

## Qu'est-ce que la maltraitance ? [www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr](http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr) 12/02/24

La maltraitance vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement.

Il existe **plusieurs types de maltraitements** :

- les maltraitements psychologiques : elles se traduisent par une dévalorisation de la personne, des insultes, des menaces, une culpabilisation, des humiliations, du harcèlement... ;
- les maltraitements physiques : coups, mais aussi dans le cas de personnes âgées en perte d'autonomie, des soins brutaux, des contentions non justifiées ;
- les maltraitements sexuels : notamment les viols, les agressions sexuelles, les atteintes sexuelles... ;
- les maltraitements financiers et matériels : vols, fraudes, racketts, procurations abusives, escroqueries... ;
- les maltraitements médicaux : un excès ou une privation de médicaments, une privation de soins, une douleur non prise en charge, des abus de sédatifs... ;
- les maltraitements civiques : limitation des contacts avec l'extérieur...

Les situations de maltraitance peuvent être **ponctuelles ou durables**.

Elles peuvent être **intentionnelles ou non** :

- les maltraitements peuvent être des négligences passives sans intention de nuire. Elles surviennent principalement par manque d'information ou de connaissance, de formation, par épuisement... Les auteurs de ces négligences sont maltraitants sans le vouloir et le savoir.
- les maltraitements intentionnelles sont des négligences actives avec intention de nuire.

**Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle** :

- elle peut survenir à domicile ou en établissement ;
- elle peut être le fait de membres de la famille, du voisinage ou de professionnels ;
- elle peut être le fait de dysfonctionnements organisationnels ou managériaux survenant au sein de l'établissement ou du service.

## À quelle protection a droit un agent public agressé à son travail ?

Vérfifié le 30 janvier 2023 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

Si vous êtes **victime d'une agression** dans le cadre de votre travail ou si vous êtes **poursuivi en justice** en raison de votre activité professionnelle, votre administration employeur doit vous protéger et vous assister. Cette protection que doit vous assurer votre administration employeur s'appelle la *protection fonctionnelle*. Nous vous présentons les conditions de sa mise en œuvre.

Vous pouvez bénéficier de la protection fonctionnelle de votre administration employeur si vous êtes **victime d'une agression dans le cadre de vos fonctions**.

Vous pouvez ainsi bénéficier de la protection fonctionnelle dans les situations suivantes :

- Atteintes volontaires à l'intégrité de votre personne : Actes commis volontairement visant à porter atteinte à la vie physique ou psychique d'une personne : violences entraînant une mutilation ou une infirmité permanente, violences entraînant ou non une incapacité totale de travail, violences habituelles sur un mineur ou sur une personne vulnérable, menaces de commettre un crime ou un délit contre une personne, tortures et actes de barbarie, etc.
- Violences
- Agissements constitutifs de harcèlement
- Menaces
- Injures
- Diffamation
- Outrage : Paroles, gestes ou menaces, écrits ou images de toute nature non rendus publics ou envoi d'objets quelconques adressés à une personne chargée d'une mission de service public, dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de sa mission, et de nature à porter atteinte à sa dignité ou au respect dû à la fonction dont elle est investie

Cette liste n'est pas limitative.

La protection fonctionnelle peut aussi vous être accordée en cas d'atteinte à vos biens (par exemple, en cas de dommage causé à votre véhicule). L'agression peut avoir lieu pendant ou hors de votre temps de travail dès lors que le lien de causalité entre le dommage causé et vos fonctions est établi.

Pour bénéficier de la protection fonctionnelle, **vous ne devez pas avoir commis de faute personnelle**.



**HÔPITAL CLAUDE BERNARD**

**Formation**

**RELATION AVEC LE PATIENT ET AVEC LA FAMILLE : QUELLE PARTICULARITE POUR LE SOIGNANT EN GERIATRIE ?**

RESPONSABLE FORMATION : Mme X

Public	Personnel soignant
--------	--------------------

**OBJECTIFS et PROGRAMME** Formation validant l'obligation de DPC

**OBJECTIFS**

- Actualiser les connaissances sur le processus de vieillissement et les troubles du comportement
- Accompagner les soignants dans la prise de conscience de leurs ressources et de leurs potentiels pour trouver la juste distance dans leur relation aux autres et améliorer la gestion des situations difficiles
- Permettre aux soignants d'analyser leur propre comportement professionnel dans les situations difficiles et l'interaction entre leur attitude et celle du patient et son entourage
- Aider le soignant à rechercher comment et quand utiliser les ressources de la famille et/ou l'entourage
- Clarifier le rôle du soignant dans une relation d'aide et d'accompagnement

**Etape 1 : Evaluer les connaissances et pratiques actuelles des participants**  
Passation d'un quizz en amont de la formation

**Etape 2 : Réalisation de l'action de formation**

- Analyse des représentations du vieillissement et des troubles du comportement
- Comprendre le vieillissement normal et pathologique
- Connaître les signes et les caractéristiques des principales démences
  - Démences corticales: la maladie d'Alzheimer
  - Démences sous corticales
  - Démences fronto temporales
  - Démences mixtes
- Identifier et évaluer les troubles liés aux démences
- Connaître les impacts des troubles sur la communication
- Se réappropriier les bases de la communication
- Mettre en place des attitudes relationnelles adaptées : adapter sa relation dans les techniques de soins
- Identifier le processus et les enjeux de la relation soignant /soigné
  - Le cadre législatif
  - Définition du rôle du soignant et de la place du soigné
- Elaboration d'un plan d'amélioration des pratiques et travail d'intersession

- Analyse des travaux d'intersession réalisés par les participants
- Identifier les enjeux de la relation patient/soignant/famille
- Les recommandations de l'ANESM
- Apprendre à gérer le patient/résident en crise

- que faire et ne pas faire face à ...
- méthode d'analyse d'une situation de crise

Etudes de cas reprenant l'ensemble des apports de la formation :

- Vieillesse
- Impacts relationnels avec le patient et sa famille
- Explications des comportements
- Attitudes à développer

Étape 3 : Amélioration des pratiques et transférabilité des acquis

Les participants élaboreront un support synthétisant les apports de la formation dans un objectif de diffusion des acquis auprès des équipes.

Chaque participant élaborera son propre plan d'amélioration des pratiques en se fixant des objectifs clairs et en identifiant des indicateurs permettant d'évaluer à distance l'atteinte de ses objectifs



**HÔPITAL CLAUDE BERNARD**

Formation |

**PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DEMENTES EN GERIATRIE**

RESPONSABLE FORMATION: Mme X

Public

Personnel soignant

**OBJECTIFS et PROGRAMME Formation validant l'obligation de DPC**

**OBJECTIFS**

Actualiser les connaissances sur le processus de vieillissement et les différentes formes de démence

Favoriser une meilleure compréhension des mécanismes de communication adaptés à la personne âgée démente et son entourage

Etape 1 : Evaluer les connaissances et pratiques actuelles des participants

Passation d'un quizz en amont de la formation

Etape 2 : Réalisation de l'action de formation

Etape 2 : Réalisation de l'action de formation

Analyse des représentations du vieillissement et des troubles du comportement

Comprendre le vieillissement normal et pathologique

Connaître les signes et les caractéristiques des principales démences

Identifier et évaluer les troubles liés aux démences

Connaître les impacts des troubles sur la communication

Se réapproprier les bases de la communication

Mettre en place des attitudes relationnelles adaptées

Apprendre à gérer le patient/résident en crise

- que faire et ne pas faire face à...

- méthode d'analyse d'une situation de crise

Elaboration d'un plan d'amélioration des pratiques et travail d'intersession : Réfléchir au projet de prise en charge de ces patients

Analyse des travaux d'intersession réalisés par les participants : analyse des plans d'amélioration

Chaque participant rappelle les objectifs fixés à la fin de la seconde journée. Il expose la mise en oeuvre du plan d'action avec les points forts et les difficultés rencontrées. Le groupe propose des " solutions " pour les difficultés rencontrées.

Ajustements théorico pratiques si nécessaire

Accompagnement individuel la définition de nouveaux objectifs si nécessaire

Étape 3 : Amélioration des pratiques et transférabilité des acquis

Les participants élaboreront un support synthétisant les apports de la formation dans un objectif de diffusion des acquis auprès des équipes.

Chaque participant élaborera son propre plan d'amélioration des pratiques en se fixant des objectifs clairs et en identifiant des indicateurs permettant d'évaluer à distance l'atteinte de ses objectifs

# CONCOURS INTERNE SUR EPREUVES POUR L'ACCES AU PREMIER GRADE DU CORPS DES ADJOINTS DES CADRES HOSPITALIERS

Ouvert à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris  
à compter du 29 novembre 2023

## EPREUVE ECRITE D'ADMISSIBILITE n<sup>o</sup> 1 BRANCHE GESTION ECONOMIQUE, FINANCES ET LOGISTIQUE

**Epreuve de cas pratique avec mise en situation s'appuyant sur un dossier documentaire remis au candidat, de dix à vingt pages, pouvant comporter des graphiques ainsi que des données chiffrées.**

**Durée : 3 heures**

**Coefficient : 3**

### Sujet :

Vous êtes adjoint des cadres hospitaliers au Centre Hospitalier "Les Hironnelles", un établissement public de santé situé dans une ville moyenne. Fort de ses 500 lits, "Les Hironnelles" offre une large gamme de services médicaux et chirurgicaux à une population variée, allant des nourrissons aux personnes âgées.

L'établissement emploie environ 1200 professionnels de la santé dévoués à offrir des soins de qualité et à assurer le bien-être des patients.

Votre rôle en tant qu'adjoint des cadres hospitaliers est de soutenir la direction dans la gestion administrative et économique de l'établissement. Vous êtes le lien entre les différents services, veillant à ce que les décisions prises répondent aux besoins des patients et à la mission de l'hôpital. Votre objectif principal est d'optimiser l'efficacité opérationnelle tout en garantissant un haut niveau de qualité des soins et services.

À partir des documents fournis en annexes, votre directeur vous demande de lui préparer une note sur le sujet, dans laquelle vous répondrez aux questions suivantes :

1. Identifiez et décrivez trois organes de décision et instances consultatives impliqués dans la gouvernance de votre établissement. Précisez leur rôle et leur composition. (4 points)
2. Après avoir rappelé le mode de financement des établissements hospitaliers vous discuterez du fonctionnement financier d'un établissement public de santé en mettant en avant trois spécificités par rapport à un établissement médico-social. En quoi ces différences peuvent-elles influencer la gestion quotidienne de votre structure ? (4 points)
3. Définissez le rôle des agences régionales de santé (ARS) dans l'organisation du système de santé français. En quoi leur action peut-elle impacter directement votre établissement ? (4,5 points)
4. Analysez l'importance de la participation des usagers dans la prise de décision au sein des établissements de santé. Comment cette participation peut-elle contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services ? (4,5 points)
5. Quels sont les principaux avantages et défis liés à l'utilisation de la tarification à l'activité (T2A) dans le financement des établissements de santé ? (3 points)

## **Documents fournis en annexes :**

### **Annexe 1 : Gouvernance hospitalière : comment un hôpital est-il dirigé ?**

<https://www.vie-publique.fr/fiches/37901-gouvernance-hospitaliere-comment-un-hopital-est-il-dirige>

### **Annexe 2 : L'organisation de l'offre médico-sociale**

<https://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-loffre-medico-sociale>

### **Annexe 3 : Entre T2A et Ondam, quel financement pour l'hôpital ?**

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital>

### **Annexe 4 : Fiche 26 : la représentation des usagers du système de santé**

<https://sante.gouv.fr/archives/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-26-la-representation-des-usagers-du-systeme-de-sante>

### **Annexe 5 : Innovation en santé en région Centre-Val de Loire**

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/innovation-en-sante-en-region-centre-val-de-loire-0>

### **Annexe 6 : Financement des établissements de santé**

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

## ANNEXE 1: Gouvernance hospitalières : comment un hôpital est il dirigé ?

- Le **directeur**, personnage clé dans la gestion d'un hôpital, en est le **représentant légal** et en assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur le personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement des services. La procédure de nomination du directeur diffère selon le type d'établissement.
- Le **directoire**, présidé par le directeur, approuve le **projet médical**, prépare le projet d'établissement et conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'hôpital. La plupart de ses membres sont des personnels de santé de l'établissement, qui peuvent ainsi influencer sur la vie institutionnelle de celui-ci.
- Le **conseil de surveillance** est l'instance décisionnelle. Il est doté de trois collèges, composés de représentants élus des collectivités territoriales, de représentants des personnels, de personnes qualifiées et de représentants des usagers.
- Les hôpitaux disposent aussi de plusieurs **instances consultatives**, dont la commission médicale d'établissement (CME).

### 1. La loi HPST et la gouvernance hospitalière

La loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 redéfinit les instances de gouvernance des établissements publics de santé.

Les hôpitaux sont désormais dotés d'un conseil de surveillance et ils sont dirigés par un directeur, assisté d'un directoire. Les activités de gestion de l'hôpital qui incombent au directoire sont séparées des activités de contrôle, confiées au conseil de surveillance.

La composition et les missions de ces instances sont définies par le code de la santé publique (articles L6143-1 à L6143-8).

### 2. Le directeur

Il possède diverses prérogatives qui étaient auparavant dévolues au conseil d'administration, en particulier celles qui concernent l'organisation interne de l'établissement. Il s'agit du **personnage clé dans la gestion d'un établissement**. Il en est le représentant légal et en assure la gestion et la conduite générale. Il a autorité sur l'ensemble du personnel, ordonne les dépenses et les recettes et est responsable du bon fonctionnement de tous les services, hormis les compétences relevant de la responsabilité du conseil de surveillance, du directoire ou de la commission médicale d'établissement (CME).

La **procédure de nomination** du directeur diffère selon le type d'établissement :

- pour les centres hospitaliers universitaires (CHU), il est nommé **par décret** sur proposition du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des universités et de la recherche ;
- pour les centres hospitaliers régionaux (CHR), il est nommé **par décret** sur proposition du ministre en charge de la santé ;
- pour les centres hospitaliers, il est nommé **par arrêté** du directeur général du Centre national de gestion. Celui-ci assure la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière.

### 3. Le directoire

Le directoire, présidé par le directeur, a pour vice-président le président de la CME. Cet organe collégial :

- approuve le projet médical ;
- prépare le projet d'établissement ;
- conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Ces attributions sont plus réduites que celles du conseil exécutif qu'il remplace depuis la loi HPST.



Le directoire se compose de :

- neuf membres (dont cinq membres de droit) dans les CHU ;
- sept membres (dont trois de droit) dans les autres hôpitaux.

Les membres sont issus majoritairement des personnels de l'établissement exerçant des professions médicales, pharmaceutiques, maïeutiques (sages-femmes) et odontologiques. Les préoccupations des personnels de santé sont ainsi prises en compte dans les **décisions de la vie institutionnelle** de l'établissement.

#### 4. Le conseil de surveillance

Le conseil de surveillance se prononce sur les **orientations stratégiques** de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion et sa santé financière.

Le conseil de surveillance :

- a compétence, à titre essentiel, pour délibérer sur le projet d'établissement et sur le compte financier et l'affectation des résultats ;
- délibère sur l'**organisation des pôles d'activité** et des structures internes ;
- dispose de compétences élargies en matière de coopération entre établissements ;
- donne son avis sur la **politique d'amélioration** de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

Le conseil est doté de trois collèges, formés :

- de représentants des collectivités territoriales ;
- de représentants du corps médical et des personnels hospitaliers ;
- de personnes qualifiées et de représentants des usagers.

Tous les acteurs majeurs du monde hospitalier y sont donc présents et peuvent exprimer leur point de vue. Ils peuvent avoir par ailleurs, au sein du conseil de surveillance, une vision globale de l'hôpital.

Les établissements disposent aussi d'**instances consultatives** :

- la commission médicale d'établissement (CME) ;
- la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotecniques (CSIRMT) ;
- le comité social et économique (CSE), qui s'est substitué au comité technique d'établissement (CTE) et au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) le 1er janvier 2020 ;
- le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin).

## ANNEXE 2 : L'organisation de l'offre médico-sociale

**Les agences régionales de santé ont pour mission d'organiser le système de soins en région. Elles coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes (secteur médico-social). L'enjeu est de garantir une répartition plus juste des équipements sur l'ensemble du territoire.**

L'accompagnement des publics fragiles.

A travers les établissements et services médico-sociaux, les agences régionales de santé ont pour mission d'apporter un accompagnement et une prise en charge aux publics dits « fragiles », en situation de précarité, d'exclusion, de handicap ou de dépendance.

Le secteur médico-social est un champ particulièrement complexe, du fait de la diversité des structures et de leur nombre. Les agences régionales de santé travaillent avec leurs partenaires locaux : la CNSA, les préfets, les conseils départementaux, les professionnels du secteur, les usagers, les associations....

Leur rôle est d'organiser et de simplifier le secteur.

La procédure d'appels à projets pour l'autorisation

La demande **de création, transformation ou d'extension** d'un établissement **médico-social recevant des financements publics** répond à un **appel à projet** à l'initiative de :

- l'agence régionale de santé
- et/ou du conseil départemental
- et/ou du préfet de région

publié sur le site de l'agence régionale de santé.

### Un calendrier prévisionnel des appels à projets

Ainsi, les préfets, les présidents de conseil départemental et les directeurs généraux d'ARS définissent le calendrier des appels à projets qu'ils entendent lancer sur une période annuelle ou pluriannuelle au regard des besoins identifiés.

Les appels à projet sont lancés sur la base de diagnostics, orientations et états de besoins réalisés au sein de chacun des territoires, définis :

- dans le schéma unique de l'agence régionale,
- les schémas départementaux (dont le **Schéma Gériatrique** pour les EHPAD)
- et les programmes de l'agence (dont le programme interdépartemental d'accompagnement des handicapés et de la perte d'autonomie).

Concernant les EHPAD, l'appel à projet est lancé conjointement par l'agence régionale de santé et le conseil départemental.

### Le cahier des charges

Le cahier des charges précise les besoins à satisfaire ainsi que les éléments que doit comporter le projet (ex : capacité en lits, zone d'implantation, modalités de financement, montant prévisionnel des dépenses restant à la charge des personnes accueillies...) pour satisfaire aux critères d'autorisation.

Les autorités compétentes désignent au sein des services de l'Etat, de l'ARS ou des conseils généraux un ou plusieurs instructeurs qui s'assurent de :

- la régularité administrative des candidatures
- du caractère complet des projets
- et de l'adéquation avec les besoins décrits par le cahier des charges.

Ils élaborent un compte-rendu motivé sur chacun des projets.

## L'avis de la commission de sélection

Cette commission est constituée à parité de représentants de l'autorité et de représentants des usagers. Y siègent également (avec voix consultative) : des représentants des unions, fédérations de gestionnaires d'établissements médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil ; des personnes qualifiées ; et des représentants d'usagers particulièrement concernés par l'appel à projet. L'autorisation est valable sous réserve du résultat d'une **visite de conformité**, deux mois avant la date d'ouverture de l'établissement ou du service.

La programmation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) médico-sociaux Les établissements et services du secteur des personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS doivent signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental.

Les lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement et de financement de la sécurité sociale pour 2016 renforcent cette obligation de signature de contrats pluriannuels d'objectifs de moyens (CPOM) en l'étendant à l'ensemble des gestionnaires de structures médico-sociales d'ici 2021 :

- pour les **EHPAD** : les CPOM avec l'ARS et le Conseil départemental sont obligatoires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 ;
- pour les **accueils de jour autonomes et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)** intervenant auprès des personnes âgées et handicapées : ils doivent signer un CPOM depuis janvier 2016 ;
- pour les établissements et services pour personnes en situation de **handicap** : le CPOM est obligatoire depuis janvier 2016.

Allocation des ressources et suivi de la tarification

### Les financements et l'enveloppe de la CNSA

Les établissements et services médico-sociaux sont financés, selon leur catégorie, par des fonds issus de l'État, de l'assurance maladie, du fonds d'intervention régional et/ou du conseil départemental au titre de l'aide sociale.

**Dans le cadre d'une animation partagée de la politique d'allocation de ressources** aux établissements et services médico-sociaux, les agences régionales de santé travaillent en étroite collaboration avec la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). La CNSA a pour mission de répartir équitablement sur l'ensemble du territoire des enveloppes financières destinées aux établissements et services accueillant des personnes âgées ou des personnes handicapées dans un souci de développement des capacités d'accueil et d'adaptation des réponses aux besoins exprimés localement.

**La CNSA leur alloue chaque année les crédits nécessaires à leur fonctionnement, par l'intermédiaire des agences régionales de santé qui sont, elles, en contact direct avec les établissements et services médico-sociaux.**

La CNSA soutient les opérations de restructuration, de création, d'extension et de mise aux normes des établissements médico-sociaux avec le plan d'aide à l'investissement (PAI).

### La tarification des établissements et services médico-sociaux

La campagne budgétaire représente la période durant laquelle les établissements de santé médico-sociaux obtiennent notification de leur budget après un échange contradictoire avec leurs autorités de tarification. S'agissant de la tarification des établissements et services : c'est l'autorité de tarification (ARS et/ou conseil départemental) qui approuve, au vu des propositions budgétaires initiales de l'établissement ou du service, et au terme d'une procédure contradictoire, le ou les tarifs de cet établissement ou service ainsi que les grands chapitres des charges et produits de son budget, au titre de l'exploitation et de l'investissement.

Actuellement, les modalités de tarification des établissements et services médico-sociaux, font l'objet de réformes en profondeur, tant dans le secteur du handicap que dans celui du grand âge.

### **Le pilotage de la performance dans le secteur médico-social**

Le secteur médico-social est passé d'une logique de structures à une logique de prestations. Pour faciliter le pilotage commun des structures et le dialogue de gestion entre acteurs de terrain, les ARS, les conseils départementaux, les fédérations d'établissements et l'**Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux** (ANAP) ont créé un tableau de bord commun. Véritable outil de pilotage interne, ce tableau de bord est destiné à être complété directement par les établissements et services médico-sociaux (ESMS).

es missions d'inspection contrôle dans les établissements médico-sociaux

Les agences régionales de santé veillent au bon fonctionnement des **établissements et services de santé** ainsi que des **établissements et services médico-sociaux**, en termes : d'effectifs, de permanence médicale, de qualification du personnel... il s'agit de repérer et prévenir les risques de maltraitance. Elles agissent pour améliorer les conditions de vie, la qualité des prises en charge et prévenir les faits de maltraitance dans les établissements médico-sociaux en général, et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) en particulier.

## ANNEXE 3 : Entre T2A et Ondam, quel financement pour l'hôpital ?

9 septembre 2022

Le vieillissement de la population, les changements et évolutions des pathologies obligent à reconsidérer les politiques concernant l'hôpital public et par conséquent son mode de financement en particulier avec la tarification à l'activité, plus connue sous le terme de T2A, qui a généré ces dernières années un certain nombre de critiques.

### SOMMAIRE

1. La tarification à l'activité (T2A) : de quoi s'agit-il ?
2. Quelle maîtrise des dépenses de santé ?
3. Vers un nouveau mode de financement des hôpitaux ?

Les **moyens alloués à l'hôpital public** et la **maîtrise des coûts** sont au cœur des revendications des personnels hospitaliers. Après la **mobilisation des services d'urgences en 2019**, des médecins hospitaliers, chefs de service ou responsables d'unité ont collectivement démissionné de leurs fonctions administratives en janvier 2020. Tous dénoncent des moyens toujours plus contraints qui ne permettraient plus d'assurer correctement la prise en charge des patients. Ils dénoncent aussi les règles de gestion des hôpitaux et son mode de financement fondé sur la tarification à l'activité (T2A).

Dans l'histoire des modes de financement de l'hôpital, on distingue trois grands moments :

- **dans les années 1970**, les hôpitaux sont rémunérés au nombre et à la durée des séjours des patients hospitalisés. Ce mode de financement est jugé inflationniste, les dépenses hospitalières n'étant pas plafonnées ;
- **dans les années 1980**, un système d'enveloppe globale est institué pour l'hospitalisation publique : la **dotation globale (DG)**. Cette enveloppe annuelle de dépenses est fixée *a priori* pour chaque hôpital. L'enveloppe globale oblige chaque hôpital à ne pas dépasser les crédits qui lui sont attribués. Mais ce budget global est inadapté aux variations d'activités de l'hôpital. Il étrangle les hôpitaux ayant une politique de soin dynamique et représente une rente pour les autres ;
- **à partir de 2004** est introduite la tarification à l'activité, plus connue sous le terme de T2A, qui a remplacé la dotation globale et qui concentre aujourd'hui toutes les critiques.



## La tarification à l'activité (T2A) : de quoi s'agit-il ?

La loi du 27 juillet 1999 permet le lancement d'une expérimentation, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000 et durant cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics ou privés, fondés sur une **tarification à la pathologie**.

Cet objectif est repris par le plan Hôpital 2007 qui prévoit de rénover et d'harmoniser les modes de financement des établissements publics et privés. La **tarification à l'activité** s'applique dans tous les établissements pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). L'objectif est de procéder à un financement mixte, distinguant :

- **les missions d'intérêt général** (dépenses liées à la recherche ou à l'enseignement par exemple) qui sont financées par une dotation ;
- **et les missions de soins**, qui ont vocation à être financées directement à l'activité.

Avec la T2A, le financement de l'hôpital se fait selon **le nombre et le type de séjour** qu'il prend en charge. La tarification à l'activité consiste à fixer un prix codifié pour chaque maladie et les soins apportés. Chaque patient est rattaché à un groupe standard de séjour, un Groupe homogène de malades (GHM) auquel est appliqué un tarif national. **Chaque année, une grille tarifaire est publiée**. Par exemple, pour l'année 2018, la prise en charge de migraines de niveau 2 est fixée à 2 185,79 euros, un accouchement sans complication à 2 440,68 euros, une prothèse de genou de niveau 1 à 8 175,67 euros, une transplantation cardiaque de niveau 4 à 71 999,72 euros.

La tarification à l'acte incite à **gérer l'hôpital** comme une entreprise **en recherchant la meilleure productivité**. Des actes médicaux sont plus rentables que d'autres, et l'hôpital a tendance à accroître ses activités rémunératrices, comme la chirurgie, en délaissant les longues prises en charge moins bien rémunérées (comme la psychiatrie, les maladies chroniques, les soins aux personnes âgées).

Alors que l'activité de l'hôpital augmente (+16% entre 2009 et 2016), les tarifs sont réduits (-5% entre 2009 et 2016) afin de **contenir les dépenses de santé** et le déficit de la sécurité sociale. Pour conserver le même niveau de ressources, couvertes à plus de 60% par la T2A, l'hôpital se trouve dans l'obligation d'**augmenter le nombre d'actes**. Ainsi en arrive-t-on à une situation inextricable où le personnel médical doit faire face à une augmentation d'activité tout en étant dans l'incapacité humaine d'y faire face sauf au prix de souffrances et d'épuisement au travail.



## Quelle maîtrise des dépenses de santé ?

En 1996, une ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée jette les bases d'un nouveau système de régulation et de maîtrise des coûts de santé qui prend appui sur les lois de financement de la sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Il s'agit de l'objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville, d'hospitalisation et de médico-social.

Après avoir été systématiquement dépassé entre 1997 et 2010, l'**Ondam** est **sous-exécuté** depuis cette date : les dépenses sont inférieures à ce qui avait été voté par le Parlement. Selon le rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, "si le respect depuis 2010 de l'objectif voté traduit un effort pour améliorer son pilotage, et ce faisant asseoir sa crédibilité, cette évolution marque une inflexion vers une logique plus comptable que sanitaire".

Par ailleurs, "le respect de l'objectif global s'accompagne sur les derniers exercices d'une dégradation, ou pour le moins d'une situation préoccupante, de la situation financière des hôpitaux publics."

Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) concernant la situation des hôpitaux publics, le **déficit des hôpitaux publics** s'élevait, avant la crise sanitaire, à **569 millions d'euros en 2019** (après 740 millions en 2017). Plus de la moitié des hôpitaux publics sont en déficit (58% en 2019). Les **contraintes budgétaires associées à la tarification à l'acte** ont conduit un certain nombre d'hôpitaux à des situations financières difficiles. La dette des établissements publics de santé a triplé en dix ans pour atteindre 29,3 milliards d'euros en 2019.

En mars 2022, une commission d'enquête sur la situation de l'hôpital en France estime que "le modèle de financement actuel n'est plus adapté à la situation de l'hôpital ou aux défis de prises en charge plus complexes. Les tarifs n'ont pas suivi l'évolution réelle des coûts pour les établissements (...)." En effet, ces tarifs ont constamment baissé entre 2013 et 2018, "non en raison d'une diminution des coûts, mais pour s'ajuster à une compression de l'enveloppe allouée aux hôpitaux - l'Ondam hospitalier - dont la progression a atteint son point historiquement le plus bas en 2016."

La commission recommande "d'accélérer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement des activités hospitalières du champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)".



## Vers un nouveau mode de financement des hôpitaux ?

La **T2A** a privilégié la **productivité et la rentabilité des activités de soins** sans tenir compte des évolutions démographiques et des pathologies ainsi que de l'articulation entre hôpital et soins de proximité.

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée par le gouvernement en février 2018, Jean-Marc Aubert a remis, en janvier 2019, à la ministre des solidarités et de la santé, un rapport sur la réforme du financement du système de santé.

Ce rapport considère que la **tarification à l'activité ne favorise ni la qualité des soins, ni la prévention et qu'elle peut même inciter à la réalisation de soins non pertinents**. Dans sa proposition d'un nouveau mode de financement, la T2A ne disparaît pas, mais elle est **combinée à d'autres modes de rémunération forfaitaires**, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques et du grand âge. Ce système vise à mieux prendre en compte le suivi des malades, la prévention et les activités de coordination des soins. Le financement des soins hospitaliers devrait être modulé en fonction de **leur pertinence** (vérification de la pertinence d'actes médicaux) et de **leur qualité** (une dotation financière à partir d'indicateurs qualité).

Les propositions de Jean-Marc Aubert alimentent la mise en œuvre du plan Ma Santé 2022, concrétisée par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Pour le gouvernement, l'objectif est d'atteindre un financement assuré à 50% par la T2A et de combiner **cinq modalités de financement différentes** :

- **le paiement au suivi du patient**, en particulier pour les maladies chroniques (diabète, maladies rénales, etc.) ;
- **le paiement à la qualité et à la pertinence** ;
- **le paiement pour la restructuration de service**, avec notamment une adaptation au secteur de la psychiatrie ;
- **le paiement groupé à la séquence de soins** pour favoriser la coopération des acteurs ;
- **une part de paiement à l'acte et aux séjours** adaptée aux épisodes uniques de soins.

Dans l'attente de la mise en œuvre de cette réforme, le plan d'urgence pour l'hôpital, présenté le 20 novembre 2019, prévoit un financement supplémentaire de 1,5 milliard d'euros sur trois ans, la reprise par l'État d'un tiers de la dette hospitalière, une hausse de 2,45% en 2021 et 2022 de l'Ondam qui était prévue jusque-là à 2,3%.

Dans le cadre du Pacte de refondation des urgences, une réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation a été lancée en 2021. Ce nouveau modèle de financement, défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (article 36), repose sur trois volets :

- **une dotation populationnelle** qui tient compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- **une dotation complémentaire** allouée aux établissements qui remplissent des critères liés à l'amélioration de la qualité ;
- **des recettes liées à l'activité** en tenant compte de l'intensité de la prise en charge.

Pour accompagner cette réforme, un décret du 25 février 2021 a créé, auprès de chaque agence régionale de santé (ARS), un **comité régional consultatif d'allocation des ressources** relatif aux activités d'urgence, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé. Ce comité a pour objectif de conseiller l'ARS afin d'aboutir à une **meilleure répartition des ressources** entre les établissements.



## **ANNEXE 4: Fiche 26 : la représentation des usagers du système de santé**

Mise à jour **05.03.19**

### **Établissements de santé, sociaux et médico-sociauxGuide**

La représentation des usagers dans les instances de santé publique et hospitalières permet aux usagers de participer, par l'intermédiaire de leurs représentants, à l'élaboration des politiques de santé ou au fonctionnement des établissements de santé. Leur mission consiste notamment à faire connaître les attentes des patients et à proposer de nouvelles orientations pour l'amélioration du système de santé. Pour qu'ils puissent jouer pleinement leur rôle, les représentants d'usagers peuvent bénéficier de formations, lorsqu'ils sont salariés d'un congé de représentation, et de l'appui de regroupements inter associatifs dans les régions.

Qui peut devenir représentant des usagers ?

Pour représenter les usagers dans les différentes instances telles que les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI), les commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), les conférences de santé etc., il faut être membre d'une association agréée au niveau national ou régional.

Une association est agréée au niveau national ou au niveau régional si sa demande d'agrément a reçu un avis favorable de la Commission nationale agrément. Cette dernière apprécie si les conditions imposées par le législateur sont remplies et donne un avis au ministre chargé de la Santé (niveau national) ou aux directeurs généraux des agences régionales de santé (niveau régional).

Ces autorités prononceront alors l'agrément pour cinq ans ou le refus d'agrément. C'est le ministre de la Santé ou le directeur de l'agence régionale de santé (ARS) qui, sur proposition des associations sollicitées, désigne les représentants des usagers dans les instances de santé publique ou hospitalières.

Quelles sont les missions du représentant des usagers ?

- S'impliquer, au nom des usagers, dans l'administration ou l'organisation d'un établissement de santé, d'un réseau de santé, d'un réseau de soins ou d'une caisse primaire d'assurance maladie– Contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne du patient, faire le lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de ses droits
- Participer, au nom des usagers, à l'élaboration des politiques de santé au niveau national/ régional/ local et siéger dans différentes instances de santé publique– Faire valoir les droits des personnes malades – patients hospitalisés ou bénéficiaires de soins, usagers, victimes d'accidents médicaux
- Partager au sein de son association la dimension collective de la représentation.

Quels sont les moyens mis à disposition des représentants des usagers pour exercer leurs missions ?

#### **La formation**

Pour exercer leur mandat de manière efficace au sein des instances et être un interlocuteur écouté des instances de santé publique, les représentants ont droit à une formation facilitant l'exercice du mandat. Dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs conclue avec le collectif interassociatif sur la santé (CISS), des actions de formation pour les représentants des usagers issus des associations membres des CISS implantés dans les régions sont proposées et financées par le CISS. Les formations sont organisées en lien avec les CISS régionaux. Des formations sont également mises en place par certaines agences régionales de santé, en lien avec les associations de la région dans le cadre d'un cahier des charges proposé par le ministère chargé de la Santé.

## Le congé de représentation

En tant que représentant des usagers, il est possible de s'absenter pour participer bénévolement aux réunions des instances de santé publique ou hospitalières. Ce congé est assimilé à une période de travail effectif. En cas de diminution de la rémunération du fait de ce mandat, une indemnité de l'État compensant totalement ou partiellement cette baisse sera versée :

- par l'établissement de santé lorsque le représentant d'utilisateur siège dans une instance hospitalière
- par l'État, la collectivité territoriale ou l'établissement public national lorsque le représentant d'utilisateur siège dans une instance nationale ou régionale ou dans un établissement public national.

L'employeur est tenu d'accorder au représentant d'utilisateur le temps nécessaire pour participer aux réunions des instances dans lesquelles il siège, dans la limite de neuf jours ouvrables par an, temps des trajets inclus.

## Les frais de déplacement

Les représentants des usagers peuvent demander une prise en charge des frais de déplacement occasionnés par l'exercice de leur mandat. Dans certains cas, les instances de santé publique et les agences sanitaires prévoient dans les textes qui régissent leur fonctionnement, le remboursement des frais de déplacement. Dans les autres cas, le remboursement des frais occasionnés lors d'un déplacement est assuré selon des modalités fixées par décret.



**Le représentant des usagers est un acteur essentiel pour veiller au respect des droits des usagers du système de santé et à l'amélioration de la qualité du système de santé. Sa présence dans les instances décisionnelles et consultatives du système de santé est essentielle pour rendre effective la participation des usagers et contribuer à la définition des politiques de santé ou à l'organisation du système de santé au niveau régional et national : cela fonde la démocratie sanitaire.**

## ANNEXE 5 : Innovation en santé en région Centre-Val de Loire

**Des expérimentations sont désormais possibles en matière d'innovation dans le système de santé. L'enjeu de ces expérimentations est d'encourager et accompagner l'émergence d'organisations innovantes en santé et de nouveaux modes de financement, afin d'inciter à la coopération entre acteurs et une meilleure prise en compte de la prévention et de qualité des prises en charge.**

Plusieurs constats actuels rendent nécessaire l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de notre système de santé. La transition épidémiologique, le cloisonnement des organisations et des financements, le cadre budgétaire contraint et des modalités de financement pas toujours adéquates sont autant de raisons de rechercher de nouvelles solutions à travers **l'innovation**.

Le **Projet régional de santé 2018-2022** porte l'ambition de mettre en place un écosystème régional favorable à l'innovation, permettant à tout acteur de la région de développer de nouvelles initiatives (*cf.* chapitre innovation du schéma régional de santé). Il s'agit de détecter puis accompagner les initiatives locales les plus pertinentes afin de les porter à la connaissance du plus grand nombre et les mettre en relation avec des partenaires.

Lors de son discours du 5 avril 2018, la **Ministre des solidarités et de la santé, Agnès Buzyn**, a ainsi affirmé sa volonté de dépasser "les blocages qui existent" et "les difficultés que rencontrent les professionnels pour promouvoir des organisations innovantes". Estimant que "nous sommes arrivés au bout du modèle de la tarification en silo qui bloque les coopérations possibles et nécessaires", elle considère "qu'il n'est plus acceptable aujourd'hui que les prises en charge médico-sociales et sociales soient à ce point dissociées des prises en charge sanitaires." C'est pourquoi le dispositif "article 51", complété par le décret du 21 février 2018, va permettre d'amorcer une démarche de transformation, en faisant "sauter les verrous" pour que la coordination des parcours de santé et les coopérations interprofessionnelles puissent devenir une réalité au quotidien dans les territoires. L'article 51 **offre donc un cadre légal à des expérimentations d'organisations innovantes faisant appel à des modes de financements inédits**, des expérimentations qui permettront de dépasser les logiques sectorielles de la ville et de l'hôpital et de prendre en considération la prévention mais aussi la pertinence des actes réalisés.

## ANNEXE 6 : **Financement des établissements de santé**

Mise à jour **23.02.22**

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux Professionnels

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

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

### **Les modes de financements antérieurs**

Jusqu'en 2003, les établissements de santé connaissaient des modes de financements différents selon leur nature juridique.

Les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) étaient dotés depuis 1983 d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative - appelée dotation globale (DG).

Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement et la situation, figée en 1983, perdurait dans le temps.

Les établissements de santé privés à but lucratif, quant à eux, facturaient directement à l'assurance maladie des forfaits de prestations (rémunération de la structure) et des actes (rémunérations des professionnels de santé libéraux), sur la base de tarifs historiques, variables géographiquement et négociés avec les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Les forfaits de prestations étaient encadrés par des objectifs quantifiés nationaux (OQN) visant à assurer une régulation du financement par rapport à l'activité.

**Ces établissements bénéficiaient, donc, d'ores et déjà de paiements à l'activité, sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif national unique.**

### **La montée en charge de la tarification à l'activité**

La disparité créée entre les établissements publics et les établissements privés à but non lucratif (établissements dits ex DG) d'une part, les établissements privés à but lucratif d'autre part, rendait plus complexes les dispositifs de contrôle des financements et difficile toute comparaison des coûts entre les 2 secteurs.

La loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU permet le lancement d'une expérimentation, à compter du 1er janvier 2000 et pour une durée de 5 ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie.

Cet objectif a été repris en 2002 dans le plan « Hôpital 2007 ».

Depuis, la T2A constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics (ex DG) et des établissements privés (ex OQN).

**Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.**

Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS). Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

Toutefois, le mécanisme de montée en charge de la réforme a été conçu de façon différente pour le secteur privé (ex OQN) et le secteur public (ex DG). En effet, lors de la mise en place de la réforme, il a été choisi de prendre en compte les règles de gestion spécifiques de chaque secteur, afin de leur permettre de s'adapter du mieux possible au nouveau dispositif.

**S'agissant du secteur public, la mise en place depuis 1983 d'une dotation globale (DG) annuelle a pesé sur le choix d'un mode de transition différent.**

**Ainsi, il a été décidé de maintenir une part de dotation annuelle résiduelle**, complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI. Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.

Cela a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ».

**Recettes x valorisation de l'activité + dotation résiduelle (DAC) = recettes de l'établissement**

S'agissant du secteur privé, le passage à la réforme a été géré par l'application d'un coefficient de transition qui devra atteindre la valeur 1 en 2012 afin, qu'à cette date, l'ensemble des tarifs régionaux soit aligné sur le tarif national.

**Tarif national x coefficient de transition de l'établissement = tarif de l'établissement**

### **Le passage à 100% de la part tarifée à l'activité dans le secteur public**

Afin d'ajuster au mieux le dispositif aux besoins et aux attentes des établissements, le mécanisme de montée en charge de la T2A dans le secteur ex-DG est aligné sur celui du secteur privé depuis le 1er janvier 2008. Les activités de MCO sont valorisées à 100% des tarifs et la DAC est supprimée.

Le passage à 100% devant comporter un « amortisseur », **un coefficient de transition est appliqué de manière modulée à chaque établissement.**

Concrètement, l'établissement devait disposer au 1er janvier 2008 du même montant de recettes que celui dont il aurait disposé dans le dispositif auparavant en vigueur (c'est-à-dire un montant de recettes composé d'une part issue de l'application des tarifs et d'une DAC). Pour répondre à cette exigence, un mécanisme de coefficient de transition a été mis en place, permettant de prendre en compte l'impact du passage à 100% T2A et assurant à l'établissement le maintien de son niveau de recettes.

Ce coefficient spécifique est calculé pour chacun des établissements.

Le dispositif de convergence intra-sectorielle, inscrit dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2004, se poursuit. Pour chaque établissement, un taux de convergence est appliqué au coefficient de transition depuis le 1er mars 2008.

L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1.

### **Les conséquences de la campagne tarifaire 2008 pour les établissements de santé**

L'entrée en vigueur de la campagne tarifaire 2008, au 1er mars de la même année, a produit des effets liés à deux processus précédemment évoqués :

- le passage à 100% de la part tarifée, fondée sur l'activité réelle des établissements, lève le frein, pour les plus dynamiques d'entre eux, à l'essor de leur volume d'activité et les incite à développer plus encore leur champ d'action ;
- les coefficients de convergence tendent progressivement vers 1 au vu de la situation financière de l'établissement : une augmentation si l'établissement est « sous doté », une diminution si l'établissement est « sur doté ».

Cette **convergence intra-sectorielle** assure l'équité dans le financement des établissements de santé : une pathologie = un tarif unique. Elle les incite à maîtriser davantage leurs coûts, par le biais notamment d'une meilleure organisation et d'une recherche d'efficience.

Quant à la **convergence intersectorielle** (entre le secteur public et le secteur privé), dont le principe est également inscrit dans la loi, sa mise en œuvre est conditionnée à une exacte connaissance des écarts de coûts entre les 2 secteurs.

### **Le maintien d'autres sources de financements**

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

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

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

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

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

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

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

### **La poursuite des travaux pour ajuster encore davantage le modèle T2A au plus près des activités et des missions des établissements**

**Une importante réforme des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) est effective depuis 2008.**

Elle a eu pour objet, au-delà d'un socle de base, de répartir les financements en tenant compte d'indicateurs simples : nombre de publications (issu du logiciel SIGAPS déployé dans les établissements), nombre d'étudiants hospitaliers, nombre de brevets et de logiciels déposés lors des 5 dernières années.

**Une évolution conséquente de la classification des séjours est opérationnelle depuis 2009**, avec la mise en œuvre d'une version V11 qui constitue la 3ème grande étape de l'adaptation de la classification des GHM à la T2A. Entrée en vigueur le 1er mars 2009, la V11 permet d'améliorer de manière significative l'homogénéité des GHM et, par ailleurs, de valoriser plus justement les séjours les plus lourds.

La nouvelle classification introduit 4 niveaux de sévérité par racine de GHM, portant le nombre total de GHM de 800 à 2 300, avec pour objectif de mieux hiérarchiser la valorisation des séjours en fonction de leur lourdeur.

**Par ailleurs, des ajustements sont réalisés en permanence en fonction des besoins remontés par les fédérations hospitalières et les professionnels de santé.**

Ces ajustements réguliers ont pour finalité d'améliorer ce qui a été fait jusqu'à présent dans le dispositif d'allocation des ressources et d'aller plus loin dans l'efficacité, la transparence et l'équité.

On citera notamment les derniers travaux réalisés sur les réanimations adulte et pédiatrique ou encore la surveillance continue.

### **La mise en place progressive de la T2A aux champs non pris en compte actuellement**

**Les soins de suite et de réadaptation (SSR)**

L'extension du modèle T2A au champ des SSR nécessite de disposer d'une nouvelle classification ainsi que d'une nouvelle échelle nationale des coûts (ENC), afin d'asseoir les tarifs sur des bases solides et fiables.

Elle suppose par ailleurs la détermination de la séquence de soins la plus appropriée (séjour, semaine, journée ou modèle mixte). Ces pré-requis conduisent à une mise en œuvre d'un modèle cible en 2011, voire 2012 (en terme de disponibilité des données).

Des travaux sont cependant en cours pour mettre en œuvre dès que possible un modèle de transition.

### **La psychiatrie**

L'extension du modèle T2A au champ de la psychiatrie est en cours d'étude. Des travaux sont menés afin de dresser l'ossature du futur modèle d'allocation qui devrait, comme pour les autres champs, être de type mixte (compartiment activités, compartiment MIG, liste de produits remboursables en sus...).

Cependant, cette discipline présente beaucoup de spécificités notamment en termes d'atomisation des structures, d'organisation territoriale, de poids des soins ambulatoires, de juxtaposition et de chevauchement des modes de prise en charge. De plus, les établissements sont globalement insuffisamment équipés en logiciels pour bien tracer et déclarer les différents types d'activité. Un effort tout particulier a été porté en 2007 sur la montée en charge du nouveau recueil d'activité, le résumé d'information médicale en psychiatrie (RIM-P). Il permet de disposer depuis 2009 de données plus robustes, rendant possible le lancement d'une ENC spécifique.

### **Les hôpitaux locaux**

L'extension du modèle T2A aux hôpitaux locaux est en cours d'étude, sachant que ces établissements ont une importance fondamentale en termes de maillage du territoire et concernent à la fois les activités de médecine et les SSR.

### **Les textes fondateurs de la tarification à l'activité**

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (JO du 28 juillet)  
Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, articles 22 à 34.