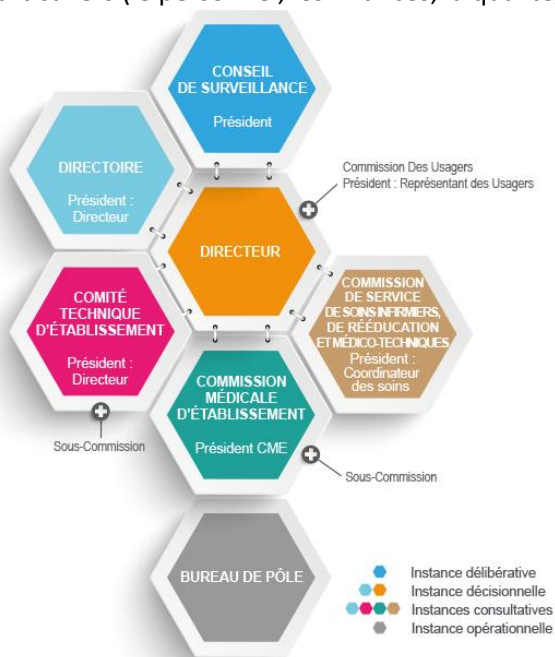


La loi HPST « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 29 juillet 2009 a réformé l'organisation hospitalière.

Tous les établissements publics de santé (EPS) sont dotés d'une autonomie administrative et juridique, dans un cadre normé fixé par l'autorité de tutelle, **l'Agence Régionale de Santé** de la région (ex. Grand Est), notamment pour les activités médicales autorisées.

La conduite de l'établissement est confiée à un directeur général, conseillé par le Directoire, qui regroupe des représentants du corps médical et infirmier et entouré d'une équipe de directeurs adjoints chargés de secteurs particuliers (le personnel, les finances, la qualité, les équipements, les travaux, l'informatique...).



Une réforme à la loi HPST a été apportée par différents textes législatifs parus en 2021 :

- Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification dite loi « Rist »
- Ordonnance n° 2021-291 du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Décret n° 2021-675 du 27 mai 2021 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé dite loi « OTSS »
- Décret n° 2021-676 du 27 mai 2021 relatif aux attributions des présidents de commission médicale de groupement et de commission médicale d'établissement.
- CIRCULAIRE N° DGOS/CABINET/2021/182 du 6 août 2021

Pour les grandes décisions stratégiques ou budgétaires, le directeur général en étroite collaboration avec le président de la Commission Médicale d'Etablissement qui réunit les représentants des médecins, sollicite la délibération du Conseil de Surveillance, qui s'appuie sur les avis donnés par différentes instances :

- le Comité Technique d'Etablissement qui rassemble les représentants syndicaux et donne des avis sur les organisations de travail,
- la Commission des Soins,
- la Commission des Usagers...

En résumé

Le directeur de l'établissement a un pouvoir décisionnel. Pour gérer un EPS (établissement public de santé), le directeur est aidé par différentes instances. La plupart des commissions ou instances de l'établissement sont **consultatives** c'est-à-dire donne un avis.

Le Conseil de surveillance est par contre une instance **délibérative** c'est-à-dire que ces membres débattent et votent les grandes décisions stratégiques et budgétaires de l'établissement en s'appuyant sur les avis des instances consultatives.

1. Le directeur

Il dispose de très larges pouvoirs dans la conduite de l'établissement qu'il exerce en propre ou après concertation du directoire.

Il a un pouvoir de nomination (dans l'établissement), de proposition de nomination (avec le CNG pour les médecins) et d'admission par contrat de professionnels libéraux.

2. Les instances délibératives

A. Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance est composé de trois collèges.

- ➔ un collège des « élus » (= représentants des collectivités territoriales ou de leur regroupement, maire de la commune ou son représentant, Président du Conseil Général ou son représentant)
- ➔ Un collège de représentants des personnels médicaux et non médicaux : au moins 1 membre de la CSIRMT, les autres répartis entre syndicats et représentants de la CME.
- ➔ Un collège de « personnalités qualifiées » 2 désignées par l'ARS les autres par le Préfet.

Le nombre de membres devant être identique, le conseil de surveillance comprend soit 9 soit 15 membres.

Seule la désignation des membres du conseil de surveillance relevant du collège des représentants des personnels médicaux et non médicaux incombe aux établissements.

- Le conseil de surveillance élit son président parmi les membres du collège des élus et du collège des personnalités qualifiées.
- Le conseil de surveillance comprend également des membres dotés d'une voix consultative (Président CME, responsable du Comité Ethique, représentants des usagers...)
- Plusieurs incompatibilités sont posées par la loi dont celle, de membre du conseil de surveillance et de membre du directoire.

Un praticien membre du directoire ne pourra représenter la CME au conseil de surveillance. De même le résident de la CSIRMT, membre de droit du directoire, ne pourra siéger au conseil de surveillance. Toutefois, le président de la CME, vice-président du directoire possède voix consultative au sein du conseil.

Rôle

- ➔ Compétence générale : se prononcer sur la stratégie et exercer un contrôle permanent de la gestion : suivi des finances des investissements (EPRD)..., nomination et compositions des Pôles...
- ➔ Compétence décisionnelle : délibérer sur le projet d'établissement ainsi que sur le compte financier et l'affectation des résultats
- ➔ Compétence consultative : sur la politique qualité de l'établissement

→ Le directeur doit informer le conseil de surveillance de toute nomination des membres du Directoire.

B. Le directoire

C'est une instance qui conseille et appuie le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Le directeur en est le président de droit. Le président de la CME et le Président de la CSIRMT sont des membres de droits.

Le directeur nomme les autres membres après information du Conseil de surveillance. Les autres membres sont choisis sur une liste proposée par le président de la CME. Ce sont obligatoirement des membres de la profession médicale (médecins, chirurgiens, gynécologues, pharmaciens)

- Prépare le projet d'établissement
- Conseille le directeur dans la gestion et conduite de l'établissement
- Est concerté par le directeur sur la politique de gestion : CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens = Contrat signé avec les tutelles concernant les orientations de l'établissement), politique Qualité, conditions d'accueil et de PEC des usagers. (Rôle consultatif)
- Approuve le projet médical (Rôle décisionnel)

C. La Commission Médicale d'Etablissement (CME)

C'est une instance représentative des docteurs : médecine chirurgie, obstétrique, gynécologie, pharmacie. Son président est considéré comme le N°2 de l'établissement et comme coordonnateur médical en binôme avec le directeur.

Les nouvelles attributions de la CME :

<https://professionnels.roche.fr/pharminlink0/thematiques/economie-de-la-sante/gouvernance-hospitaliere-des-changements-strategiques-a-echelle-des-cme.html>

« Au sein de l'établissement hospitalier

« A l'échelle des structures hospitalières cette médicalisation de la gouvernance se traduit par une forme de rééquilibrage entre la présidence de la CME et la direction. « Les textes prévoient qu'un certain nombre de concertations ou d'avis soient désormais des co-décisions CME/Direction générale », rapporte le Pr Limat. Des co-signatures ou des co-décisions sont exigées sur plusieurs points stratégiques.

Désormais, le président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement, conjointement avec le directeur de l'établissement et après concertation avec le directoire. Ils définissent également la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ils arrêtent aussi l'organisation interne de l'établissement pour les activités cliniques et médico-techniques et procèdent à la nomination ou mettent fin aux fonctions des chefs de pôles d'activité clinique et médico-technique et des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles



de ces mêmes pôles.

Autre élément fondamental : si jusqu'à présent la CME était consultée sur le projet médical d'établissement, désormais, elle est chargée de le préparer, de l'élaborer, de le proposer au directoire et de le piloter.

Enfin, dans une logique de simplification, la loi d'avril 2021 offre la possibilité au directeur de l'établissement de décider, sur proposition conjointe des présidents de CME et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, après consultation du conseil de surveillance, de la création d'une commission médico-soignante se substituant à ces deux commissions. *« Cette option devrait, dans les faits, être davantage saisie par les petits établissements que par les grandes structures »*, suppose le Pr Limat. Et de poursuivre : *« Ce rééquilibrage entre la présidence de la CME et le directeur, avec un basculement vers plus de co-décisions, ainsi qu'un champ d'intervention plus large à l'échelle des investissements et des responsabilités est donc l'une des réponses trouvées par les pouvoirs publics à la crise hospitalière. »*

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Elle est chargée de l'élaboration avec le directeur du projet médical.

C'est une instance qui est consultée et informée sur les différents domaines de la vie de l'établissement : organisation, investissement, financement...

3. Les instances consultatives

A. Les sous commissions de la CME

Pour mener à bien ses missions, la CME peut s'appuyer sur différentes sous –commissions :

- ✓ CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- ✓ CLAN : Comité de liaison Alimentation Nutrition
- ✓ CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
- ✓ COMEDIM : Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux
- ✓ COVIRIS : Comité de Vigilances et gestion des RISques
- ✓ Sous Commissions chargée de l'Éthique Médicale

B. Le Conseil Technique d'Établissement (CTE)

C'est une instance représentative des personnels non médicaux de l'établissement consultée selon les sujets sur les questions relatives au fonctionnement.

Cela concerne les questions délibérées par le conseil de surveillance ainsi que sur la politique sociale, la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et la gestion des risques et le règlement intérieur de l'établissement.

C. La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques = CSIRMT

C'est une instance composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. La CSIRMT est composée de 3 collèges

- ➔ Collège des cadres
- ➔ Collège des infirmiers, des personnels de rééducation (Kiné, ergo, diét.) et médico-techniques (manip radio, personnel de labo...)
- ➔ Collège des aides-soignants

Le nombre de siège à pourvoir est déterminé par le RI de l'établissement dans la limite de 30 membres pour les CH et 40 pour les CHU (autant de suppléants que de titulaires).

Les membres sont élus pour une durée de 4 ans.

La CSIRMT est présidée par un directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique chargée de la coordination générale des soins et se réunit au minimum 3 fois par an.

Participent également à la CSIRMT ;

- ✓ Les autres directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers
- ✓ Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement
- ✓ Un représentant des étudiants de 3^{ème} année et un élève aide-soignant nommés par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation
- ✓ Un représentant de la CME

A noter : le président de la CSIRMT est membre de droit du directoire.

La CSIRMT est à la fois consultée pour avis et informée, sur toutes les questions liées à l'organisation des soins

Elle est consultée sur :

- le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins
- l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades
- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins
- les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers
- la recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- la politique de développement professionnel continu

Elle est informée sur :

- le règlement intérieur de l'établissement
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L. 6146-2 (recrutement par contrat de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral ainsi que des auxiliaires médicaux)

D. La commissions des usagers (CDU)

Composition

Elle prévoit toujours **au moins** :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet
- Un médiateur médecin et son suppléant
- Un médiateur non médecin et son suppléant
- Deux représentants des usagers et leurs suppléants

Le responsable de la politique qualité participe aux réunions de la CDU mais ne dispose pas d'une voix délibérative.

La **présidence** ou la **vice-présidence** de la commission peut être assurée par un représentant des usagers.

D'autres **membres facultatifs** peuvent composer la commission, selon le statut de l'établissement :

- Le président de la Commission médicale d'établissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de la commission
- Le représentant de la Commission du service des soins infirmiers et son suppléant
- Un représentant du personnel et son suppléant
- Un représentant du Conseil d'administration ou de surveillance et son suppléant

Missions

La CDU:

- Participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers
- Est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME)
- Se saisit de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données
- Est informée des événements indésirables graves (EIG) et des actions menées par l'établissement pour y remédier
- Recueille les observations des associations de bénévoles dans l'établissement
- Propose un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions après consultation des représentants des usagers et des associations de bénévoles

Elle continue d'être informée de l'ensemble des réclamations déposées par les usagers ainsi que des suites qui leur sont données.

La **liste nominative et actualisée des membres** de la commission est :

- affichée dans l'établissement
- remise dans le livret d'accueil

L'auteur d'une réclamation peut **se faire accompagner d'un représentant des usagers** pour la rencontre avec le médiateur.



Les **coordonnées à jour des représentants des usagers** sont inscrites sur les documents à destination des patients de l'établissement.

E. Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Le CHSCT exerce une mission de prévention, d'analyse, d'inspection et d'amélioration en matière d'hygiène, de conditions de travail et de santé.

F. Les Commissions Administratives Paritaires (CAP)

Les Commissions Administratives Paritaires (CAP) locales ou départementales sont des instances consultatives instituées en vue de la participation des fonctionnaires (par l'intermédiaire des délégués élus) à l'examen des décisions individuelles relatives à leur carrière tel que les avancements d'échelons, de grades, les notations et appréciations, le disciplinaire...

G. Le Comité de Direction (CODIR)

Le CODIR est composé des différents membres de l'équipe de Direction. Il permet aux directeurs de faire le point sur l'activité de l'établissement et sur l'avancement des différents projets.

H. Les pôles d'activités

La loi HPST a pérennisé l'organisation interne de l'activité médicale et médico-technique des hôpitaux publics en pôles.

Les pôles d'activités sont gérés par un médecin, nommé par le directeur de l'établissement. Le chef de pôle est aidé d'un collaborateur cadre de pôle également nommé par le directeur.

Le directeur, après concertation avec le directoire et avis du président de la CME, signe avec le chef de pôle un contrat fixant les objectifs en matière de qualité et de sécurité, les orientations d'activités du pôle (évolution ou développement d'activités), les liens avec les autres pôles, les moyens, le cas échéant les délégations de signature ainsi que les indicateurs de résultats.... Ce contrat d'une durée de 4 ans est ensuite décliné en projet de pôle.

I. L'organisation des services de soins



Le Coordonnateur des soins organise l'activité soignante de l'établissement, sous la responsabilité du directeur d'établissement. Il s'assure donc de la mise en œuvre du projet de soins élaboré en CSIMRT.

Cela nécessite l'implication de l'ensemble des professionnels des unités de soins qui sont sous sa responsabilité :

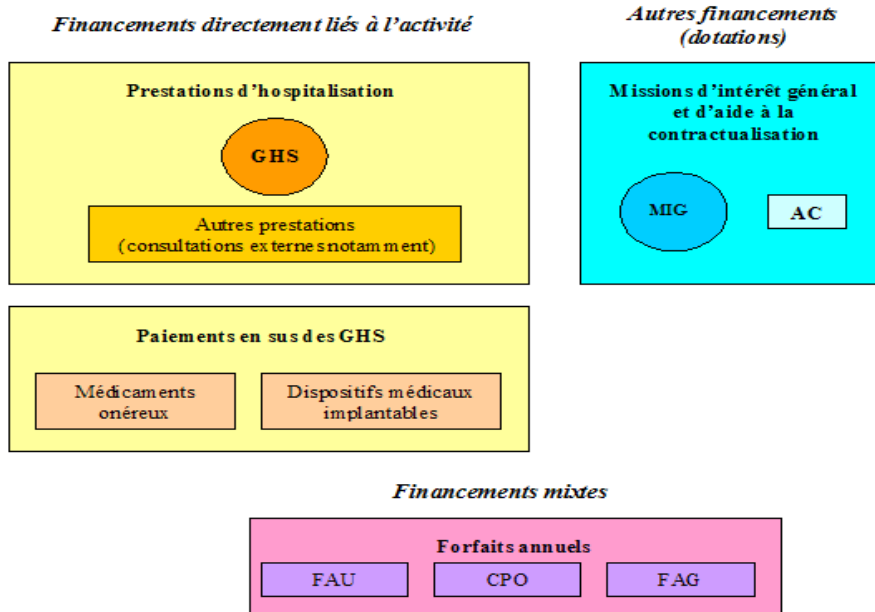
- Les cadres de pôle
- Les cadres de santé paramédicaux
- Les infirmiers, les puéricultrices, IADE, IBODE...
- Les aides-soignants et auxiliaires de puériculture
- Les Agents de Services Hospitaliers
- Les autres professionnels paramédicaux de l'établissement : Kinésithérapeutes, diététiciens, personnels de laboratoires, préparateurs en pharmacie, assistants sociaux,

J. Financement

L'essentiel du financement des hôpitaux provient à :

- ✓ 8% des complémentaires santé et tiers payant versés directement par les usagers
- ✓ 77 % de l'assurance maladie. Ces sommes résultent des cotisations sociales versées par les employeurs, les salariés et les travailleurs indépendants.
- ✓ Pour le reste de financements particuliers et fonds non directement liés à l'activité et versés par les ARS: médicaments onéreux, Missions d'Intérêt Général (MIGAC), prélèvements d'organes, activités d'urgence ...

Depuis une réforme datant de 2004 (Loi Hôpital 2007), la grande majorité des ressources hospitalières dépend du nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés. Ce mode de financement s'appelle « la tarification A l'Activité » ou T2A. L'établissement déclare son activité réelle et est rétribué en fonction de celle-ci selon des tarifications définies pour chaque pathologie ou type de séjour (GHP GHS) . NB : La T2A concerne les établissements MCO et SSR mais également Médico Sociaux y compris USLD, EHPAD et SSIAD.



GHS : groupes homogène de séjour ;
MIG : missions d'intérêt général ;
AC : aides à la contractualisation ;
FAU : forfait annuel Urgences ;
CPO : coordination des prélèvements d'organes ;
FAG : forfait annuel Greffes

Source : commission des finances, d'après le document réalisé par la MT2A intitulé « La tarification des établissements de santé »
<https://www.senat.fr/rap/r10-686/r10-6861.html>

Chaque établissement doit établir un « **Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses** » (EPRD) validé par les instances de tutelles. Cet EPRD doit être à l'équilibre. Tout au long de l'année, Le Directeur, le Directoire et le Conseil de Surveillance assurent le suivi des recettes réelles et mettent à jour cet EPRD.

31 octobre N-1 : transmission de l'EPRD se basant sur les activités réalisées et les activités prévisionnelles

30 juin N : transmission de l'EPRD réajusté au regard de l'activité réalisée durant les 1er trimestres

30 avril N + 1 transmission de l' « Etat Réalisé des Recettes et des Dépenses »

En cas d'EPRD déficitaire, les tutelles demandent un plan de retour à l'équilibre (PRE). Si les résultats de ce retour à l'équilibre ne sont pas satisfaisant, les tutelles peuvent mettre en place une gouvernance provisoire (remplacement



du directeur par un administrateur provisoire chargé de permettre le retour à l'équilibre financier de l'établissement).

Ces recettes sont consacrées :

- ✓ Titre 1 : Aux dépenses de personnels pour 70 à 80 %
- ✓ Titre 2 : Aux médicaments et dispositifs médicaux (achats y compris UU ou locations)
- ✓ Titre 3 : Aux dépenses à caractères général ou hôteliers (chauffage, repas, blanchisserie)

Titre 4 : Aux amortissements, charges financières et pro