.-L.), *Des chiffres et des hommes*, Revue Décision Santé, septembre 2011, p. 25.
- ROMANENS (J.-L.), *Genèse du concept de service public hospitalier*, Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, n° 150, mars 2014, pp.41 à 55, [www2.biusante.parisdescartes.fr](http://www2.biusante.parisdescartes.fr).
- ROMANENS (J.L.), *Genèse du concept de service public hospitalier*, In : *Le temps, Actes du Colloque de l'Ecole doctorale 461*, 20 juin 2013, Colloque présidé par M. Emmanuel PUTMAN, Faculté de droit et de science politique de Montpellier, ISBN : 979-10-91076-15-9, p. 19 à 28.
- ROMANENS (J.L.), *La santé serait-elle politiquement soluble ?*, Revue Droit et Santé, n° 249, décembre 2012, page 327. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)
- ROMANENS (J.L.), *Le DMP, un dossier personnel encore peu partagé*, RDS n° 47, mai 2012, pages 358 à 363, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).
- ROMANENS (J.-L.), *Service public hospitalier, genèse d'un concept*, Revue Droit et santé, mai 2013, n° 53, p. 276 à 289, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).
- ROMANENS (JL), *L'hôpital public : de ses contraintes actuelles à un aménagement de son statut*, 1<sup>e</sup> partie : les contraintes de service public hospitalier, Mémoire de 3<sup>e</sup> année d'études d'élève directeur d'hôpital, Promotion 1970-1973, Ecole des hautes études en santé publique, Rennes, 1973, 230 pages, EHESP, Ressources documentaires en santé publique, [www.ehesp.fr](http://www.ehesp.fr).
- ROMANENS (JL), « *Réseaux, centres, maisons, pôles de santé, pour quels services ?* », Revue Droit et Santé n° 49, septembre 2012, p.643. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)
- ROMANENS (JL), *La médecine de ville, l'hôpital et l'usager*, Décision santé, septembre 2011, p. 25, [www.decision-sante.com](http://www.decision-sante.com)
- ROMANENS (JL), *La médecine de ville, l'hôpital et l'usager*, RDS, août-septembre 2011, n°277, page 25, [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)
- ROMANENS (JL), *La santé est-elle politiquement soluble ?*, RDS n° 47, mai 2012, p. 327. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)
- ROMANENS (JL), *Réseaux, centres, pôles et maisons de santé : pour quels services ?*, Revue Droit et santé n° 49, septembre 2011, p. 643. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds)

ROMANENS [JL], « *Le service public de l'hôpital : mutation ou permanence ? L'essor vers un service public territorial de santé* », 14 octobre 2012, Revue Droit et Santé, numéro spécial 50 auteurs, Hors-série 2013, 50° numéro, pages 279 à 287. [www.bnds.fr/rds](http://www.bnds.fr/rds).

ROTHIER BAUTZER (E.), *Les professionnels de santé au prisme des maladies chroniques*, Revue Hospitalière de France, n° 550, Janvier - Février 2013.

ROMATET (J.-J.), *Règles et statuts publics et modernisation des hôpitaux*, in : (dir.) TABUTEAU (D.), *Service public et santé*, Editions de santé/Presses de Sciences Po, 2012, p.122

ROUQUETTE (J) et VILLEMAGNE (A), *Bullaire de l'église de Maguelone*, VALAT, 1911-1914, p. 244.

ROUSSET (G.), *Entre incitation et coercition, vers une mise en place de nouveaux dispositifs de régulation de la démographie médicale*, In : COUTY (E) ,KOUCHNER (C), LAUDE (A),TABUTEAU (D), (dir.) *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, Rennes, Droit et Santé, Presses de l'EHESP, 2009, page 197.

SAINT AUGUSTIN, évêque d'Hippone, *Confessions*

SAINT-EXUPERY, *Pilote de guerre*, XIV.

SALMON (C.), *Storytelling*, La découverte, 2007 ; *De la performance politique*, Fayard, 2013.

SENEQUE (4 av., 65 après J.-C.), *Première lettre à Lucilius*, Paul Veyne, Robert Laffont, Collection Bouquins.

SHEWHART (W.A.), *Economic Control of Quality of Manufactured Products*, American Society for Quality, 1980. Ces travaux ont été diffusés par Edward DEMING.

SINOUE (G), *Avicenne ou la route d'Isphahan*, Editions Denoël, Paris 1989.

STASI (B.), *Laïcité et République, Rapport au Président de la République*, remis le 11 décembre 2003, La documentation française, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics>.

STINGRE (D.), *Le service public hospitalier*, notice, Paris : PUF (éditeur), collection *Que sais-je ?*, 2012, 128 p., réf bibl. ISBN 978-2-13-059499-4, FRA.

SUBTIL (Etienne), *René Théophile Laennec*, Paris, L'Harmattan, 2004.

TABUTEAU (D.), *Les services publics de santé et d'assurance maladie entre repli et renouveau*, in : (dir.) TABUTEAU (D.), *Service public et santé*, Editions de santé/Presses de Sciences Po, 2012, p.7.

TABUTEAU (D.), PARPEX (C.), *Planification régionale*, in : *La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé*, dir. E. COUTY, C. KOUCHNER, A. LAUDE, D. TABUTEAU, Presses de l'EHESP, p. 327.

TACITE, 58~ 120 apr. J.-C., *Annales*, III-27.

TENON (Jacques), « *Mémoires sur les hôpitaux de Paris* », Imprimerie de Ph-D. Pierres, Paris, 1788, *reprint* par DOIN éditeurs/Assistance publique-Hôpitaux de Paris, Paris, 1998, cité par GUIBERT (Grégory), DE MONTALEMBERT (Pierre), VERDIER (Fabien), *Directeur d'hôpital, l'essor d'une profession*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2011, p.9.

TERRA NOVA, La fondation progressiste. *Projet 2012- contribution n°29*, Rapport p.86, [www.tnova.fr](http://www.tnova.fr).

TIREL (B.), VERDIER (F.), *Analyse croisée entre le gouvernement d'entreprise et la gouvernance de l'hôpital public*, In : CORMIER (M), (dir.) *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, pages 87 et 92

TRUCHET (D), « *Etablissement public de santé et système de santé* », AJDA 2006, p. 401.



- TRUCHET (D), « Renoncer à l'expression « service public », AJDA 2008, p.553.
- TRUCHET (D.), *Droit de la santé publique*, Mémentos Dalloz, 2009, 7<sup>e</sup> édition, pp.17, 200.
- TRUCHET (D.), *Le contrat dans la loi HPST*, In : CORMIER (M), (dir.), *Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives*, Bordeaux, Les études hospitalières, RGDM, n° spécial, 2011, Passim et pages 138, 144, 147, 149 ,152 .
- VALLANCIEN (G), *Maison de santé et hôpital : une chance, deux scénarios*, RHF n°540, mai-juin 2011, p.52.
- VENTURA (C.D.), *Le « statut » de l'aumônier hospitalier*, RDS n° 44, p. 675 à 678, www.bnds.fr.
- VIALLA (F), *La récusation en question*, in FORTIER (Vincente), VIALLA (François), (sous la direction de), *La religion dans les établissements de santé*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2013.
- VIALLA (F), *Le libre exercice du culte dans les établissements médico-sociaux*, in *La religion dans les établissements de santé*, Les études hospitalières, Bordeaux, 2003, p.178.
- VIALLA (F), *Sénat, Proposition de loi, n° 352 rectifiée, visant à améliorer l'accès aux soins des plus démunis*, Revue Droit et Santé n° 54, juillet 2013, p. 441 à 442, www.bnds.fr/bnds
- VIALLA (F.) *Privé de vie privée : « Vol retour » au-dessus d'un nid de coucou ?*, RDS n° 52, mars 2013, www.bnds.fr.
- VIALLA (F.), *Protection de l'intégrité corporelle des enfants*, RDS n° 57, www.bnds.fr.
- VIALLA (F.), *Brèves remarques sur la nouvelle charte de la personne hospitalisée*, RDS, n°12, juillet 2006, p.348 et s. (www.bnds.fr/rds).
- VIALLA (F.), *La laïcité à l'hôpital* in Mélanges offerts au Professeur Michel Miaille, Presses universitaires Montpellier, 2008.
- VIALLA (F.), *Les principes fondamentaux de la législation sanitaire à l'épreuve de la laïcité et du service public*, JCPE 2004, supplément n°1, p.26 et s.
- VIALLA (F.), *Un accès aux soins facilité pour les bénéficiaires de la CMU : les avatars de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique*, RDS n° 33, pages 68 et 69, www.bnds.fr
- VIALLA [F], in : *Multiplicité d'acteurs et communication des données personnelles*, www.chu-montpellier.fr/photothèque
- VIGNERON (E.), Passim, *Les inégalités de santé dans les territoires français. Etat des lieux et voies de progrès*, Elsevier Masson, 2011, p. XVII.
- YLMAZ (E) et FRIKHA (S), *Les hôpitaux publics ont amélioré leur productivité entre 2003 et 2009*, p. 1, drees.sante.gouv.fr. DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère de la santé, 10 octobre 2013, www.drees.sante.gouv.fr.
- ZORN-MACREZ (C.), RGDM n°20, 2006, Colloque *Les usagers et le DMP*, in atelier 1, *Les aspects techniques et les expériences*, p.114 à 123, www.bnds.fr.

## II. DOCUMENTS ADMINISTRATIFS, INSTITUTIONNELS, PARLEMENTAIRES.

AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH), Service Information sur la Performance des établissements de santé (IP), Pôle Analyse des Données et Indicateurs de la

performance (ADI), *Effectifs et masse salariale prévisionnels de l'activité principale des établissements de santé antérieurement sous dotation globale sur l'exercice 2012*, août 2013, [www.atih.sante.fr](http://www.atih.sante.fr).

ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux), *Les coopérations dans le secteur médico-social*, 2011, p.19, [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON, *Le projet régional de santé dans les territoires 2012-2017*, pp.5, 230 à 246 ; *Synthèse des schémas et programmes*, janvier 2013 ; *Fiches action de MIG 2011* ; *Rapports d'activité et d'orientation 2011*, p.14 et 44, et 2012 ; [www.ars.languedocroussillon.santé.fr](http://www.ars.languedocroussillon.santé.fr).

ASSEMBLEE NATIONALE, *Compte rendu en Commission des affaires sociales de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale*, 18 mai 2011, Séance de 17 h 30, compte rendu n° 12.

ASSEMBLÉE NATIONALE, n° 1435, Avis n° 1210, fait au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire sur *le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, par M. André FLAJOLET, député.

ASSEMBLÉE NATIONALE, n°1210, *Exposé des motifs du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires*, présenté au nom de M. François Fillon, premier ministre, par Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la sante, de la jeunesse, des sports et de la vie associative.

ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport d'information n° 1132 de Monsieur Marc Bernier* déposé le 30 septembre 2008 pour la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, [www.assemblée-nationale.fr/13/rap.-info](http://www.assemblée-nationale.fr/13/rap.-info).

ASSEMBLEE NATIONALE, *Rapport rédigé le 16 janvier 2014 au nom de la commission des Affaires sociales pour la discussion en séance publique du Projet de loi visant à adapter diverses dispositions du droit européen dans le domaine de la santé à la France*.

ASSEMBLEE NATIONALE, *Refonder la tarification hospitalière au service du patient*, Rapport d'information de MM. Jacky LE MENN et Alain MILON, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 703 (2011-2012) - 25 juillet 2012.

ASSOCIATION FRANÇAISE DU DROIT DE LA SANTE (AFDS), *Colloque sur "La permanence des soins"* du 24 mars 2006, (avec les contributions de Jean-François Bayet, Philippe Blanchard, Pierre-Louis Bras, Patrick Broudic, Maxence Cormier, Hélène Gaumont-Prat, Marie-Laure Moquet-Anger, Jacques Roland, Didier Truchet, François Violla, Daniel Vion). Actes publiés dans la Revue générale de droit médical, n° spécial 2006, 131 p.

CAISSE DES DEPOTS - Direction des retraites et de la solidarité, *Rapport annuel FMESPP 2012, Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés*, page 23, [www.cdc.retraites.fr](http://www.cdc.retraites.fr)

CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG), *liste actualisée au 3 décembre de l'arrêté du 24 avril 2012 pour la répartition des emplois fonctionnels des établissements publics de santé* ([www.cng.sante.fr](http://www.cng.sante.fr)).

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, note sous l'article L. 6111-1 : *Juge administratif. Reconnaissance de la qualité d'établissement de santé*, Code de la santé publique Dalloz, 27<sup>e</sup> Edition, 2013.

COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (CISS), *Baromètre LH2 des droits des malades du CISS*, février 2012, [www.leciss.org](http://www.leciss.org).

COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (CISS), *Guide CISS du représentant des usagers du système de santé*, Edition 2011, [www.leciss.org](http://www.leciss.org), pp. 19 et 21.

COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (CISS), site des « 66 millions d'impatients » des usagers de la démocratie sanitaire, [www.66millionsdimpatients.org](http://www.66millionsdimpatients.org).

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE (CCNE), 1998, avis n°57 : *Progrès technique, santé et modèle de société, la dimension éthique des choix collectifs.*

CONFEDERATION SUISSE, Votation populaire du 18 mai 2014, *Arrêté fédéral concernant les soins médicaux de base (contre-projet direct à l'initiative populaire « Oui à la médecine de famille », qui a été retirée)*, [www.admin.ch](http://www.admin.ch), [www.parlement.ch](http://www.parlement.ch), [www.ch.ch](http://www.ch.ch).

CONFERENCE NATIONALE DE SANTE, *Avis du 02.04.13 sur la prise en compte de la crise économique sur les priorités et la politique de santé : Comment sortir plus forts de la crise ? Les leviers des ARS.* [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTE, *Les soins au Canada c'est capital*, Sondage international 2013 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès du grand public, Janvier 2014, [www.conseilcanadiendelasante.ca](http://www.conseilcanadiendelasante.ca).

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26 juin 2008, *Document de Références en Médecine générale à l'usage des Commissions de qualification du CNOM.*

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Septième édition de l'Atlas national de la démographie médicale 2013*, [www.conseil-national.medecin.fr/](http://www.conseil-national.medecin.fr/)

COUR DES COMPTES, *LA SECURITE SOCIALE, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr), Passim pp. 13, 185, 209, 335.

COUR DES COMPTES, *Le rapport public annuel 2013, Synthèses*, p. 18 s.

COUR DES COMPTES, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2013, Passim page 307 s.

DECISION SANTE, 10/2011, n° 278, *Convergence public/privé : la FHP-MCO saisit la commission européenne.*

DECISION SANTE, Dossier, « *Usagers, un strapontin trop étroit* », n° 271, janvier 2011, pp. 10 à 15.

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DRESS) du ministère de la santé, *Rapport annuel des comptes sociaux de la Nation en 2012*, Etudes et résultats n° 850, septembre 2013, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), *Baromètre d'opinion sur la santé, la protection sociale et les inégalités, principaux enseignements de l'enquête 2013*, BVA Opinion-DRESS, Janvier 2014, Réf. TW877, p. 34, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), *Le panorama des établissements de santé*, édition 2012, ouvrage collectif, pp. 32 et 146, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), n° 854, octobre 2013, *Hospitalisation de court séjour, évolution des parts de marché entre 2003 et 2011*, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), *Rapport annuel des comptes sociaux de la Nation en 2012*, Etudes et résultats n°350, sept. 2013, et février, juin 2011, [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

ETUDE NATIONALE DES COUTS A METHODOLOGIE CONSTANTE (ENCC), Séminaire, Bordeaux, 7 et 8 novembre 2013.

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), Communiqué de presse du 11 février 2014. [www.missions-sante.com](http://www.missions-sante.com).

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), *La concession de service public hospitalier*, Synthèse documentaire, Direction des Ressources Documentaires, Marie-Claire VIEZ, juillet 2008, [www.fhp.fr](http://www.fhp.fr)

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), *Missions Santé*, <http://www.fhp.fr/1-fhp/6-informations-services/270-missionssante>.

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE (FHP), *Missions Santé*, magazine édité par la FHP tous les trimestres et consacré à l'actualité des établissements de santé privés de statut commercial, 1<sup>er</sup> mars 2014, <http://www.fhp.fr/1-fhp/6-informations-services/270-missionssante>.

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF), *Enquête situation financière des hôpitaux 2012*, publiée le 21 octobre 2013 par la Fédération hospitalière de France, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF), *Interactions* n° 15, magazine de la Fédération hospitalière de France, juillet 2013 [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr), Lettre n° 18, décembre 2010, [www.fhf.fr/parts](http://www.fhf.fr/parts) de marché chiffres établis par la Banque de données hospitalières de France sur sources ATIH-PMSI.

FEDERATION HOSPITALIERE DE France (FHF), *La lettre des médecins hospitaliers*, Passim, *La médecine de parcours de soins : une évolution lente mais nécessaire*, n°11, Septembre 2013. [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE (FHF), *Pertinence des actes*, *Interactions* FHF, n°14, mai 2013, p. 8, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr).

GROUPE HOSPITALIER SUD-REUNION, *Mobilisation des moyens du GHSR pour faire face à l'épidémie de Chikungunia*, Mensuel Hôpitaux du sud Actualités, n° 86, mars 2006, Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr); Archives départementales du Tarn, [www.archives.tarn.fr](http://www.archives.tarn.fr).

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Lettre d'information de la HAS n° 37, Dossier chirurgie ambulatoire*, octobre-décembre 2013, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr). VIGNERON [E], *Les inégalités de santé dans les territoires français*, Elsevier Masson, 2011, p. XVIII.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Lettre d'information*, n°33, octobre-décembre 2012, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Manuel de certification des établissements de santé V2010 révisé* avril 2011, page 6.

HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS), *Maladies chroniques, une vision renouvelée du parcours de soins* », Lettre d'information de la Haute autorité de santé n° 33, octobre-décembre 2012, Focus, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

HOSPIMEDIA- 04/11/13 - 12h56- <http://abonnes.hospimedia.fr>

IFRAP (Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques), *Les hôpitaux publics face au coût des retraites*, [lfrap.org](http://lfrap.org), 23 octobre 2012.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Evaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins*, Rapport RM2012-112P, Septembre 2012, Synthèse page 5, établi par Fabienne Bartoli, Nathalie Destais, Isabelle Yeni, Hubert de Beauchamp.

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain*, Rapport juillet 2013 n° RM2013 -119P, [www.igas.gouv.fr](http://www.igas.gouv.fr).

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, Rapport RM2012-020P, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les 15 dernières années?*, Mars 2012, établi par Dr Françoise LALANDE, Claire SCOTTON Pierre-Yves BOCQUET, Jean-Louis BONNET

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, *Rapport sur l'information des usagers sur la qualité des prises en charge des établissements de santé*, BRAS Pierre-Louis, GOHET Patrick, LOPEZ Alain, septembre 2010, [www.ladocumentationfrancaise.fr](http://www.ladocumentationfrancaise.fr).

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES), [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr), Projet européen DETERMINE porté en France par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Rapport « Réduire les inégalités sociales en santé ».

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (INCa) *La situation du cancer en France en 2012*, Collection Etats des lieux et des connaissances, Boulogne-Billancourt, décembre 2012, [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr). notamment pp.268 à 270.

LE CERCLE SANTE INNOVATION, « *L'assurance maladie est-elle encore utile ?* », analyse et propositions du Cercle Innovation Santé, effectuées sous la direction du Pr Jean de KERVASDOUE, décembre 2013, éditeur SPH CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, *Etat des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013*, janvier 2014.

LE DEFENSEUR DES DROITS, [www.defenseurdesdroits.fr](http://www.defenseurdesdroits.fr), *Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME*, Rapport remis au Premier ministre, mars 2014, rendu public le 1<sup>er</sup> avril 2014.

LE POINT 2136, 22 août 2013, Propos du Professeur Béatrice COCHENER, Chef du service d'ophtalmologie du CHU de Brest, Présidente de l'Académie française d'ophtalmologie.

LE POINT Magazine hebdomadaire national, *Le classement des hôpitaux et cliniques 2012*, n° 2136, 22 août 2013.

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, *Avis du Conseil de l'immobilier de l'État sur la stratégie immobilière du CHU de Montpellier*, in fine, Avis N° 2013-27 Séance du 16 octobre 2013, [www.economie.gouv.fr/files/files/dir](http://www.economie.gouv.fr/files/files/dir).

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES, *Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2013* voté par l'assemblée nationale le 26 octobre 2012. Présentation par le gouvernement, p. 21 et suivantes, [www.economie.gouv.fr](http://www.economie.gouv.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES DE LA SANTE, *Le pacte de confiance pour l'hôpital*, Rapport, février 2013, COUTY (E.) Président, SCOTTON (C.), Rapporteur général, Introduction et pages 18,39 et 1.1.3. Principes de service public hospitalier, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE : Rapport Flajolet, *La prévention : définitions et comparaisons*, annexe 1, définitions, 5 mai 2001, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, ET AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ET MEDICO SOCIAUX, *La loi HPST à l'hôpital : les clés pour comprendre*, 2009, page 25, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) et [www.anap.fr](http://www.anap.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Indicateur de la satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS)*, 2 décembre 2013.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Liste des associations d'usagers du système de santé agréées*, [www.sante.gouv.fr/agrément](http://www.sante.gouv.fr/agrément) des associations de malades et d'usagers du système de santé, IMG/pdf/associat.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Rapport du 14 février 2014 à la ministre présenté par Claire COMPAGNON en collaboration avec Véronique GHADI, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire* : « garantir et inscrire durablement une représentation citoyenne dans notre système de santé ». Recommandation n°3. [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire - Professionnels d'aujourd'hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer*, 2 février 2011, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Recensement annuel des groupements de coopération sanitaire : bilan au 30 juin 2010*, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Stratégie nationale de santé, feuille de route* - 23 septembre 2013, axe 2.1, [www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante](http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir*, 23 septembre 2013, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Synthèse allégée des bilans sociaux des hôpitaux pour l'année 2012*, plateforme dédiée de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), page 11. ([www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/note\\_bil](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_bil)).

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, *Un projet global pour la stratégie nationale de santé – 19 recommandations du comité des sages*, 21 juin 2013, pp. 67, 90.

OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE, *Rapport novembre 2013*, [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

OCDE, *Enquête sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-2009* : part du secteur privé en Allemagne 15%, Espagne 9%, Italie 2%, Royaume-Uni voisin de 0%.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS), [www.who.int/topics/chronicdiseases/fr](http://www.who.int/topics/chronicdiseases/fr).

SENAT, Rapport d'information n° 335, remis le 5 février 2013 : *Déserts médicaux, agir vraiment*, sous la présidence de Jean-Luc FICHET, fait par Hervé MAUREY, Sénateurs, Groupe de travail sur la présence médicale sur l'ensemble du territoire, Passim pp.35 à 39.

SOCIETE FRANÇAISE D'HISTOIRE DES HOPITAUX (site), [www2.biusante.parisdescartes.fr](http://www2.biusante.parisdescartes.fr).

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ, FEUILLE DE ROUTE - 23 septembre 2013, Axe 2.1, [www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante](http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante).

TNS-SOFRES, Sondage 18TC61 du 14 mars 2013, *Les français et l'hôpital public*, [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

UNION EUROPEENNE, *Directive 2003/88/CE du parlement européen et du conseil européen du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail*, Journal officiel de l'Union européenne du 18.11.2003.

# TABLE DES MATIERES

<b>RESUME</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE.....</b>	<b>7</b>
Section 1 Genèse du concept de service public hospitalier	8
§1- L'expérience du possible.....	13
A- L'empirisme premier du soin et du droit .....	13
B- L'adaptabilité moderne .....	21
§2- Un contenu mental .....	27
A. Une origine transcendantale .....	29
B. La conquête de l'immanence .....	31
Section 2 : Permanence, mutation, renouveau du service public hospitalier	37
§1- La poursuite du changement permanent ?.....	39
§ 2- La permanence dans le renouveau ?.....	43

## ***PARTIE I - MUTATIONS ET PERMANENCES DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ..... 51***

### **TITRE 1. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER EN MUTATION PERMANENTE ..... 51**

#### **CHAPITRE 1 : LA REFORME JURIDIQUE DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER..... 53**

- a) Un contexte socio-sanitaire..... 54
- b) Une approche politique inédite.....55

#### **Section 1 Les changements posés ou contournés par le bloc législatif HPST.....56**

##### **§1- Le « bloc législatif » HPST ..... 57**

##### **A- Un socle juridique ..... 57**

- B- Confluences entre établissements de santé, établissements publics de santé, et établissements médico sociaux..... 58

I.	Les confluences juridiques .....	58
a)	Confluence des systèmes.....	58
b)	Confluence avec la réforme du secteur social et médico-social ...	59
1-	L'héritage de deux trajectoires législatives.....	59
2-	Le rapprochement des « génomes » .....	60
II.	Une pluralité de confluences de missions .....	60
a)	Les missions de l'ensemble des établissements de santé.....	60
b)	Les garanties de service public des EPS et des ESPIC.....	61
c)	Les missions potentielles de service public.....	63
1-	Missions à procédure spécifique .....	65
2-	Mission soumise à autorisation .....	68
3-	Missions à reconnaissance prioritaire .....	69
§ 2-	Les discrétions du bloc législatif HPST .....	73
A-	La neutralité dans le service public hospitalier .....	73
I.	L'abord du concept en établissement de santé .....	73
a)	La neutralité, corollaire de l'égalité .....	74
b)	La neutralité conséquence de la liberté : la laïcité .....	75
II.	La neutralité dans le service public de santé : normativité et réalité..	76
a)	Les champs d'application : personnels et usagers .....	77
b)	La neutralité des établissements de santé publics et privés dans le cadre des missions de service public .....	81
B-	L'infléchissement libéral de la législation HPST par la loi Fourcade .....	83
I.	La législation de 2009-2010 et le Comité de suivi 2011 .....	83
II.	La législation de 2011 .....	84
a)	Les innovations de la loi Fourcade .....	86
b)	Les modifications de l'existant .....	87
c)	Bilan : une discontinuité des objectifs et des concepts .....	89
Section 2	La recomposition permanente induite par le bloc législatif HPST .....	90
§-1	La continuité d'objectifs des réformes hospitalières .....	90
§-2	Un retour à une forme première de service public hospitalier .....	93
A.	Une fonctionnalité d'ordre non économique .....	93
B.	Une fonctionnalité d'ordre matériel d'intérêt général .....	94
Conclusion du Chapitre 1	.....	96
CHAPITRE 2 : LA TRAJECTOIRE DE MANAGEMENT DE L'HÔPITAL	.....	95
Introduction : L'affirmation d'un contexte concurrentiel		
Section 1	Les avancées du nouveau cadre de management de l'hôpital public .....	97
§1-	Un nouveau management interne .....	99
A-	La déconcentration dans des pôles d'activité.....	99
I.	La déconcentration fonctionnelle, managériale et juridique .....	100
a)	Le chef de pôle .....	100



b)	La délégation attribuée au chef de pôle .....	101
II.	Une déconcentration managériale par l'équipe de pôle .....	101
a)	De nouvelles fonctionnalités .....	101
1-	La chefferie de pôle .....	101
2-	Le « quatuor » de pôle .....	101
b)	De nouveaux outils : novations et omissions .....	102
1-	Le projet de pôle .....	104
2-	Le contrat de pôle .....	104
3-	L'intéressement .....	105
B-	La gouvernance nouvelle : un management institutionnalisé .....	106
I.	Une structuration juridique de pouvoirs et de responsabilités .....	108
a)	Deux pouvoirs majeurs : .....	108
1-	Le directeur, président du directoire .....	108
2-	Le président de la CME .....	109
b)	Des instances mineures cherchant leur existence .....	110
1-	Avec un pouvoir décisionnel relatif : Conseil de surveillance, directoire, CHSCT.....	110
2-	Avec une influence consultative technique : CME, CSIRMT, CTE.....	112
II.	La gouvernance, fonctionnalité de personnalisations .....	115
a)	Une mixité entrepreneuriale de composantes humaines .....	115
b)	Un cadre institutionnalisé de compétition de personnes .....	116
§ 2-	Le management compétitif dans l'intérêt du patient .....	117
A-	La gestion systémique et continue de la qualité et de la sécurité.....	117
I.	Une gestion institutionnalisée .....	118
II.	Une publicité des résultats .....	119
B-	La mutabilité par l'adaptabilité aux besoins .....	120
I.	L'analyse globale de l'efficacité .....	120
a)	L'efficacité médico économique en EPS .....	120
b)	La transposition en EHPAD .....	124
II.	La gestion des projets .....	125
a)	Le management de projet .....	126
b)	Le projet d'établissement .....	128
Section 2 :	Le cadre de management de l'hôpital public : insuffisances et objectifs	128
§1-	Ecouter autrement les usagers .....	129
a)	Les expressions de l'utilisateur .....	129
b)	Les expressions des représentants des usagers .....	134
A-	Les enjeux .....	135
I.	Une composante du management : le dialogue avec le patient- client	135
a)	Droits de créance, droits à l'autonomie et à la dignité .....	136
b)	Droits de représentation.....	136
1-	Panorama .....	137
2-	Une opérationnalité immature .....	139
II.	La médecine de ville, l'hôpital et l'utilisateur .....	139
a)	Des constats et des ouvertures juridiques .....	140
b)	Des initiatives ponctuelles.....	141
B-	La nécessité de nouvelles logiques .....	143
I.	Intégrer dans le management la participation des usagers par leurs représentants .....	144
a)	Vers une nouvelle obligation fondamentale de service public ...	144
b)	Vers un droit statutaire du représentant des usagers en EPS .....	146

II.	Un nouveau positionnement juridique du représentant de l'utilisateur .	147
a)	Donner au représentant des usagers un droit à agir .....	148
b)	Vers une alternative de désignation et d'instance .....	148
1-	Une désignation associative doublée d'un second mode de désignation .....	150
2-	Vers une instance d'examen de la qualité des soins par le client.....	150
§ 2-	Reconsidérer la gestion des ressources humaines à l'hôpital. ....	150
A-	Enjeux et logiques du management des ressources humaines à l'hôpital ...	151
I.	Donner un sens à la mission de chacun .....	153
a)	Quel hôpital et quelle mission particulière pour ses personnels .	153
1-	Les missions de l'hôpital et de ses personnels .....	154
2-	Le projet d'établissement et le projet social .....	155
b)	Les doutes contemporains .....	155
II.	Les particularités de gestion de la sphère publique .....	156
a)	Le statut des personnels non médicaux .....	157
1-	Le CTE .....	157
2-	La fonction publique hospitalière .....	157
b)	Une gestion des personnels médicaux .....	159
1-	Les praticiens statutaires .....	159
2-	Le médecin intérimaire .....	163
B-	Les réingénieries de la gestion des ressources humaines à l'hôpital .....	164
I.	Des réingénieries quantitatives ou structurelles .....	165
a)	Améliorer l'efficacité des ressources humaines .....	165
1-	Gestion globale de l'effectif et gestion du temps de travail .	165
2-	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences .....	168
b)	Associer le personnel à l'avenir .....	170
1-	Ouvrir la coopération avec le personnel .....	170
2-	La coopération par les hommes .....	171
II.	Des réingénieries qualitatives .....	172
a)	La motivation .....	173
b)	La qualité de vie au travail .....	174
	Conclusion du Chapitre 2 .....	174
	CONCLUSION du Titre 1.....	175

## **TITRE 2. LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER**

### **DANS LA PERMANENCE DE SON ETRE ..... 176**

#### CHAPITRE 1 : LA PERMANENCE D'UN PARADIGME NATIONAL ..... 176

##### Section 1 Les servitudes de droit de l'établissement public de santé ..... 179

##### §1- Les obligations liées à la nature d'établissement public de santé ..... 179

##### A- Servitudes d'établissement public ..... 179

##### I. L'impact du statut de la fonction publique hospitalière ..... 180

##### II. L'obligation de la gestion de trésorerie par le Trésor public ... 181

B-	Servitudes d'établissement public de santé .....	184
I.	Le statut des collaborateurs .....	184
a)	Les médecins .....	184
b)	Les autres personnels .....	185
II.	Au plan tarifaire et fiscal .....	186
§2	La dialectique des garanties législatives de service public apportées au patient .	187
A-	Les contorsions des articles 6112-1, 6112-3 et 6112-3-1 CSP .....	187
B-	Garanties de service public hospitalier : servitudes et pérennité .....	190
I.	La permanence de l'accueil et de la prise en charge .....	190
II.	L'égal accès à des soins de qualité, adaptés, tarifés .....	190
III.	L'adaptabilité ou mutabilité des articles L. 6131-2 et 6141-7 .....	193
Section 2	Les servitudes de fait d'établissement public de santé .....	194
§1-	Les missions optionnelles de service public .....	194
A-	Les quatorze missions de service public .....	194
B-	Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation .....	196
§2-	Les missions de l'intérêt général institutionnel .....	198
A-	Missions d'appartenance à la sphère publique .....	198
B-	Une mission d'ordre politique .....	202
I.	Participation à la modernisation du système de santé .....	202
II.	Une mission diffuse d'équilibre socio-économique .....	203
	CONCLUSION du chapitre 1 .....	205
CHAPITRE 2 :	A LA RECHERCHE DE NOUVELLES PERTINENCES .....	206
Section 1	La stratégie de de groupe par la coopération .....	206
§1-	Les outils de la coopération .....	208
A.	La coopération dans le domaine sanitaire .....	209
I.	La communauté hospitalière de territoire (CHT) .....	209
II.	Le groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS) .....	209
III.	Des coopérations d'exercice professionnel .....	211
B.	La coopération des établissements sociaux et médico sociaux .....	212
§2-	Résultats, limites et dépassement .....	215
A-	Bilan juridique et sanitaire des regroupements, GCS et fusions .....	215
I.	Un renouveau de service public ? .....	215
II.	Un renouveau sanitaire ? .....	216
B-	Projet de loi instaurant une mission de service public de coopération .....	217
Projet de loi n° 1		218
Section 2	Le service public de l'hôpital vers d'autres pertinences ? .....	219
§1	Les paramètres de bonne indication sociale .....	219
A.	Au plan de la personne .....	219

B. Au plan politique, économique et social .....	221
§2 Les pertinences sanitaires et économiques d'un paradigme original .....	221
A. La pertinence institutionnelle de santé publique .....	222
I. Approche de la vision objective du client-patient .....	222
II. Approche de la vision subjective du client-patient .....	223
a) « La qualité est ce qu'en dit le client » .....	223
b) La confiance en une institution .....	223
1- La confiance en l'hôpital .....	223
2- Le revers : la problématique des urgences .....	224
B. La pertinence économique, sociale et politique .....	226
I. Des redressements tendanciels du service public hospitalier .....	226
a) Redressement financier .....	226
b) Redressement structurel .....	228
II. Des améliorations de la prise en charge socio-politique .....	229
a) L'accélération des prises en charge .....	229
1- La diminution des durées de séjour .....	229
2- Les limites de la productivité, la pertinence des actes .....	230
b) Vers une meilleure pertinence d'insertion civile .....	230
1- Une reconnaissance de rôle organique d'intérêt général .....	230
2- Le retour à un rôle traditionnel vers les fractures sociales ...	231
CONCLUSION du Chapitre 2 .....	233
CONCLUSION du Titre 2 .....	233
CONCLUSION de la Partie 1 .....	234

## ***PARTIE II – POUR UN RENOUVEAU DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ..... 235***

### **TITRE 1. LES ENJEUX D'UN RENOUVEAU DU SYSTEME DE SANTE ..... 237**

- |   |     |
|---|-----|
| a) Que peut-on entendre par « santé » ? ..... | 237 |
| b) Dans quel système de santé ? .....         | 239 |

#### **CHAPITRE 1 : LES ACTEURS ENTOURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER ..... 240**

##### **Section 1 Les acteurs étatiques ..... 240**

##### **§1- L'étatisme central ..... 240**

- |   |     |
|---|-----|
| A. L'impuissance .....  | 242 |
| I. Les fractures sanitaires et les déserts médicaux .....           | 242 |
| II. Un essai d'opérationnalité : le dossier médical personnel ..... | 243 |
| B. Le volontarisme .....  | 249 |

I.	Le vent politique .....	249
II.	La technocratie non opérante.....	252
§2-	Les Agences régionales de santé .....	255
A-	Le rôle administratif conceptuel de l'Etat-ARS .....	255
I.	Le rôle stratégique de l'EtatARS: l'assemblage du système de santé	255
II.	Le rôle d'impulsion sur le système régional .....	257
a)	Un rôle de cadrage par le projet régional de santé .....	257
b)	Le rôle d'incitation de l'Etat-ARS .....	260
1-	Les difficultés .....	260
2-	L'essor d'une impulsion : progression et critique .....	262
B-	Le contrôle de l'Etat-ARS sur les EPS et les ESMS .....	263
I.	Le contrôle .....	263
a)	La tutelle étatique .....	263
b)	Les contrats .....	264
c)	Les autorisations .....	265
II.	La coopération dirigée : une refondation matérielle du service public hospitalier ? .....	267
Section 2 :	Les acteurs décentralisés .....	268
§1-	Les organismes de prévoyance sociale .....	268
A-	Les organismes complémentaires d'assurance maladie .....	268
B-	L'assurance maladie obligatoire .....	268
§2-	Les acteurs de santé .....	269
A-	Acteurs de secteur privé .....	269
I.	La médecine dite libérale .....	269
II.	Les établissements de secteur privé .....	273
a)	Les cliniques de statut commercial .....	273
b)	Les établissements de santé privés d'intérêt collectif .....	275
B-	Les « autres acteurs de santé » du CSP .....	276
I.	Services issus de la loi HPST : maisons et pôles de santé .....	276
II.	Services de santé de la loi Kouchner : centres et réseaux de santé .	277
III.	Les services d'hospitalisation à domicile .....	278
CONCLUSION	du Chapitre 1 .....	278
CHAPITRE 2 :	LE CONTEXTE ET LES STRATEGIES D'UN RENOUVEAU ..	279
Section1	Un contexte d'urgence sociétale .....	279
§1-	Une somme de besoins individuels .....	280
§2-	Le dérapage systémique des dépenses sociales .....	280
Section 2	Des stratégies identifiées .....	283

CONCLUSION du Chapitre 2 .....	286
CONCLUSION du Titre 1 .....	286

**TITRE 2. INSTAURER DEUX NOVATIONS DE SERVICE PUBLIC .....287**

CHAPITRE 1 : VERS UNE MISSION DE SERVICE PUBLIC DE SANTE DE TERRITOIRE .....

Section 1 Des composantes de l'approche .....

§ 1- Des précurseurs .....

A- Acteurs dispersés et sans cohérence globale .....

I. Les centres de santé .....

II. Les ex-hôpitaux locaux .....

B- La cancérologie, vers un parcours global de vie .....

I. Les plans cancer .....

II. La situation du cancer en France en 2012 .....

§ 2- Composantes de santé publique et schéma de service public de santé de territoire.....

A- Des composantes de santé publique à opérationnaliser .....

I. Conceptualisation des inégalités sociales de santé (ISS) .....

II. Les déterminants des ISS à privilégier .....

B- Le schéma de service public de santé de territoire .....

I. Dans un projet régional de santé .....

II. Les inflexions nécessaires .....

Section 2 Opérationnalisation d'un schéma de service public de santé de territoire

§1 L'utilisation autour du patient des outils de rapprochement des acteurs .....

A- Des offreurs de services de santé .....

I. Se rapprocher pour coopérer : maisons et pôles de santé .....

II. Coopérer pour se rapprocher du patient : centres et réseaux .....

B- Pour une meilleure pertinence du service de santé .....

I. Une pertinence à définir, orienter, utiliser .....

a) L'organisation de l'offre de soins de recours .....

b) Le financement des offreurs de services de santé .....

II. Une indispensable autonomie pour un service public en santé .....

§2 La mise en œuvre d'un service public de santé de territoire .....

A- L'appel à projet .....

B- L'insertion dans le code de la santé publique .....

**TEXTE PROPOSE DE PROJET DE LOI N°2..... 309**

CONCLUSION du Chapitre 1 .....

CHAPITRE 2 : VERS DES POLES HOSPITALIERS INTERPROFESSIONNELS DE SANTE .....	311
Section 1 Contexte et enjeux .....	311
§1 Le paradigme d'action des Agences régionales de santé .....	311
A. Le canevas et les limites de l'action des ARS .....	312
I. Le pacte « territoire - santé » .....	312
a) Action sur la formation des jeunes médecins .....	312
b) Action sur l'installation des jeunes médecins .....	314
II. Les limites d'un tel pacte et les possibles actions régionales .....	314
a) Rapprocher certains acteurs et exercices de santé .....	315
1- Se rapprocher des patients .....	316
2- Décentraliser les structures .....	316
b) Procéder à des adaptations territoriales .....	316
B. Un acteur potentiel de service public de santé de territoire .....	316
I. L'apport potentiel du service public hospitalier .....	316
II. L'apport à l'essence même du service public hospitalier .....	317
a) L'hôpital doit s'extra territorialiser .....	318
b) L'hôpital doit aller à la rencontre des plus faibles .....	319
§2 Une nécessaire expérimentation d'un financement différent.....	319
A- La rémunération à l'acte, frein à la coordination des soins.....	319
I. La rémunération personnelle à l'acte.....	319
II. Un frein à la coordination des soins.....	321
a) En cabinet libéral.....	321
b) En établissement de soins .....	321
B- Proposition d'un système de financement plus adapté .....	322
I. Rémunérations d'action d'intérêt général .....	323
II. Compensations par les ARS .....	325
Section 2 La potentielle action fédératrice et promotrice des EPS .....	326
§1 Les opportunités de création de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (PHIS).....	328
§2 Les modalités d'établissement de pôles hospitaliers interprofessionnels de santé (PHIS) .....	329
A- Fonctionnement juridique, médical, administratif .....	330
I. D'abord créer un centre de santé .....	330
a) Caractères communs à tous les centres de santé .....	331
b) Les centres de santé gérés par des établissements de santé.....	332
II. Puis créer un pôle de santé .....	332
a) Les vecteurs matériels, humains, structurels .....	333
1- Localisation et conception architecturale .....	335
2- Les ressources humaines .....	336
b) Structuration institutionnelle et approche européenne .....	337
B- Un fonctionnement économique et une insertion dans le CSP .....	337
I. Un fonctionnement économique .....	337

a) L'équilibre micro économique.....	337
1- L'investissement, immobilier et d'équipement .....	337
2- Les modes de rémunération .....	338
b) L'approche macroéconomique des dépenses sociales .....	339
II. Une insertion dans le code de la santé publique.....	339
<b>TEXTE PROPOSE DE PROPOSITION DE LOI N° 3 .....</b>	<b>339</b>
CONCLUSION du chapitre 2 .....	340
CONCLUSION du Titre 2 .....	342
CONCLUSION de la Partie 2 .....	343
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>344</b>
<b>PUBLICATIONS CONNEXES .....</b>	<b>352</b>
<b>INDEX ALPHABETIQUE .....</b>	<b>354</b>
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>358</b>
<b>NOTE DOCUMENTAIRE, JURISPRUDENCE .....</b>	<b>362</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>361</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>373</b>
<b>ANNEXES pages suivantes : .....</b>	<b>381</b>
<b>Annexe 1 : Pré-Plan blanc</b>	<b>383</b>
<b>Annexe 2 : Les hôpitaux de la région de Castres (Tarn), treize siècles d'adaptation et de permanence</b>	<b>387</b>

## **ANNEXE 1 : PRE-PLAN BLANC**

(Extrait du journal d'établissement délivré, avec son bulletin de salaire, à chacun des 3500 collaborateurs du Groupe hospitalier Sud-Réunion –alors dirigé par l'auteur) :



# HÔPITAUX DU SUD ACTUALITES

*GROUPE HOSPITALIER SUD RÉUNION*

Hôpitaux de Saint-Pierre, Le Tampon, Saint-Louis, Saint-Joseph, Cilaos, et centres  
de santé mentale du Sud de la Réunion

Numéro 87

Mars 2006

Mobilisation des moyens du GHSR pour faire face à  
l'épidémie de Chikungunya

Des mesures graduées ont été définies depuis une réunion conjointe Direction/Médecins/Direction des soins, base d'une adaptation permanente de nos moyens en fonction de l'évolution de l'épidémie.

#### Niveau 1 : application

- renforcement du service de suppléance (SICS) et du nombre de contractuels, grâce au marché local de l'emploi, pour faire face à l'augmentation de l'activité et remplacer les personnels touchés par le virus.
- en accord avec le CHSCT et le CLIN (infections nosocomiales), mesures de protection des patients et personnels.
- optimisation du recensement des lits vacants (effet 20 lits).
- ajouts préprogrammés de lits supplémentaires : environ 18 lits d'adultes et 7 lits d'enfants (effet 25 lits) : 7 lits d'adultes et 7 d'enfants sont déjà activés, •mobilisation des capacités des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'hospitalisation à domicile (HAD). Appel à des volontaires de la Croix-Rouge, afin de visiter les patients âgés (mesure applicable dans nos maisons de retraite) ou isolés. Effet total 20 lits.
- accueil de pédiatres et urgentistes métropolitains
- installation, les fins de semaine, d'un médecin libéral aux urgences
- lien établi avec le service de santé des armées
- augmentation des capacités en matériels et personnels du laboratoire de virologie

#### Niveau 2 : en cas d'augmentation des besoins (début d'application)

- ajout de 5 lits en pédiatrie 5, (personnel SICS + 6 IDE et matériels).
- mise à disposition de lits par les services de chirurgie (protocoles médicaux établis). Puis, mobilisation si besoin de la totalité des lits de chirurgie de spécialité (effet 22 lits) et répartir l'activité dans les autres services de chirurgie.
- plan de renfort pour les urgences à envisager (4ème équipe IDE en cours de constitution et commande de brancards de soins d'urgence).
- Utilisation de lits de la clinique Durieux (effet 10 lits)
- Accélération de l'ouverture de 2 lits supplémentaires dans la nouvelle Réanimation polyvalente. Personnel spécialisé métropole + retraités + IADE

#### Niveau 3 : forte augmentation des besoins

- extension des installations de nourrissons et de néonatalogie dans les locaux de l'ex-réanimation au 2<sup>ème</sup> étage pour créer au total VL nouveaux lits. 30 personnels paramédicaux spécialisés sont nécessaires (appel préprogrammé aux retraités spécialisés) ainsi que du matériel biomédical dont une partie nous est apportée ou a été requise. Puis, éventuellement, transformation de 4 lits de chirurgie infantile en 4 lits nourrisson.
- création d'une unité d'hospitalisation supplémentaire de 10 lits de médecine adulte en prolongement des lits porte, dans le centre d'accueil des urgences médico-psychiatriques (CAUMP) qui est terminé mais non encore utilisé. Personnel nécessaire : 17 agents.
- Report des hospitalisations non urgentes.

#### Niveau 4 = Plan blanc (pour mémoire)

22 places supplémentaires en cours d'opérationnalisation sous le service des urgences.

Le Directeur.

## ANNEXE 2 : LES HÔPITAUX DE LA REGION DE CASTRES (TARN)<sup>849</sup>, TREIZE SIECLES D'ADAPTATION ET DE PERMANENCE

### Implantations, origines, dénominations, chronologie

Les hôpitaux successifs de la ville de Castres et de sa région, constituent un exemple, parmi tant d'autres sur le territoire de France, de l'adaptation permanente, variée et autonome de l'institution hospitalière à une population.

L'auteur les a dirigés de 1982 à 1998 et leur a consacré une monographie à cette occasion.

Leur histoire débute au VIIe siècle, à Bellecelle, entre Castres et Mazamet, à l'endroit où s'ouvrira en 2010, quatorze centaines d'années après, le Centre hospitalier intercommunal de ces deux villes...

Entre temps, se succèdent les naissances de huit autres établissements distincts.

A partir des années précédant 814, l'hôpital du monastère bénédictin autour duquel la ville de Castres s'est organisée, officiera pendant cinq siècles, outre une léproserie.

Prendront le relais de son déclin, à partir respectivement de 1213, avant 1304 et avant 1269, les hôpitaux de la Trinité, Notre-Dame, qui ne résisteront pas aux bouleversements du XVIe siècle, et l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques.

Cet Hôtel-Dieu Saint-Jacques, fondé par un certain Pierre Dert pour accueillir notamment les pèlerins en route pour Saint-Jacques de Compostelle qui faisaient étape à Castres pour y vénérer les reliques de Saint-Vincent. D'abord édifié sur un terrain exigu formant aujourd'hui la place Fagerie, il est transféré en 1724 sur son emplacement actuel dans une maison léguée par le Chanoine Jacques Fournials. Au cours du demi-siècle suivant, le renforcement de la garnison militaire et l'installation des Sœurs de Saint Vincent de Paul (1765) contribuent à son développement. Au XXe siècle, sont entreprises à l'initiative des Sœurs Richard, Audenet et Peschaut, de nombreuses constructions qui le constituèrent hôpital régional jusqu'en 1960.

Converti en 1990 en Résidence pour personnes âgées sous le nom de Villégiale Saint-Jacques, il totalise en ce début du 21<sup>e</sup> siècle environ 750 ans de services...

L'Hôpital Général fut organisé en 1689 à la demande de Louis XIV comme partout en France en vue d'enfermer les mendiants, puis se transforme en asile de vieillards et en orphelinat.

---

<sup>849</sup> ARTIGAUT (R.) et ROMANENS (J.-L.), *Mille ans d'hôpitaux à Castres*, Centre Hospitalier Général de Castres (TARN), juin 1991, 73 p., Bibliothèque municipale de Castres, Centre de documentation, [www.cerac-archeopole.fr](http://www.cerac-archeopole.fr), pages 8 et 9 ; *Historique des hôpitaux de Castres*, Centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet, 1989.

Reconstruit et développé à partir de 1830 grâce aux municipalités et aux legs de personnes charitables, choisi en 1960 pour poursuivre la mission de soins lourds de l'Hôtel-Dieu Saint Jacques, il est fermé en 2010 après plus de trois cents ans de service public.

En ce début du XXI<sup>e</sup> siècle, L'Hôpital des Monges, la Villégiale Saint-Jacques, le Centre hospitalier Castres Mazamet sont les héritiers de « mille ans » d'histoire, pour le moins mille quatre cents ans de service.

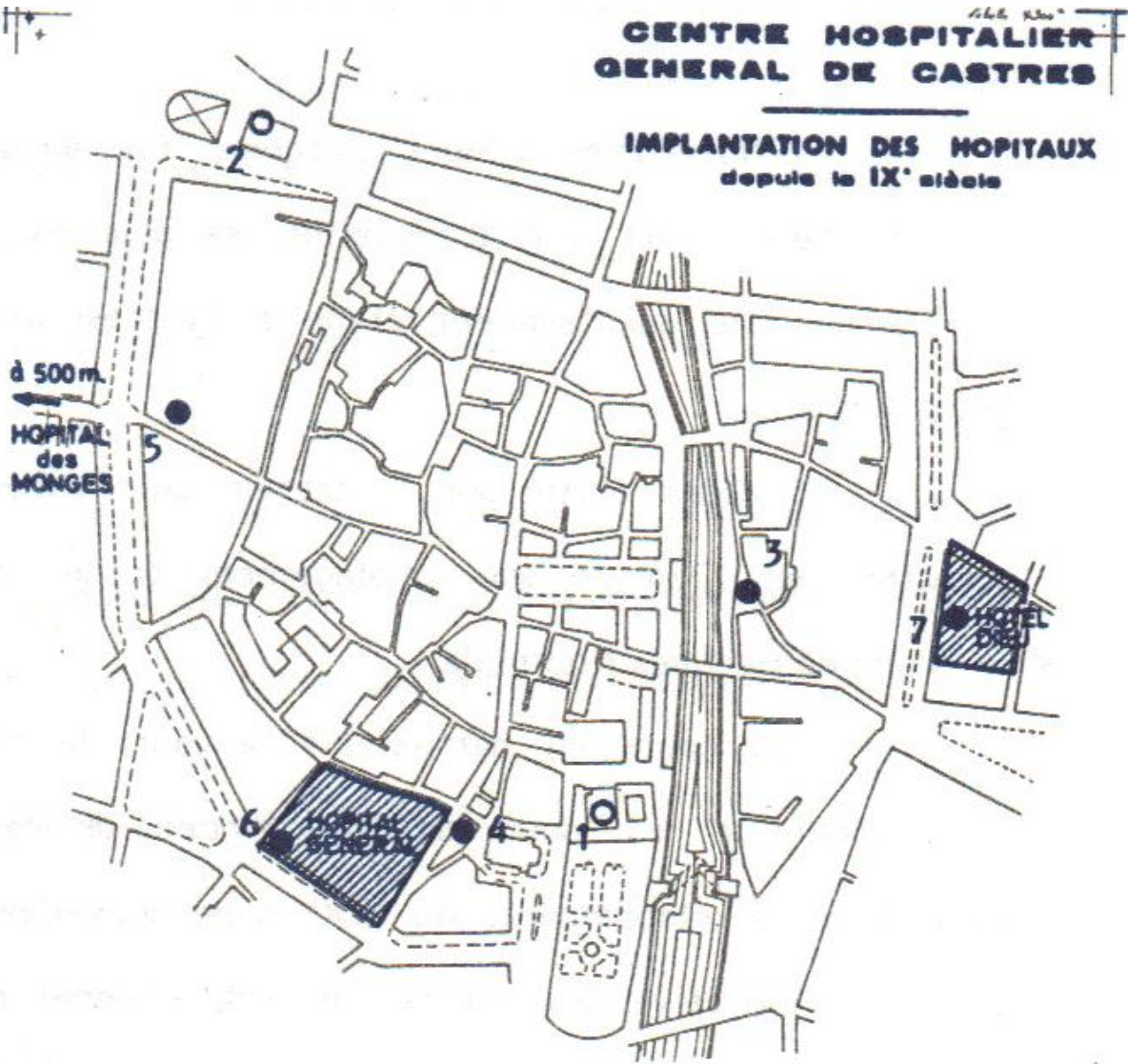
Avec le départ en 1992 de la Communauté des Sœurs de la Charité, ils sont contemporains de la fin de d'un lien direct avec la religion et l'Eglise chrétienne dont ils gardent toujours les valeurs de charité.

A leur petite échelle spatiale, à leur immense trajectoire temporelle atteinte par nulle autre institution régionale, ils témoignent assez fidèlement des mutations mais aussi des permanences d'un concept d'intérêt supérieur qui sera dénommé tardivement service public. Ce service public, les hôpitaux de Castres l'ont, comme d'autres ailleurs, localement initié, formé, entretenu, précisé en fonction des époques qu'ils servaient et ses valeurs d'universalité, de mutabilité, de permanence et de renouveau constant.

Jean-Louis ROMANENS, Directeur, juin 1998.

# CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE CASTRES

**IMPLANTATION DES HOPITAUX**  
depuis le IX<sup>e</sup> siècle

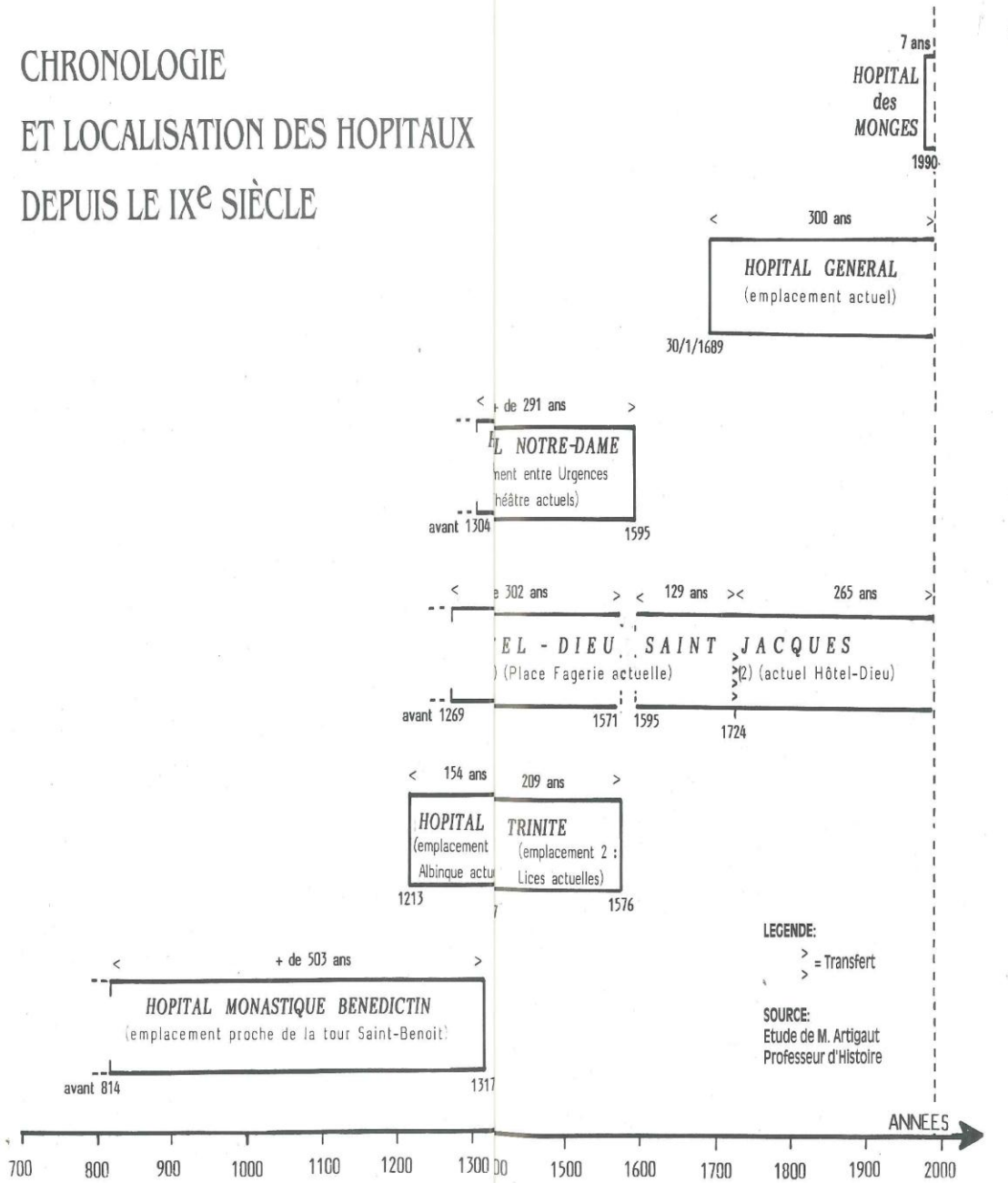


## LEGENDE

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>HOPITAUX ANCIENS</b>               |   |
| ○ dont la localisation est incertaine | 1 Hôpital monastique avant 814-1317 (?)   |
| ● dont la localisation est certaine   | 2 Hôpital de la Trinité 1 1213-1367       |
| <b>HOPITAUX ACTUELS</b>               | 3 Hôtel-Dieu St Jacques 1 avant 1269-1724 |
| ▨ Hôpital Général                     | 4 Hôpital Notre Dame avant 1304-1595      |
|                                       | 5 Hôpital de la Trinité 2 1367-1578       |
|                                       | 6 Hôpital Général 1689                    |
|                                       | 7 Hôtel-Dieu St Jacques 2 1724            |

Carte dressée par R. ARTIGAUT  
cartographie D. BASTIER

# CHRONOLOGIE ET LOCALISATION DES HOPITAUX DEPUIS LE IX<sup>e</sup> SIÈCLE



Montpellier, le .....

Le Président de l'Université Montpellier I

Philippe AUGE