

L'organisation du système hospitalier français repose principalement sur la notion d'**établissement de santé**. Pour obtenir cette appellation, les structures de santé, au premier rang desquelles figurent les établissements publics, doivent obtenir des autorisations préalables de fonctionnement délivrées par l'agence régionale de santé (ARS) en fonction d'indicateurs sociaux, démographiques (nombre d'établissements et de professionnels de santé), économiques (évolution des dépenses de santé et des déterminants de santé) et territoriaux (planification de l'offre de soins par les ARS, territoires de santé, autorisations d'activités sanitaires et d'équipements lourds...). Les établissements font alors l'objet d'une certification.

Les établissements de santé interviennent dans un environnement économique, juridique, sanitaire et financier marqué par la préoccupation constante des pouvoirs publics d'améliorer l'accès aux soins des usagers, d'une part, et d'organiser avec les professionnels de santé, une meilleure qualité et sécurité des soins, d'autre part. Les établissements de santé sont confrontés à trois types d'enjeux :

- l'**accès aux soins** (évolution de la notion de service public, démographie médicale, nombre de professionnels ou d'établissements de santé) ;
- l'**organisation des soins** (notion de territoire de santé, régime d'autorisation et de contractualisation des établissements) ;
- la **qualité** et la **sécurité des soins**.

Un enjeu en termes d'accès aux soins

Face aux risques de « déserts médicaux », entendus comme des territoires où l'offre médicale est insuffisante pour répondre aux besoins de la population, les préoccupations relatives à l'accès aux soins tiennent une place de plus en plus grande pour les usagers.

Aux termes de la loi du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions, l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines [...] de la protection de la santé est garanti (article 1^{er}). De façon plus générale, la sauvegarde de la dignité de la personne humaine contre toute forme d'asservissement et de dégradation est un principe de valeur constitutionnelle (CC, décision n° 94-343 du 27 juillet 1994). Au-delà de ces affirmations, le conseil constitutionnel considère l'**accès aux soins** comme un principe « à valeur constitutionnelle ».

Il incombe donc aux pouvoirs publics de fixer les modalités d'accès afin de pouvoir garantir à tout usager un libre accès aux soins quelle que soit sa situation (par exemple : interdiction de toutes formes de discrimination). Cet accès aux soins dépend néanmoins de multiples facteurs tant démographiques que territoriaux et professionnels, tous étant inscrits dans un contexte d'évolution des missions du service public hospitalier.

Malgré la dégradation de la démographie médicale, l'accès aux soins de ville est en constante recherche d'amélioration et d'optimisation. Quant à l'offre hospitalière, elle connaît de nombreuses restructurations liées à la réforme territoriale et à l'évolution du service public hospitalier (SPH).

L'évolution continue de la notion de service public hospitalier

Reconnus comme exerçant un service public (CE, 21 février 1936, Les armateurs français), les hôpitaux publics sont les « débiteurs naturels » des missions de service public hospitalier. Depuis la loi du 31 décembre 1970, la conception du **service public hospitalier** ne cesse d'évoluer du fait du concours des établissements privés de santé à ces missions comme de l'évolution des missions elles-mêmes.

Créée en 1970, la notion de service public hospitalier a évolué au gré des réformes hospitalières. Supprimant la notion d'établissement participant au service public hospitalier (PSPH), la loi HPST permettait de déléguer une ou plusieurs missions de service public à un établissement de santé y compris à caractère lucratif. Cette conception appelée **démembrement du service public** est abandonnée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS), qui crée de nouvelles obligations pour les établissements de santé privés exerçant des missions de service public (voir tableau 1).

La loi du 21 juillet 2009 définit **14 missions de service public** :

- la permanence des soins ;
- la prise en charge des soins palliatifs ;
- l'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- la recherche ;
- le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- la formation initiale et le développement continu des sages-femmes et du personnel paramédical [...] ;
- l'action d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- l'aide médicale d'urgence [...] ;
- la lutte contre l'exclusion sociale [...] ;
- les actions de santé publique ;

Tableau 1. L'évolution de la notion de service public hospitalier

<p>Loi du 31 décembre 1970</p>	<ul style="list-style-type: none"> – création du service public hospitalier ; – mise en œuvre de la planification sanitaire.
<p>Loi du 31 juillet 1991</p>	<ul style="list-style-type: none"> – instauration du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).
<p>Ordonnance du 24 avril 1996</p>	<ul style="list-style-type: none"> – « régionalisation du système hospitalier » avec la création d'agences régionales d'hospitalisation (ARH) auxquelles est confié le pilotage régional ; – développement de la coopération entre professionnels et établissements de santé afin d'améliorer la prise en charge des patients ; – mise en place d'une procédure d'accréditation des établissements de santé auprès d'une agence dédiée : l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).
<p>Ordonnance du 4 septembre 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> – déconcentration aux ARH de l'ensemble des autorisations des établissements de santé ; – suppression de la carte sanitaire ; – SROS, outil privilégié de planification et de régulation de l'offre de soins.
<p>Loi du 21 juillet 2009</p>	<ul style="list-style-type: none"> – création des ARS ; – approche distributive du SPH : 14 missions de SPH ; – suppression de la notion de PSPH et création du statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) ; – renforcement de la planification sanitaire et médico-sociale par les ARS.
<p>Loi du 26 janvier 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> – nouvelle approche du SPH caractérisée par des missions et des obligations imposées dans l'intérêt général pour les établissements de santé qui y concourent ; – le SPH exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé ainsi que l'aide médicale urgente dans le respect des principes de service public.

- la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement ;
- les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et si nécessaire en milieu hospitalier ;
- 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 ;
- les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté.

Si l'exécution des missions de service public par les établissements publics de santé a été peu modifiée par la loi HPST, il en était différemment pour les établissements privés de santé avec la création d'une nouvelle catégorie d'établissements (en lieu et place des établissements PSPH) : les **établissements de santé privés d'intérêt collectif** (ESPIC). Les modalités d'attribution des missions de service public reposent sur une procédure d'appel à candidatures relevant de l'ARS (décret n° 2012-561 du 24 avril 2012).

■ Les garanties du SPH

Les établissements de santé chargés de missions de service public doivent selon la loi HPST assurer à tout patient :

- un égal accès aux soins ;
- la permanence de l'accueil et de la prise en charge ;
- une prise en charge à des tarifs fixés par l'autorité administrative ou à des tarifs opposables.

La LMSS a souhaité refonder le service public hospitalier en abrogeant la règle de délégation et de démembrement du service public hospitalier conduite par la loi HPST. La loi Santé de 2016 procède à une réécriture des missions de service public hospitalier (SPH) afin d'identifier plus clairement les acteurs de ce service public qu'ils soient du secteur public ou du secteur privé.

Les (nouvelles) missions du SPH

Selon l'article L. 6111-1 du CSP, les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent différentes missions notamment :

- procéder au diagnostic, à la surveillance et au traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes ;
- mener les actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- organiser des soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile ;
- coordonner des soins en relation avec les professionnels de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux ;
- participer à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- mener une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale ;
- participer éventuellement à la formation initiale ou continue ainsi qu'à la recherche.

Ils exercent ces missions « dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité [...] » (article L. 6112-1 du CSP).