

## **La gouvernance à l'hôpital Nouvelle organisation administrative et médicale**

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé porte principalement sur l'organisation et le fonctionnement des établissements publics de santé (EPS), tant sur le plan administratif et médical que financier. Elle comprend aussi diverses autres dispositions qui n'entrent pas dans le cadre de la présente note.

Celle-ci se limite à la réforme de l'organisation administrative et médicale, caractérisée plus particulièrement par une rénovation des instances, un allègement de la tutelle, une responsabilisation des acteurs, une simplification et un assouplissement du fonctionnement interne.

Les textes d'application déjà parus sont pris en compte :

- décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 (audit, projet d'établissement, responsables de pôles d'activité)
- décret 2005-444 du 10 mai 2005 (conseils exécutifs, mandats des responsables de pôles d'activité)
- décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 (composition des conseils d'administration, attributions et composition des CME et CTE)

### **1- Le conseil d'administration**

#### **→ Rôle**

Le conseil d'administration voit ses missions recentrées sur les questions stratégiques (L. 6143-15 CSP), certaines de ces compétences antérieures étant transférées au directeur (actions judiciaires, dons et legs, hommages publics) ; il arrête la politique générale de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle et il délibère notamment sur :

- le projet d'établissement (PE) et le contrat d'objectifs et de moyens (COM)
- la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité, l'accueil et prise en charge des usagers
- l'état prévisionnel des recettes et dépenses, les comptes et affectation des résultats
- le plan de redressement
- l'organisation en pôles d'activité et la contractualisation interne
- la politique sociale et d'intéressement
- la participation aux réseaux et actions de coopération, ainsi que les contrats de partenariat et baux emphytéotiques

Le conseil d'administration est par ailleurs régulièrement tenu informé de la réalisation des objectifs du PE et du COM, ainsi que de l'évolution de l'activité et de l'état des recettes et des dépenses ; en cas d'écart significatif entre les objectifs et les résultats, il peut décider la réalisation d'un audit, à son initiative ou sur demande conjointe de la CME et du CTE. Au vu des conclusions de l'audit, il peut décider d'adopter un plan de redressement (R.714-2-28).

#### **→ Tutelle**

La tutelle est allégée puisque la plupart des délibérations du conseil d'administration sont exécutoires de plein droit, dès leur réception par le DARH qui peut seulement les déférer au juge administratif s'il les estime illégales (L.6143-4 CSP) en demandant éventuellement un sursis à exécution.

Seules restent soumises à approbation les délibérations relatives à l'approbation de l'état de prévision de recettes et de dépenses et au projet d'établissement ; mais le DARH doit faire connaître son opposition dans un certain délai à compter de la date de réception de la délibération, passé lequel la délibération est réputée approuvée : pour le projet d'établissement, ce délai est de 3 mois (R.714-3 CSP)

## → Composition

Les conseils d'administration des établissements publics de santé qu'ils soient communaux, départementaux, interdépartementaux, sont tous composés de 3 catégories de membres regroupés en collèges (L.6143-5 CSP issu de l'ordonnance et R.714-2-1 et sq CSP issu du décret n° 2005-767) :

1. un collège de représentants des collectivités territoriales
2. un collège de représentants des personnels
3. un collège comprenant des personnalités qualifiées et des représentants des usagers

Les deux premiers collèges sont toujours en nombre égal de membres, ce nombre variant selon la catégorie d'établissement : 8 pour les CH et CHR, 6 pour les hôpitaux locaux, 12 pour les CHU.

Le troisième collège comporte 6 membres quelle que soit la catégorie d'établissement : 3 personnalités qualifiées, et 3 représentants des usagers (soit 1 de plus qu'antérieurement).

La présidence est assurée de droit par le maire (établissements communaux) ou le président du conseil général (établissements départementaux) ; ceux-ci peuvent renoncer à cette présidence, tout en restant ou non membre du conseil d'administration ; leur remplaçant est alors élu par le conseil d'administration parmi les membres des premier et troisième collège (et non plus désignés par eux-mêmes).

Dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, il n'y a pas de présidence de droit : le président est élu parmi les membres des collèges 1 et 3.

NB : l'AP-HP relève toujours de dispositions spécifiques qui ne sont pas arrêtées pour l'instant.

Les membres des CA en fonctions à la date de parution du décret le demeurent jusqu'à expiration de leur mandat ; mais le poste supplémentaire accordé au représentant des usagers doit être pourvu dans un délai de 3 mois (art 6 décret n° 2005-767).

## 2- Le conseil exécutif

C'est une nouvelle instance qui associe à parité (L.6143-6-1 CSP) :

- d'une part, le directeur et des membres de l'équipe de direction
- d'autre part, le président de la CME et des praticiens désignés par celle-ci, dont au moins la moitié doivent exercer des fonctions de responsables de pôles d'activité

Le nombre de membres est limité à 12 dans les CH autres que les CHU, et 16 en CHU (D.714-10 CSP)

Le conseil exécutif a un rôle essentiel dans la préparation et le suivi des décisions, notamment :

- élaboration, mise en œuvre et suivi du PE et du COM,
- préparation du projet médical et des plans de formation,
- contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de redressement
- avis sur la nomination des responsables de pôles d'activité

## 3- La commission médicale d'établissement (CME)

### → Missions

La CME, qui préparait jusque là avec le directeur un certain nombre de projets stratégiques (notamment projet médical, définition des orientations sur la politique d'amélioration continue de la qualité) voit ses missions redéfinies du fait de la création du conseil exécutif (L.6144-1 CSP).

Elle est dotée de compétences essentiellement consultatives (elle est notamment consultée pour avis sur tous les projets de délibérations du CA), mais n'est pas pour autant exclue de l'élaboration du projet médical et du plan de formation puisqu'elle les prépare avec le conseil exécutif (R.714-16 CSP).

Elle comporte au moins une sous-commission spécialisée en vue de participer, par ses avis, à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins notamment sur le dispositif de vigilance, la lutte contre les infections nosocomiales, la politique du médicaments et des dispositifs médicaux et la lutte contre les affections iatrogènes, la prise en charge de la douleur. Cette sous-commission tient lieu de la commission du médicament et des dispositifs stériles instituée par l'article L.5126-5 CSP.

La CME a en outre le pouvoir (conjointement avec le CTE) de saisir le CA en vue de mettre en oeuvre la procédure d'audit lorsqu'elle a « connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement » (R.714-19 CSP).

La CME et le CTE peuvent aussi décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes ; dans ce cas, ils émettent néanmoins des avis séparés (R.714-20).

### → Composition et fonctionnement

1) La CME s'ouvre aux responsables de pôles d'activité ; elle est composée de 5 catégories de membres (R.714-16-1 et sq CSP) :

- les responsables de pôle d'activité (voir 10) et les chefs de service si les pôles comportent plusieurs services, mais au maximum 20 membres
- en nombre égal, des représentants des praticiens hospitaliers titulaires
- 5 représentants des praticiens contractuels
- 2 représentants des internes et résidents
- 1 sage-femme

Dans les CHU, la CME comprend 54 membres dont un nombre important de personnels hospitalo-universitaires (R.714-16-6 CSP). Pour l'AP-HP, les dispositions spécifiques restent à paraître.

2) Pour réduire les dysfonctionnements liés à une composition pléthorique, toute CME de plus de 20 membres constitue en son sein un bureau chargé de préparer un certain nombre de délibérations.

3) Lorsque plus de la moitié des praticiens exerçant dans l'établissement ne peuvent être représentés à la CME, le corps médical est réuni deux fois par an en assemblée générale pour être tenu au courant des travaux et délibérations de la commission.

## 4 - Le comité technique d'établissement (CTE)

Le comité technique d'établissement, composé de représentants du personnel non médical, est doté de compétences consultatives (L.6144-3 CSP) qui sont définies par l'article R.714-8-1 CSP : comme la CME, il est obligatoirement consulté sur les projets de délibérations du conseil d'administration ; il l'est aussi sur les conditions et l'organisation du travail, la politique générale de formation du personnel et les critères de répartition de certaines primes.

Conjointement avec la CME, le CTE a le pouvoir de saisir le CA en vue de la mise en oeuvre de la procédure d'audit (R.714-19 CSP).

## 5 - Le comité d'établissement

C'est une nouvelle instance facultative, constituée à titre expérimental pour une durée de 4 ans, sur décision du CA. Composé paritairment de membres de la CME et du CTE et présidé par le directeur, ce comité d'établissement se substitue à la CME et au CTE pour donner un avis sur les projets de délibération du conseil d'administration (L.6144-6-1 CSP). La procédure de consultation doit donc en être simplifiée d'autant.

## 6- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La commission des soins infirmiers devient « commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques » (L.6146-9 CSP). Elle est désormais composée des différentes catégories de personnel de soins et présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Ce dernier, membre de l'équipe de direction, est nommé par le directeur.

## 7- Procédure d'audit, plan de redressement, administration provisoire

→ Comme indiqué plus haut (voir 1), le conseil d'administration qui est régulièrement tenu informé de la réalisation des objectifs du PE et du COM, ainsi que de l'évolution de l'activité et de l'état des recettes et des dépenses peut, en cas d'écart significatif entre les objectifs et les résultats, décider la réalisation d'un **audit**,

- soit de sa propre initiative
- soit sur demande conjointe de la CME et du CTE (R.714-2-28) formulée par un vote à la majorité des 2/3 et sur la base d'un rapport établi après qu'ils aient demandé au directeur de leur fournir des explications sur « des faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement » (R.714-19 CSP).

→ Au vu des conclusions de l'audit, le CA peut décider d'adopter un **plan de redressement** (R.714-2-28 CSP).

→ Le plan de redressement peut aussi être adopté à la demande du DARH, lorsque ce dernier estime que la situation de l'établissement l'exige. A défaut d'adoption par le CA d'un plan de redressement adapté à la situation, et si la dégradation financière de l'établissement répond à des critères à définir par décret, le DARH peut adresser à l'établissement une **mise en demeure** de prendre les mesures de redressement appropriées (L.6143-3 CSP).

→ Lorsque cette mise en demeure est restée sans effet pendant plus de 2 mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière, le DARH peut placer l'établissement sous **administration provisoire** de conseillers généraux des établissements de santé (voir 8) pour une durée maximale de 12 mois. Les attributions du conseil d'administration et du directeur, ou de l'un ou l'autre, sont assurées par les administrateurs provisoires. Au vu du rapport de gestion établi par les administrateurs provisoires, le DARH peut décider de mettre en oeuvre les mesures prévues à l'article L.6122-15 CSP, c'est-à-dire imposer à l'établissement la mise en place de coopérations, un regroupement, une fusion etc., en vue du redéploiement des activités et services. L'administration provisoire peut aussi être prorogée de 12 mois.

## 8 - Conseillers généraux des établissements de santé

Les conseillers généraux des établissements de santé (L.6141-7-2 CSP) sont des agents placés auprès du ministre de la santé qui assurent leurs fonctions dans le cadre d'une mission de coordination financée par le FMESPP (Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés). Leurs attributions sont de :

- proposer des mesures destinées à améliorer le fonctionnement des établissements
- faire des études et enquêtes sur la gestion administrative et financière des établissements
- assurer des missions d'assistance, d'audit et de contrôle de gestion que les établissements peuvent demander

Ils peuvent aussi être désignés par le ministre, à la demande du DARH, pour assurer l'administration provisoire d'un établissement de santé (voir 7)

## 9 - Le projet d'établissement

Le projet d'établissement devient un élément stratégique majeur puisqu'il est clairement positionné comme devant définir la politique générale de l'établissement dans tous ses aspects (L. 6143-2 CSP) ; il comprend aussi désormais les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel.

## **10- Organisation en pôles d'activité**

L'organisation en pôles d'activité est l'élément central de la réforme de la nouvelle gouvernance. Elle remplace l'organisation en services ou départements et est obligatoire dans tous les EPS, à l'exception des hôpitaux locaux (L.6146-1 CSP) ; elle est définie par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif et permet de constituer des structures d'une taille critique suffisante, à vocation pluridisciplinaire, regroupant des activités communes ou complémentaires.

Cette organisation ne vise pas les seules activités médicales, qui sont constituées en pôles d'activité clinique ou médico-technique conformément au projet médical, mais s'applique aussi aux activités administratives et logistiques. Pour les activités de psychiatrie, le secteur peut constituer un pôle d'activité.

Les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes ; dans les pôles d'activité clinique ou médico-technique, ce sont les services ou unités fonctionnelles créés dans le cadre de la réglementation antérieure.

Un conseil de pôle est constitué dans chaque pôle d'activité ; ses attributions restent à fixer par voie réglementaire (L.6146-2 CSP).

→ Les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique sont des praticiens titulaires, inscrits sur une liste nationale d'habilitation, et nommés par décision conjointe du directeur et du président de la CME (L.6146-3 et R.714-21 CSP) ou, en cas de désaccord, par délibération du conseil d'administration. Les responsables des autres pôles d'activité sont, quant à eux, choisis parmi les cadres de l'établissement et nommés par le directeur.

→ Les chefs de service sont des praticiens titulaires, nommés sur une liste nationale d'habilitation et affectés par décision conjointe du directeur et du président de la CME (L.6146-4 CSP)

→ Les praticiens responsables des structures internes autres que les services sont nommés par le responsable du pôle d'activité clinique ou médico-technique. (L.6146-5 CSP)

La durée des mandats des responsables des pôles d'activité et celle des responsables des structures internes est définie par le conseil d'administration (L.6146-3 CSP) : elle ne peut être inférieure à 3 ans ni supérieure à 5 ans (D.714-21 CSP). Il peut toujours être mis fin aux mandats dans les mêmes conditions que les désignations.

## **11- Contractualisation interne et délégation de gestion**

Il existait jusqu'à présent une procédure de contractualisation interne applicable aux centres de responsabilité ; cette procédure concerne désormais les pôles d'activité, puisqu'ils bénéficient d'une délégation de gestion de la part du directeur (L.6145-16 CSP). Le contrat signé entre le directeur et le président de CME d'une part, le responsable du pôle d'autre part, définit des objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement aux résultats et les conséquences en cas d'inexécution du contrat. La réalisation des objectifs fait l'objet d'une évaluation annuelle.

La délégation de gestion attachée à cette procédure de contractualisation fait l'objet d'une décision du directeur.

Pour les pôles d'activité clinique ou médico-technique, le rôle du praticien responsable chargé de mettre en œuvre la politique générale de l'établissement avec les moyens définis par le contrat (L.6146-6 CSP), est plus précisément défini :

- il organise le fonctionnement technique du pôle et dispose d'une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement

- il élabore (avec le conseil de pôle) un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité et les actions à mener pour développer la qualité et l'évaluation des soins, et qui fixe des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

## **12 – Dispositif d'application** (article 7 de l'ordonnance)

→ Les établissements ont jusqu'au 31 décembre 2006 pour mettre en place l'organisation par pôles d'activité ; d'ici là l'organisation en services, départements et unités fonctionnelles est maintenue (I)

→ Jusqu'à la publication des listes nationales d'habilitation à diriger un pôle d'activité clinique ou médico-technique ou à diriger un service (II et VI):

- les responsables de pôles sont désignés selon les nouvelles dispositions par décision conjointe du directeur et du président de la CME
- les chefs de service continuent d'être désignés selon les dispositions antérieures

→ Par dérogation aux nouvelles dispositions concernant les désignations des chefs de service, les chefs de service de spécialité de psychiatrie continuent pendant 5 ans à être nommés par le ministre de la santé (IV)

→ Les mandats des membres des CME des EPS autres que les hôpitaux locaux sont prorogés jusqu'à la constitution des pôles d'activité (III)

→ Les centres de responsabilité constitués antérieurement à l'ordonnance deviennent des pôles d'activité, sauf délibération contraire du CA ; leurs responsables poursuivent leur mandat jusqu'à publication de la liste nationale d'habilitation (VII)

→ Le conseil exécutif est à mettre en place de suite : c'est lui qui va proposer l'organisation en pôle d'activité ; en attendant la constitution des pôles d'activité, des chefs de service ou de départements ou des coordonnateurs de fédération peuvent occuper les sièges réservés aux responsables de pôles (V)

CR