

PRESENTATION

DE LA REFORME DE LA GOUVERNANCE

HOSPITALIERE

Textes de référence

- Code de la santé publique : articles L. 6143-1 à L. 6143-8, L. 6144-1 à L. 6144-7 et L.6146-1 à L.6146-11 ;
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ;
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, notamment son article 158 ;
- Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, notamment son article 70 ;
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé ;
- Ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;
- Décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires des centres hospitaliers et universitaires ;
- Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 relatif aux médecins, aux pharmaciens et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier et l'Etablissement français du sang ;
- Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;
- Décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique ;
- Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) ;
- Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique ;
- Décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et au comité technique d'établissement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) ;
- Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code ;
- Décret n°2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;
- Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires) ;
- Arrêté modifié du 17 janvier 1995 relatif aux missions spécifiques nécessitant une technicité et une responsabilité particulières mentionnées au 6° de l'article 2 du décret no 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé ;
- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Arrêté du 3 novembre 2005 fixant la procédure des élections aux commissions médicales d'établissement.

Principales abréviations

AP-HP	: Assistance publique - hôpitaux de Paris
AP-M	: Assistance publique de Marseille
ARH	: Agence régionale de l'hospitalisation
CA	: Conseil d'administration
CE	: Conseil d'Etat
CHR	: Centre hospitalier régional
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CME	: Commission médicale d'établissement
CSIRMT	: Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
CSP	: Code de la santé publique
CTE	: Comité technique d'établissement
EPP	: Evaluation des pratiques professionnelles
EPRD	: Etat des prévisions de recettes et de dépenses
GCS	: Groupement de coopération sanitaire
HCL	: Hospices civils de Lyon
MCU-PH	: Maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers
PH	: Praticiens hospitaliers
PSPH	: Etablissements de santé privés à but non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier
PU-PH	: Professeurs des universités-praticiens hospitaliers
PUI	: Pharmacie à usage intérieur
SIH	: Syndicat interhospitalier
TA	: Tribunal administratif

Introduction	p. 13
CHAPITRE Ier :L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE	
Section I : Le conseil d'administration	p. 14
11-1 - Les attributions	p. 14
11-1.1. Recentrage sur les questions stratégiques	p. 14
11-1.1.1. La suppression de certaines attributions antérieures	p. 15
11-1.1.2. Le regroupement de certaines attributions	p. 15
11-1.1.3. L'adjonction de nouvelles attributions	p. 16
11-1.2. Les missions d'évaluation et de contrôle	p. 17
11-1.2.1. Evaluation et contrôle de la marche générale de l'établissement	p. 17
11-1.2.2. Evaluation et contrôle du fonctionnement des pôles d'activité	p. 18
11-1.2.3. Attributions en matière de décisions individuelles	p. 18
11-2 - La composition du conseil d'administration	p. 19
11-2.1. Catégories de membres	p. 19
11-2.1.1. La répartition en trois collèges	p. 19
11-2.1.2. Les membres de droit	p. 19
11-2.2 Typologie des conseils d'administration et nombre de membres	p. 19
11-2.2.1. Catégories d'établissements	p. 19
11-2.2.2. Détermination du nombre de membres	p. 20
11-2.3. Modalités de désignation	p. 20
11-2.3.1. Représentants des collectivités territoriales	p. 20
11-2.3.2. Personnalités qualifiées	p. 20
11-2.3.3. Représentants des usagers	p. 21
11-2.4. Incompatibilités	p. 21
11-2.4.1. L'intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé	p. 21
11-2.4.2 Les personnes liées par contrat à l'établissement	p. 22

11-2.4.3. Les trois nouvelles incompatibilités	p. 23
11-2.5. La présidence du conseil d'administration	p. 24
11-2.5.1. Etablissements publics de santé communaux et départementaux	p. 24
11-2.5.2. Etablissements publics de santé intercommunaux et interdépartementaux	p. 24
11-3. Les conditions de fonctionnement	p. 25
11-3.1. La suppléance ou l'intérim du président	p. 25
11-3.1.1. En cas d'empêchement momentané du président	p. 25
11-3.1.2. En cas de vacance des fonctions de président	p. 25
11-3.2. Les personnes assistant aux séances avec voix consultative	p. 25
11-3.2.1. Le représentant des familles	p. 25
11-3.2.1. Les autres personnes	p. 26
Section II : Le directeur et le conseil exécutif	p. 27
12-1. Le directeur	p. 27
12-1.1. Le directeur, exécutif du conseil d'administration	p. 27
12-1.2. Les pouvoirs propres du directeur	p. 27
12-1.2.1. Extension du pouvoir autonome du directeur	p. 27
12-1.2.2. Exercice conjoint de certaines décisions	p. 27
12-1.2.3. La protection des personnels	p. 28
12-1.2.4. Délégation de signature	p. 29
12-2. Le conseil exécutif	p. 30
12-2.1. Compétences	p. 30
12-2.2. Composition	p. 31
12-2.2.1. Catégories de membres	p. 31
12-2.2.2. Détermination du nombre de membres	p. 31
12-2.2.3. Dispositions transitoires	p. 32

12-2.3. Conditions d'exercice et fonctionnement	p. 32
12-2.3.1. Procédure et fonctionnement	p. 32
12-2.3.2. Régularité de la composition du conseil exécutif	p. 33
Section III : La tutelle des EPS	p. 35
13-1 – Allègement du régime d'approbation des délibérations du CA	p. 35
13-1.1. Le projet d'établissement	p. 35
13-1.1.1. Dispositions générales	p. 35
13-1.1.2. Les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel	p. 35
13-1.2. L'état des prévisions de recettes et de dépenses	p. 36
13-1.2.1. Dispositions générales	p. 36
13-1.2.2. Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés	p. 37
13-2. Les pouvoirs de substitution	p. 37
13-2.1. Fixation de l'EPRD	p. 38
13-2.2. Arrêt des comptes et de l'affectation des résultats	p. 38
13-3 – Les nouveaux instruments de tutelle	p. 38
13-3.1. La mise en demeure d'adopter un plan de redressement	p. 38
13-3.2. La mise sous administration provisoire	p. 38
13-3.2.1. Les cas d'ouverture	p. 38
13-3.2.2. Les modalités d'exercice	p. 39
CHAPITRE II : LES INSTANCES CONSULTATIVES	
Section I - La commission médicale d'établissement	p. 40
21-1. Compétences	p. 40
21-1.1. Les matières soumises à l'avis de la CME	p. 40
21-1.2. Les mesures préparées par la CME	p. 41
21-1.2.1. Les matières concernées	p. 41

21-1.2.2. Procédure	p. 42
21-1.3. Suivi de l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles	p. 42
21-1.3.1 Respect de l'obligation de formation continue	p. 42
21-1.3.2. Respect de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles	p. 43
21-2. Composition de la CME	p. 44
21-2.1. Les CME des centres hospitaliers autres que les CHU	p. 44
21-2.1.1. Représentation des praticiens titulaires	p. 44
21-2.1.2. Représentation des autres catégories de personnels	p. 45
21-2.1.3. Autres règles de composition	p. 46
21-2.2. Les CME de CHU	p. 47
21-2.2.1. Représentation des praticiens titulaires	p. 48
21-2.2.2. Représentation des autres catégories de membres	p. 48
21-2.2. Les conditions des élections à la CME	p. 49
21-2.2.1. Les conditions générales des élections	p. 49
21-2.2.2. La procédure des élections	p. 49
21-3. Règles de fonctionnement	p. 50
21-3.1. La formation restreinte	p. 50
21-3.2. Le bureau de la CME	p. 50
21-3.3. L'assemblée générale du corps médical	p. 50
21-4. Dispositions transitoires	p. 51
21-4.1. Les délais de renouvellement des CME des centres hospitaliers et des CHU	p. 51
21-4.2. Dérogation à la limitation du nombre des mandats des présidents de CME	p. 51
Section II : Les sous-commissions de la CME	p. 52
22-1. Les attributions des sous commissions de la CME	p. 52
22-1.1. Le champ des compétences	p. 52

22-1.2. Missions	p. 53
22-1.3. Procédure de consultation	p. 53
22-2. La composition des sous-commissions	p. 54
22-2.1. Dispositions communes à l'ensemble des établissements	p. 54
22-2.1.1. Membres de droit	p. 54
22-2.1.2. Représentants de la CME	p. 54
22-2.1.3. Collège des experts	p. 54
22-2.1.4. Représentants du CTE et du CHSCT	p. 55
22-3. Mise en place des sous-commissions de la CME	p. 55
22-3.1. La définition du cadre organisationnel	p. 55
22-3.1.1. La création de la ou des sous-commissions	p. 55
22-3.1.2. Fixation de la composition de chaque sous-commission	p. 55
22-3.1.3. L'organisation et le fonctionnement des sous-commissions	p. 56
22-3.2. La liste nominative des membres	p. 56
22-4. Dispositions spécifiques à certains CHU	p. 56
22-4.1. Caractère obligatoire ou facultatif de la mise en place	p. 56
22-4.1.1. Constitution obligatoire	p. 56
22-4.1.2. Constitution facultative	p. 56
22-4.2. Conditions de mise en œuvre	p. 56
22-4.2.1. L'architecture du dispositif	p. 56
22-4.2.2. Les conditions d'organisation	p. 57
22-5. Dispositions transitoires	p. 57
22-5.1. En ce qui concerne les établissements publics de santé	p. 57
22-5.2. En ce qui concerne les SIH et les GCS	p. 58
22-5.2.1. Les SIH et les GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé	p. 58
22-5.2.2. Les autres SIH et GCS	p. 58

Section III : Le comité technique d'établissement	p. 60
23-1. Attributions	p. 60
23-1.1. Compétences consultatives	p. 60
23-1.1.1. Les projets de délibérations du conseil d'administration	p. 60
23-1.1.2. Les autres compétences consultatives	p. 60
23-1.2. Information du CTE	p. 60
23-2. Composition, organisation et fonctionnement	p. 60
Section IV : Dispositions communes à la CME et au CTE	p. 61
24-1. Les formules de rapprochement des deux instances	p. 61
24-1.1. La délibération commune	p. 61
24-1.2. Le comité d'établissement	p. 61
24-1.2.1. Composition	p. 61
24-1.2.2. Durée de l'expérimentation	p. 61
24-2. Le droit d'alerte	p. 62
24-2.1. Demande d'explications au directeur	p. 62
24-2.2. Décision d'établir un rapport conjoint	p. 62
24-2.3. Saisine du conseil d'administration	p. 62
Section V : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	p. 63
25-1. Compétences	p. 63
25-2. Composition	p. 63
25-2.1. La constitution en groupes et collèges	p. 63
25-2.2. Détermination du nombre de membres	p. 64
25-2.2.1 La taille de la CSIRMT et de ses trois groupes	p. 64
25-2.2.2. La répartition des sièges entre les collèges des deux premiers groupes	p. 65
25- 3. L'organisation des élections	p. 66
25- 3. 1. La qualité d'électeur et d'éligible	p. 66

25-3.2. Les modalités du scrutin	p. 66
25-3.2.1. Les modalités définies par voie réglementaire	p. 66
25-3.2.1. Les dispositions à définir dans le règlement intérieur de l'établissement	p. 67
25-4. Les conditions de fonctionnement	p. 69
25-4.1. Organisation des séances	p. 69
25-4.2. Organisation des activités	p. 70
25-5. Dispositions transitoires	p. 71
CHAPITRE III : L'organisation interne des activités des EPS - Les pôles d'activité	
Section I : Les pôles d'activité	p. 72
31-1. La structuration interne des pôles	p. 72
31-1.1. Les structures internes des pôles d'activité clinique et médico-technique	p. 72
31-1.1.1. Les services créés en vertu de la législation antérieure	p. 73
31-1.1.2. Les autres structures internes des pôles cliniques et médico-techniques	p. 74
31-1.2. La structuration interne des pôles autres que cliniques ou médico-techniques	p. 75
31-1.3. Les instruments de structuration des pôles	p. 76
31-1.3.1. Le contrat interne	p. 76
31-1.3.2. Le projet de pôle	p. 76
31-2. Les responsables de pôle	p. 77
31-2.1. Conditions de nomination	p. 77
31-2.1.1. Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique	p. 77
31-2.1.2. Dans les pôles d'activité administrative ou logistique	p. 78
31-2.2. Les fonctions de responsable de pôle	p. 78
31-2.2.1. Pouvoirs propres du responsable de pôle	p. 78
31-2.2.2. Les délégations de gestion	p. 82
31-3. L'environnement des pôles	p. 84
31-3.1. Coordination interne des activités	p. 84

31-3.1.1. Les contrats conclus entre les pôles	p. 84
31-3.1.2. Les fédérations	p. 84
31-3.2. Les formules de coopération	p. 85
31-3.2.1. Les fédérations médicales interhospitalières	p. 85
31-3.2.2. Les structures de coopération	p. 86
Section II : Les conseils de pôle	p. 87
32-1. Attributions	p. 87
32-2. Composition	p. 87
32-2.1. Les membres de droit	p. 87
32-2.1.1. Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique	p. 87
32-2.1.2. Dans les pôles d'activité autres que cliniques et médico-techniques	p. 89
32-2.2. Les membres élus	p. 89
32-2.2.1. Les groupes de membres élus	p. 89
32-2.2.2. Détermination du nombre de sièges à pourvoir	p. 90
32-3. L'organisation des élections	p. 91
32-3.1. La qualité d'électeurs et d'éligibles	p. 91
32-3.2. Les modalités du scrutin	p. 91
32-3.2.1. Les modalités définies par voie réglementaire	p. 91
32-3.2.1. Les dispositions à définir par le règlement intérieur	p. 92
32-4. Les conditions d'organisation et de fonctionnement	p. 92
32-4.1. Les règles de quorum	p. 92
32-4.2. Remplacement des membres titulaires	p. 92
32-4.2.1. En cas d'empêchement temporaire de membres titulaires	p. 92
32-4.2.2. En cas de cessation anticipée de mandat	p. 93
32-4.2.3. Participation de non membres	p. 93

32-5. Dispositions transitoires	p. 93
Section III : La mise en place des pôles d'activité	p. 94
33-1. La procédure de constitution des pôles d'activité	p. 94
33-1.1. Définition du cadre organisationnel des pôles	p. 94
33-1.1.1. Les délibérations préalables à la nomination des responsables de pôle	p. 94
33-1.1.2. Les délibérations préalables à la conclusion des contrats internes	p. 95
33-1.2. La nomination des responsables de pôle	p. 96
33-1.3. Signature des contrats internes et délégations de gestion	p. 97
33.2. Les effets de la mise en place des pôles d'activité	p. 97
33-2.1. Entrée en vigueur de la nouvelle législation	p. 97
33-2.2. Désignation des responsables de pôle au sein des conseils exécutifs	p. 97
33-2.3. Le renouvellement des CME	p. 97
33-2.4. Mise en place des conseils de pôle	p. 98

Introduction

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 (JO du 3 mai) et l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 (JO du 6 septembre) qui la modifie et la complète, toutes deux prises en vertu de l'habilitation prévue à l'article 73 de la loi n° 2004-1343 du 9 décembre 2004, constituent le quatrième volet du plan couramment dénommé « hôpital 2007 » et dont les trois autres volets concernent :

- la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé (ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003) ;
- la réforme du financement des établissements de santé par une tarification à l'activité ;
- la relance de l'investissement hospitalier.

Les dispositions des deux ordonnances de mai et septembre 2005 peuvent être regroupées autour de cinq thèmes :

I - La réforme de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé ;

II - L'organisation hospitalo-universitaire en ce qui concerne essentiellement la promotion la recherche dans les centres hospitaliers et universitaires ;

III - L'organisation financière : ces dispositions ont pour objet d'adapter les règles budgétaires et comptables à la réforme que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a opérée en prévoyant que les établissements dont les dépenses étaient jusque là couvertes par une dotation globale seraient dorénavant financés à l'activité.

IV - La gestion des personnels de direction et des praticiens hospitaliers des établissements publics de santé et, notamment, la création d'un centre national de gestion.

V - La gestion des établissements de santé privés et, en particulier, la réforme du statut juridique des centres de lutte contre le cancer.

Le présent document a pour objet d'exposer les principaux aspects de la réforme de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics de santé visée au I ci-dessus et couramment appelée « réforme de la gouvernance hospitalière ». A cet effet, il est articulé autour de trois chapitres respectivement consacrés à l'organisation administrative des établissements publics de santé (chapitre Ier), à leurs instances consultatives (chapitre II) et à l'organisation interne de ces établissements (chapitre III).

CHAPITRE Ier L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE

Le présent chapitre expose les modifications qui affectent les deux organes décisionnels des établissements publics de santé : le conseil d'administration (section I) et le directeur (section II). Le nouveau régime de la tutelle qui s'exerce sur ces établissements fait l'objet d'une section III.

Section I : Le conseil d'administration

Le rôle et la responsabilité de cette instance sont renforcés. Sa composition et les modalités de sa présidence demeurent pour l'essentiel inchangés. Toutefois, de nouveaux cas d'incompatibilité sont définis par la nouvelle législation.

11-1 - Les attributions

L'un des objectifs de la réforme est de recentrer le conseil d'administration des établissements publics de santé sur les questions stratégiques et d'étendre ses compétences en matière d'évaluation et de contrôle de ces établissements.

11-1.1. Recentrage sur les questions stratégiques

Cette volonté se manifeste par la suppression de certaines attributions antérieures, le regroupement de certaines matières ou, à l'inverse l'adjonction de nouvelles compétences. Au final, alors que dans la législation antérieure, l'article L. 6143-1 du code de la santé publique (CSP) comportait dix-neuf items, le nouvel article regroupe les compétences du conseil d'administration autour des quatorze attributions suivantes :

- « 1° Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ;*
- 2° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;*
- 3° L'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, le rapport préliminaire à cet état, ainsi que les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale ;*
- 4° Le plan de redressement prévu à l'article L. 6143-3 ;*
- 5° Les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation ;*
- 6° L'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ;*
- 7° Les structures prévues à l'article L. 6146-10 [ex-cliniques ouvertes] ;*
- 8° La politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;*
- 9° La mise en œuvre annuelle de la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé [...] et d'actions de coopération [...], définie par le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;*
- 10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions des baux de plus de dix-huit ans ;*
- 11° Les baux emphytéotiques mentionnés à l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat conclus en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 et les*

conventions conclues en application de l'article L. 6148-3 et de l'article L. 1311-4-1 du code général des collectivités territoriales, lorsqu'elles répondent aux besoins d'un établissement public de santé ou d'une structure de coopération sanitaire dotée de la personnalité morale publique ;

12° La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;

13° La prise de participation, la modification de l'objet social ou des structures des organes dirigeants, la modification du capital et la désignation du ou des représentants de l'établissement au sein du conseil d'administration ou de surveillance d'une société d'économie mixte locale [...] ;

14° Le règlement intérieur. »

11-1.1.1. La suppression de certaines attributions antérieures

Le conseil d'administration ne délibère plus sur :

- les emprunts (cf. 12° de l'ex-art. L. 6143-1 CSP) ;
- l'acceptation et le refus des dons et legs (cf. 15° du même article) ;
- les actions judiciaires et les transactions (cf. 16°) ;
- les hommages publics (cf. 17°).

Ces attributions sont transférées au directeur par le jeu de l'article L. 6143-7 CSP. Toutefois, l'acceptation de dons ou legs qui portent sur des biens immobiliers demeure de la compétence du conseil d'administration puisque, aux termes des dispositions précitées du 10° de l'article L. 6143-1, celui-ci délibère sur les acquisitions d'immeubles.

- La compétence pour créer des « statuts locaux » (cf. 14° de l'ex-art. L. 6143-1 CSP) disparaît également des attributions du conseil d'administration. Cependant, il ne s'agit pas ici de la transférer au directeur mais de supprimer cette faculté. En effet, à l'origine, la compétence du conseil d'administration en la matière s'exerçait en l'absence de dispositions législatives ou réglementaires. Or, compte tenu des textes statutaires intervenus depuis lors pour l'application du titre IV du statut général des fonctionnaires, il faut considérer que tous les emplois sont désormais régis par de telles dispositions.

11-1.1.2. Le regroupement de certaines attributions

Les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds sont intégrés dans le projet d'établissement et les questions relatives aux effectifs de personnels sont examinées à l'occasion de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

1°) Le projet d'établissement et les programmes d'investissement

Dans la législation antérieure la compétence du conseil d'administration pour adopter les programmes d'investissement donnait lieu à des délibérations distinctes de celles relatives à l'adoption du projet d'établissement (cf. ex-art. L. 6143-1, 1° et 2°). La réforme a regroupé ces deux instruments stratégiques. Aux termes des dispositions combinées des articles L.6143-1 et L. 6143-2, les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel, qui en constitue la traduction financière, demeurent adoptés par le conseil d'administration mais le sont dorénavant dans le cadre d'un volet spécifique du projet d'établissement, qui devient ainsi le document stratégique interne unique de l'établissement.

Toute modification de ces programmes et du plan global de financement donne donc lieu à une révision du projet d'établissement sur les points considérés.

2°) *Les effectifs de personnels*

L'ancien article L.6143-1 CSP prévoyait que le conseil d'administration délibérait :

« 6° *sur les emplois de direction et de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel [à l'exception des personnels enseignants et hospitaliers et des internes [et étudiants] en médecine et en pharmacie]* » ainsi que :

« 10° *sur le tableau des emplois permanents [avec les mêmes exceptions que celles mentionnées au 6°]* ».

Ces compétences ne figurent plus expressément dans la nouvelle rédaction de l'article L.6143-1. Cependant, le 3° de l'article L. 6143-1 indique que le conseil d'administration délibère sur « *l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, ses modifications, ses éléments annexes, [...]* » et le 4° de l'article R. 6145-19 prévoit qu'est notamment annexé à l'EPRD « *le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés* » dont le contenu sera précisé par un arrêté.

Le conseil d'administration reste donc compétent pour déterminer les effectifs de l'établissement mais cette compétence ne peut plus s'exercer qu'à l'occasion de l'adoption de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ou de ses modifications et elle ne donne plus lieu à des délibérations distinctes de celles afférentes à l'EPRD.

11-1.1.3. *L'adjonction de nouvelles attributions*

Le conseil d'administration se voit confier trois nouvelles compétences qui présentent un caractère essentiel dans la détermination de la politique générale de l'établissement : la qualité et la sécurité des soins, la contractualisation interne et l'adoption éventuelle d'un plan de redressement.

1°) La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

En réalité, le 2° de l'article L. 6143-1 précise que le conseil d'administration délibère sur « *la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences* ». Toutefois, seule la question relative à la qualité et à la sécurité des soins constitue une nouvelle attribution. En effet, le conseil d'administration était déjà compétent en matière de conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, en vertu de dispositions insérées dans l'article L. 1112-3 CSP par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et aux termes desquelles : « *le conseil d'administration des établissements publics de santé ou une instance habilitée à cet effet dans les établissements privés délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. [...]* ».

Conformément à l'articulation traditionnelle des compétences du conseil d'administration et du directeur (cf. article L. 6143-7), il revient au premier de définir la politique générale en matière de qualité et au second de prendre les mesures concrètes d'application et d'en tenir le conseil informé. Il convient d'apprécier au cas par cas jusqu'où le conseil d'administration peut réglementer en ce domaine sans empiéter sur les compétences qui sont celles du directeur en matière de gestion et de conduite générale de l'établissement. Il est certain en revanche que toute mesure prise par celui-ci sur un aspect de la qualité et de la sécurité des soins ou des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers dont les grandes lignes n'auraient pas

été préalablement définies par le conseil d'administration serait (hors cas d'urgence) entachée d'incompétence.

De même, si les dispositions prises localement en matière de politique de qualité et de sécurité des soins, dans le cadre des compétences définies par la législation antérieure, demeurent valides, leur modification requiert désormais une délibération du conseil d'administration.

2°) La définition de la politique de contractualisation interne

Le 6° de l'article L. 6143-1 précise à cet égard que le conseil d'administration délibère sur « l'organisation interne de l'établissement définie à l'article L. 6146-1 ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 ». Les procédures prévues à l'article L. 6145-16 sont celles relatives à la contractualisation interne.

Alors que dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée l'article L. 6145-16 confiait cette matière à la compétence exclusive du directeur pour la constitution facultative de « centres de responsabilité », c'est dorénavant le conseil d'administration qui doit définir les « règles du jeu » en matière de contractualisation interne avec les pôles d'activité.

3°) L'adoption d'un plan de redressement.

Il est d'autant plus nécessaire de confier cette compétence au conseil d'administration que le refus de mettre en œuvre un plan de redressement comme l'échec éventuel de sa mise en œuvre sont susceptibles de déclencher la mise de l'établissement sous une administration provisoire qui peut s'assortir de la suspension du conseil d'administration (cf. infra § 13-3.2).

11-1.2. Les missions d'évaluation et de contrôle

Le conseil d'administration évalue et contrôle la bonne marche de l'établissement. Il fixe les conditions de l'évaluation du fonctionnement des pôles d'activité.

11-1.2.1. Evaluation et contrôle de la marche générale de l'établissement

A cet égard, l'article R. 6143-31 CSP organise les fonctions du conseil d'administration autour de trois prérogatives : le droit à une information régulière, la faculté de diligenter un audit et la compétence pour adopter des mesures de redressement.

1°) Information du conseil d'administration

Le conseil d'administration est tenu régulièrement informé de la réalisation des objectifs du projet d'établissement et du contrat pluriannuel par le suivi :

- de leurs indicateurs de résultats,
- de l'évolution de l'activité de l'établissement
- et de l'exécution de l'EPRD

2°) Réalisation d'audits

En cas d'écart prolongé et significatif entre les objectifs et les résultats, le conseil d'administration peut décider, à son initiative ou à la demande conjointe de la CME et du CTE, la réalisation d'un audit.

S'il ne donne pas suite à la demande formulée par la CME et le CTE, il adresse une réponse motivée à ces deux instances.

A défaut de précision sur ce point dans le texte, l'audit diligenté par le conseil d'administration peut être interne ou externe.

3°) Mesures de redressement

Au vu du résultat de l'audit, le conseil d'administration peut adopter un plan de redressement.

Le conseil d'administration peut également être amené à adopter un plan de redressement à la demande du directeur de l'ARH, formulée selon la procédure définie à l'article L. 6143-3.

11-1.2.2. Evaluation et contrôle du fonctionnement des pôles d'activité

L'article L. 6145-16 confie au conseil d'administration le soin de définir les modalités et les critères sur la base desquels sont évaluées annuellement, par les cosignataires, les conditions d'exécution des contrats internes et notamment la réalisation des objectifs assignés aux pôles d'activité.

11-1.2.3. Attributions en matière de décisions individuelles

1°) Compétences décisionnelles

Le conseil d'administration n'exerce en ce domaine que des compétences d'exception.

a) Disparition du pouvoir de nommer les responsables d'unité fonctionnelle

Le conseil d'administration perd les compétences que la législation antérieure lui confiait en matière de désignation des praticiens responsables d'unité fonctionnelle (cf. infra § 31-1.1.2).

b) Nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique

Le conseil d'administration ne peut être appelé à désigner les praticiens responsables de ces pôles qu'en cas de désaccord entre les co-titulaires du pouvoir de nomination (cf. infra § 31-2.1).

2°) Les compétences consultatives

Le conseil d'administration conserve ses attributions antérieures résultant des textes qui régissent les différentes catégories de praticiens et prévoient les conditions dans lesquelles il peut être amené à émettre un avis sur les questions individuelles relatives à leur recrutement ou à leur carrière. Il en va notamment ainsi des articles R. 6152-9 et R. 6152-208 qui disposent respectivement que le conseil d'administration émet un avis motivé sur la nomination des praticiens exerçant à temps plein et à temps partiel.

11-2 - La composition du conseil d'administration

11-2.1. Catégories de membres

11-2.1.1. La répartition en trois collèges

Dans sa rédaction issue de l'ordonnance du 2 mai 2005, l'article L. 6143-5 CSP conserve l'ensemble des catégories de membres prévues par la législation antérieure. Ces diverses catégories sont désormais réparties en trois collèges regroupant respectivement :

- les représentants des collectivités territoriales,
- les personnels,
- les personnalités qualifiées ainsi que les représentants des usagers.

Toutefois, dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale ou, en cas de pluralité d'unités de formation et de recherche médicales, le président du comité de coordination de l'enseignement médical [ci-après dénommés sous leur appellation traditionnelle de « doyen »] ne sont rattachés à aucun de ces collèges.

11-2.1.2. Les membres de droit

Outre le maire et le président du conseil général dans les établissements communaux et départementaux (cf. infra § 11-2.5.1), demeurent membres de droit du conseil d'administration le président de la commission médicale d'établissement (CME) et, dans les CHU, le doyen.

Le président de la CME et, dans les CHU, le doyen sont également membres de droit du conseil exécutif (cf. infra § 11-2.4.3). Le 6° de l'article L. 6143-6 les exonère à cet égard de l'incompatibilité qu'il institue entre les fonctions d'administrateur et celles de membre du conseil exécutif.

La principale modification relative aux membres de droit concerne le vice-président de la CME qui perd cette qualité. Si la CME le souhaite, elle peut désigner son vice-président comme administrateur ou comme membre du conseil exécutif, étant entendu que celui-ci ne peut siéger simultanément dans ces deux instances en raison de l'incompatibilité prévue à l'article L. 6143-6 (cf. infra § 11-2.4.3).

11-2.2 Typologie des conseils d'administration et nombre de membres

11-2.2.1. Catégories d'établissements

Les dispositions relatives à la composition des conseils d'administration des établissements publics de santé interhospitaliers (cf. ex-art. R. 714-2-7-1) sont abrogées en conséquence de la suppression de cette catégorie d'établissements par l'article 16 de l'ordonnance susvisée du 4 septembre 2003.

Pour les autres établissements publics de santé, les dispositions issues du décret susvisé du 7 juillet 2005 maintiennent la typologie antérieure qui distingue selon la catégorie d'EPS (centres hospitaliers, centres hospitalo-universitaires, hôpitaux locaux) et le rattachement territorial : communal, intercommunal, départemental et interdépartemental.

11-2.2.2. Détermination du nombre de membres

Quel que soit le type de conseil d'administration, les diverses catégories de membres, réparties entre les trois collèges, conservent le nombre de sièges qui leur était antérieurement attribué, à l'exception des représentants des usagers qui obtiennent un troisième siège, ce qui les met à parité de représentation avec les personnalités qualifiées. Le nombre total de sièges passe ainsi :

- de 21 à 22 dans les CA des centres hospitaliers communaux, intercommunaux, départementaux ou interdépartementaux ;
- de 30 à 31 dans les CHU (tous communaux, à l'exception du CHU départemental de Pointe-à-Pitre - Les Abymes en Guadeloupe) ;
- de 17 à 18 dans les hôpitaux locaux (communaux, intercommunaux ou départementaux).

11-2.3. Modalités de désignation

11-2.3.1. Représentants des collectivités territoriales

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée avait permis aux assemblées des collectivités territoriales de désigner, en leur sein ou non, les personnes chargées de les représenter dans les conseils d'administration des établissements publics de santé. L'ordonnance du 2 mai 2005 rétablit le principe d'une désignation exclusive des représentants des collectivités territoriales par et parmi les membres de leurs assemblées délibérantes respectives.

11-2.3.2. Personnalités qualifiées

La nature et le nombre de ces personnalités qualifiées ne changent pas. Doivent toujours être désignés à ce titre par le directeur de l'ARH :

- un médecin non hospitalier nommé sur proposition conjointe du conseil départemental de l'ordre des médecins et des syndicats départementaux des médecins les plus représentatifs ;
- un représentant des professions paramédicales choisi parmi les personnes présentées par les organisations professionnelles représentatives au niveau national qui ont en outre une représentation au niveau régional ;
- une personnalité qualifiée dont le choix est laissé à la discrétion du directeur de l'ARH.

En revanche, la nouvelle réglementation n'oblige plus le directeur de l'ARH à prendre l'avis du préfet de département avant de procéder à ces nominations.

En outre, s'agissant du médecin non hospitalier, l'article R. 6143-12 (4°, a) prévoit que « *en cas de désaccord, le conseil [départemental de l'ordre des médecins] et les syndicats présentent respectivement une liste de trois médecins dans le délai, compris entre un et deux mois, qui leur est imparti par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ; à l'issue de ce délai, celui-ci choisit le médecin parmi les personnes proposées* ». En conséquence, à l'issue du délai imparti, le directeur de l'ARH peut choisir le médecin qui siègera en qualité de personnalité qualifiée parmi les personnes qui lui sont proposées, y compris si une partie seulement des organismes consultés ont fait connaître leurs propositions dans ces délais.

11-2.3.3. Représentants des usagers

1°) Principe

Conformément aux dispositions de l'article L. 1114-1 CSP, ces représentants ne pourront être choisis que parmi les personnes proposées par des associations agréées dans les conditions définies par le décret susvisé du 31 mars 2005. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a plus à recueillir l'avis du préfet avant de désigner les représentants des usagers.

2°) Dispositions transitoires

Ces dispositions sont prises en application du I de l'article 158 de la loi susvisée du 9 août 2004 aux termes duquel : « *A partir de la publication de la présente loi et jusqu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de la publication de la première décision prononçant les agréments prévus à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique : [...]* »

2°) Les représentants des usagers du système de santé, dans les instances hospitalières ou de santé publique, prévus par des textes antérieurs à la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée sont désignés dans les conditions définies par ces textes, à l'exception de la durée du mandat, qui est limitée à un an ».

En conséquence et jusqu'à l'expiration du délai susmentionné, le II de l'article 6 du décret susvisé du 7 juillet 2005 :

a) maintient en vigueur les précédentes modalités de désignation des représentants des usagers

Le directeur de l'ARH continue donc à nommer ces représentants « *parmi les personnes proposées par les organisations qui représentent au niveau régional ou départemental les intérêts des patients, des consommateurs, des familles, des personnes âgées et des personnes handicapées et dont le directeur de l'agence estime que l'objet social correspond le mieux à l'orientation médicale et médico-sociale de l'établissement* ». Par contre, l'avis du préfet n'est plus requis.

b) rappelle que ces nominations sont prononcées pour une durée de un an

Cette limitation de la durée du mandat concerne tous les représentants des usagers désignés depuis le 11 août 2004 (date de publication de la loi susvisée du 9 août). Elle s'applique en particulier au troisième représentant des usagers qui devait être nommé dans les trois mois suivant la publication du décret susvisé du 7 juillet 2005, soit pour le 8 octobre 2005.

11-2.4. Incompatibilités

Les nouvelles dispositions précisent les cas d'exonération de l'incompatibilité liée à la détention d'un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé, modifient le régime de l'incompatibilité opposable aux personnes liées à l'établissement par contrat prévue au 4° de l'article L. 6143-6 CSP et introduisent trois nouvelles incompatibilités aux 6° et 7° du même article.

11-2.4.1. L'intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé

Le 3° de l'article L. 6143-6 qui définit cette incompatibilité indique qu'elle n'est pas opposable aux personnes qui siègent au conseil d'administration en qualité de représentants

du personnel lorsque les établissements de santé privés à la gestion desquels ils sont intéressés assurent, hors d'une zone géographique déterminée par décret, l'exécution du service public hospitalier dans le cadre des conditions prévues aux articles L. 6161-6 [PSPH] et L. 6161-9 [concessionnaires].

Dans la réglementation précédente, la zone géographique en dehors de laquelle cette incompatibilité ne jouait pas était constituée par le « secteur sanitaire ». L'article R.6143-13 précise qu'il s'agit dorénavant du « territoire infrarégional de santé » mentionné au cinquième alinéa de l'article L.6122-2 dans sa rédaction issue de l'article 5 de l'ordonnance susvisée du 4 septembre 2003.

Ainsi, par exemple, un praticien membre de la commission médicale d'un établissement public de santé, qui exerce, par ailleurs, dans un établissement de santé privé assurant le service public hospitalier, peut être désigné pour représenter le personnel médical, odontologique ou pharmaceutique au sein du conseil d'administration de l'établissement public de santé si celui-ci et l'établissement de santé privé ne sont pas situés sur un même « territoire infrarégional de santé ».

11-2.4.2. Les personnes liées par contrat à l'établissement

L'incompatibilité prévue au 4° de l'article L. 6143-6 CSP vise tout cocontractant de l'établissement. Sont donc concernés, non seulement, comme par le passé, les fournisseurs mais aussi les personnes auxquelles l'hôpital offre des prestations, et notamment les médecins et autres professionnels de santé qui concluent avec l'établissement public de santé un contrat leur permettant de recourir à son plateau technique, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6112-4 CSP.

Toutefois, ce principe connaît plusieurs dérogations.

1°) Certains contrats ne sont pas constitutifs de l'incompatibilité. Les cocontractants peuvent être désignés en qualité d'administrateur à quel que titre que ce soit. Il en va ainsi :

- des conventions prévues aux articles L. 1110-11 et L. 1112-5 CSP, conclues au nom d'une association de bénévoles ;
- des conventions de coopération prévues à l'article L. 6134-1 CSP.

2°) D'autres contrats ne font pas obstacle à ce que leurs co-signataires siègent au conseil d'administration en qualité de représentants de la CME ou, dans les CHU, en qualité de doyen. Il en va ainsi :

- des contrats portant sur la constitution d'un centre hospitalier et universitaire prévu à l'article L. 6142-3 CSP ou sur l'association à un centre hospitalier et universitaire prévue à L. 6142-5 ;
- des contrats internes prévus à l'article L. 6145-16 CSP ;
- des contrats conclus par des médecins libéraux intervenant dans les « cliniques ouvertes » prévues à l'article L. 6146-10 : il s'agit des contrats définis à l'article R. 6146-11 CSP ;
- des contrats conclus par les praticiens des hôpitaux locaux visés à l'article L.6152-4 CSP : il s'agit de l'engagement que chaque médecin généraliste doit souscrire en vertu de l'article R. 6141-24 pour être autorisé à intervenir au sein de l'établissement ;
- des contrats d'activité libérale prévus à l'article L. 6154-4 CSP.

11-2.4.3. Les trois nouvelles incompatibilités

Elles sont instituées à l'encontre des personnes qui sont membres du conseil exécutif, exercent une autorité de tarification sur l'établissement ou sont membres de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

1°) La qualité de membre du conseil exécutif

a) Principe

Le 6° de l'article L. 6145-6 prévoit que les membres du conseil exécutif ne peuvent être désignés en qualité d'administrateurs. Seuls sont exonérés de cette incompatibilité le président de la CME et, dans les CHU, le doyen.

b) Dispositions transitoires

Toutefois, cette incompatibilité est transitoirement écartée par le VIII de l'article 7 de l'ordonnance du 2 mai 2005 qui précise que, jusqu'à la date de renouvellement de la CME, les instances préfigurant le conseil exécutif, créées avant la publication de l'ordonnance, peuvent conserver leur composition initiale nonobstant les dispositions du 6° de l'article L. 6143-6 CSP. Si ces instances comptent parmi leurs membres, le vice-président de la CME et les autres praticiens désignés pour représenter la CME au conseil d'administration (2 dans les CH et 4 dans les CHU) ceux-ci peuvent donc continuer à siéger au conseil d'administration tout en conservant leur qualité de membres du conseil exécutif, jusqu'à la fin de leur mandat.

2°) La qualité d'autorité de tarification ou de membre de la commission exécutive de l'ARH

Aux termes du 7° de l'article L. 6143-6, nul ne peut être administrateur d'un EPS s'il exerce une autorité de tarification sur l'établissement ou s'il est membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation. Ces deux incompatibilités sont susceptibles de concerner certains élus.

a) Présidents des conseils généraux et autorité de tarification

Les présidents des conseils généraux exercent une autorité de tarification sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sanitaires (unités de soins de longue durée) et médico-sociaux (maisons de retraite). La nouvelle incompatibilité s'oppose donc à ce qu'ils siègent dans les conseils d'administration des établissements publics de santé gérant de telles activités. Lorsqu'il s'agit d'établissements publics de santé départementaux dont ils sont, en principe, présidents de droit, les conseils généraux concernés doivent désigner, en leur sein, un autre élu pour les remplacer.

b) Conseillers régionaux membres de la commission exécutive de l'ARH

De même, les conseillers régionaux siégeant avec voix délibérative dans les commissions exécutives des agences régionales de l'hospitalisation, en contrepartie de la participation volontaire de la région au financement d'équipements sanitaires sur la base d'une convention conclue avec l'ARH (art. 70 de la loi susvisée du 13 août 2004) ne peuvent être désignés en qualité d'administrateurs d'un établissement public de santé.

En revanche, l'incompatibilité ne s'étend pas aux conseillers régionaux siégeant avec voix consultative dans les commissions exécutives en vertu de l'article L. 6115-7 CSP (cf. art. 69 de la loi susvisée du 13 août 2004). Il est néanmoins souhaitable que ces derniers n'assistent

pas aux délibérations de la commission exécutive de l'ARH concernant les établissements publics de santé dont ils seraient administrateurs.

11-2.5. La présidence du conseil d'administration

La nouvelle législation conserve l'essentiel du dispositif antérieur : principe d'un président de droit dans les conseils d'administration des établissements publics de santé communaux et départementaux et d'un président élu dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux.

Le régime de la présidence connaît néanmoins quelques aménagements :

- le président de droit démissionnaire ne désigne plus lui-même son remplaçant
- les représentants des usagers deviennent éligibles aux fonctions de président.

11-2.5.1. Etablissements publics de santé communaux et départementaux

1°) Présidence de droit

Les conseils d'administration des établissements communaux et départementaux demeurent présidés respectivement par le maire de la commune de rattachement ou le président du conseil général du département de rattachement.

2°) Remplacement du président de droit

a) En cas de renonciation à la présidence

Si le président de droit renonce à la présidence, il ne choisit plus lui-même son remplaçant qui est désormais élu par et parmi les représentants des collectivités territoriales, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers (premier et troisième collèges).

Le simple fait de renoncer à la présidence de droit du conseil d'administration ne fait pas perdre au maire ou au président du conseil général sa qualité d'administrateur. Si l'ancien président de droit, remplacé en cette qualité, souhaite, en outre, démissionner du conseil d'administration, son départ donne lieu à la désignation, selon les cas, par le conseil municipal ou par le conseil général, d'un nouveau représentant de la collectivité territoriale concernée.

b) En cas d'incompatibilité

Comme antérieurement, lorsque le maire ou le président du conseil général, président de droit, tombe sous le coup d'une des incompatibilités prévues à l'article L. 6143-6, le nouveau président n'est pas choisi au sein du conseil d'administration de l'établissement mais la présidence est dévolue à un élu désigné en leur sein, respectivement par le conseil municipal ou par le conseil général.

11-2.5.2. Etablissements publics de santé intercommunaux et interdépartementaux

Alors que dans l'ancienne législation, le président du conseil d'administration des établissements intercommunaux et interdépartementaux était élu par l'ensemble des membres du conseil d'administration, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, il est dorénavant élu par et parmi les représentants des collectivités territoriales, les personnalités qualifiées et les représentants des usagers.

11-3. Les conditions de fonctionnement

Les dispositions relatives au fonctionnement des conseils d'administration, désormais codifiées sous les articles R. 6143-11 à R. 6143-32 CSP, reprennent, pour l'essentiel, la réglementation antérieure, notamment en ce qui concerne le nombre minimum de séances, les modalités de convocation et de fixation de l'ordre du jour, les règles de quorum et le secrétariat du conseil d'administration (art. R. 6143-26 à R. 6143-30).

Quelques nouveautés ont été introduites en matière de suppléance et d'intérim du président ainsi qu'en ce qui concerne les personnes assistant aux séances avec voix consultative.

11-3.1. La suppléance ou l'intérim du président

11-3.1.1. En cas d'empêchement momentané du président

Le président du conseil d'administration choisit, parmi les membres appartenant aux premier et troisième collèges, la personne qui le suppléera en cas d'empêchement.

L'article R. 6143-24 CSP prévoit, par ailleurs qu'en cas d'empêchement simultané du président et de son suppléant, la présidence du conseil d'administration est assurée par le plus âgé des membres appartenant aux premier et troisième collèges.

11-3.1.2. En cas de vacance des fonctions de président

L'article R. 6143-24 CSP précise également (ce qui est nouveau) que la présidence du conseil d'administration est assurée par le plus âgé des membres appartenant aux premier et troisième collèges jusqu'à l'élection du président. Cette disposition joue non seulement jusqu'à l'élection du président, dans les établissements intercommunaux et interdépartementaux, mais aussi en cas de démission du président qu'il soit élu ou de droit. En effet, le mandat de suppléant cesse en même temps que les fonctions du président qui l'a accordé. Le suppléant désigné par un président démissionnaire ne peut donc pas assurer la présidence du conseil d'administration.

11-3.2. Les personnes assistant aux séances avec voix consultative

11-3.2.1. Le représentant des familles

Ce représentant qui siège avec voix consultative représente désormais non seulement les familles des personnes hébergées dans les unités de soins de longue durée de l'établissement mais aussi celles des personnes âgées hébergées dans les établissements médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) gérés par les établissements publics de santé.

Il conviendra donc que chaque établissement modifie son règlement intérieur pour définir les modalités permettant aux familles des personnes hébergées dans ses EHPAD sanitaires et médico-sociaux de participer à la procédure de proposition d'une liste de trois personnes parmi lesquelles le directeur de l'ARH choisit ce représentant (cf. art. R. 6143-21 CSP).

11-3.2.1. Les autres personnes

Comme dans la réglementation antérieure, il s'agit du directeur de l'établissement ou de son représentant, assisté des collaborateurs de son choix ainsi que du comptable mentionné à l'article L. 6145-8, du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou de son représentant ainsi que des collaborateurs de son choix, du médecin inspecteur régional de santé publique, ou de son représentant, et du ou des médecins inspecteurs départementaux de santé publique.

Section II : Le directeur et le conseil exécutif

Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le directeur est assisté par un conseil exécutif qu'il préside et dont l'objet essentiel est d'associer les praticiens à la gestion de l'établissement.

12-1. Le directeur

Aux termes de l'article L. 6143-7 CSP, le directeur conserve sa qualité de représentant légal de l'établissement ainsi que sa double nature d'exécutif du conseil d'administration et de détenteur d'un pouvoir de décision autonome sur les autres matières.

12-1.1. Le directeur, exécutif du conseil d'administration

A ce titre, le directeur « prépare les travaux du conseil d'administration et lui soumet le projet d'établissement. Il est chargé de l'exécution des décisions du conseil d'administration et met en œuvre la politique définie par ce dernier et approuvée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

Dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, le directeur devra préparer les projets de délibérations du conseil d'administration avec le conseil exécutif. S'il demeure seul compétent pour la mise en œuvre de ces délibérations, le conseil exécutif en coordonne et en suit l'exécution.

12-1.2. Les pouvoirs propres du directeur

L'article L. 6143-7 précise que le directeur « est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles qui sont énumérées à l'article L. 6143-1. Il assure la gestion et la conduite générale de l'établissement, et en tient le conseil d'administration informé. A cet effet, il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art ».

12-1.2.1. Extension du pouvoir autonome du directeur

Les pouvoirs du directeur sont accrus des compétences retirées au conseil d'administration en ce qui concerne : les emprunts, l'acceptation et le refus des dons et legs, les actions judiciaires, les transactions et les hommages publics. Toutefois, le conseil d'administration demeure compétent pour accepter des dons et legs portant sur des biens immobiliers : en effet, le conseil d'administration le 10° de l'article L. 6143-1, précise que le CA délibère sur les acquisitions d'immeubles.

12-1.2.2. Exercice conjoint de certaines décisions

Toutefois, le directeur exerce certains de ses pouvoirs propres en relation avec d'autres instances. Cet exercice conjoint peut aller jusqu'au contreseing de certaines décisions.

1°) Décisions préparées avec la commission médicale et le conseil exécutif

Le directeur arrête les plans de formation des praticiens et les plans d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins préparés conjointement avec la CME ainsi que, dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, avec le conseil exécutif.

2°) Décisions donnant lieu à co-signature

a) Détermination du nombre des membres du conseil exécutif

Le dernier alinéa de l'article L. 6143-6-1 précise que le nombre des membres du conseil exécutif est fixé sur décision conjointe du directeur et du président de la CME (cf. infra, § 12-2.2.2).

b) Responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et chefs de service

Les décisions relatives à la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique et celles relatives à l'affectation des chefs de service sont co-signées par le directeur et le président de la CME ainsi que par le « doyen » dans les CHU.

c) Les contrats internes

Les contrats conclus avec chaque responsable de pôle doivent être co-signés par le directeur et le président de la CME (cf. infra, § 31-3).

En revanche, le directeur est seul compétent pour accorder les délégations de gestion nécessaires à l'exécution du contrat. Ces délégations donnent lieu à une décision spécifique.

12-1.2.3. La protection des personnels

1°) Compétence de principe du directeur

Le directeur est en principe compétent pour assurer aux personnels concernés la garantie de cette protection qui est organisée par l'article 11 de la loi susvisée 13 juillet 1983, aux termes duquel :

« Les fonctionnaires bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par la collectivité publique dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un fonctionnaire a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

La collectivité publique est tenue de protéger les fonctionnaires contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle.

La collectivité publique est subrogée aux droits de la victime pour obtenir des auteurs des menaces ou attaques la restitution des sommes versées au fonctionnaire intéressé. Elle dispose, en outre, aux mêmes fins, d'une action directe qu'elle peut exercer au besoin par voie de constitution de partie civile devant la juridiction pénale.

Les dispositions du présent article sont applicables aux agents publics non titulaires. »

Ces dispositions valent également pour les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques quel que soit le statut dont ils relèvent.

2°) Compétence dérogatoire du directeur de l'ARH

L'ordonnance susvisée du 2 mai 2005 a inséré dans le CSP un article L. 6143-7-1 qui indique que « la protection prévue à l'article 11 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires est mise en oeuvre au bénéfice des personnels de direction des établissements mentionnés au 1° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant

dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ».

12-1.2.4. Délégation de signature

1°) Définition

La délégation de compétence revêt classiquement deux modalités : la délégation de pouvoir et la délégation de signature.

La délégation de pouvoir est consentie au délégataire à raison des fonctions qu'il exerce. Elle n'est donc pas affectée par les changements intervenant dans la personne du délégant ou du délégataire. Elle constitue une véritable modification de la répartition des compétences en dessaisissant le délégant au bénéfice du délégataire : le délégant ne peut plus exercer les compétences qu'il a déléguées.

La délégation de signature est consentie *intuitu personae*. Elle cesse donc *ipso facto* du fait du changement intervenu dans la personne du délégant ou dans celle du délégataire. Elle consiste seulement à décharger matériellement le délégant d'une partie de ses attributions qui restent toujours de sa compétence et qu'il peut donc toujours traiter au lieu et place du délégataire.

En ce qui concerne les directeurs des établissements publics de santé, les textes ne prévoient que la seule délégation de signature. L'article L. 6143-7 CSP précise que « *le directeur peut déléguer sa signature dans des conditions fixées par décret* ».

L'article D. 6143-33 CSP (ex-article D. 714-12-1) a été modifié pour intégrer l'organisation en pôles d'activité dispose que : « *Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L.6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs membres du corps de direction des hôpitaux ou à un ou plusieurs fonctionnaires appartenant à un corps ou occupant un emploi classé dans la catégorie A ou la catégorie B, ou à un ou plusieurs pharmaciens des hôpitaux.*

Le directeur peut également, sous sa responsabilité, déléguer sa signature dans les conditions prévues par l'article L. 6145-16. Ceux-ci sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement. »

2°) Modalités d'attribution

a) La délégation doit être explicite

Elle ne peut résulter que d'un acte écrit ne laissant aucun doute sur la personne du délégataire ni sur l'étendue des délégations consenties. L'article D. 6143-34 CSP précise à cet égard que : « *Toute délégation doit mentionner :*

1° Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;

2° La nature des actes délégués ;

3° Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation. [...] »

b) Elle ne peut être que partielle

L'autorité délégante ne peut pas déléguer l'ensemble de ses attributions.

3°) Conditions d'entrée en vigueur

La délégation de compétence étant considérée par la jurisprudence comme un acte réglementaire (en raison de sa portée organisationnelle) et non comme une décision individuelle, elle ne devient exécutoire (opposable aux tiers) que si elle a fait l'objet d'une publication régulière.

Le dernier alinéa de l'article D. 6143-34 indique à cet égard que : « *La délégation fait l'objet des mesures de publicité prévues à l'article R. 6143-38* ». En vertu de ces dispositions, la publication des décisions de délégation s'opère par voie d'affichage dans les locaux appropriés de l'établissement lorsqu'elles portent sur des questions qui ne concernent que le personnel ou les usagers. Si elles sont opposables à des tiers (par exemple une délégation de signature en matière de marchés publics), ces décisions doivent être publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel l'établissement a son siège.

L'absence de publication ne rend pas la délégation illégale, elle la prive d'effets. Dans ces conditions, les décisions prises par le délégataire avant publication de la délégation de signature sont entachées d'incompétence.

Par ailleurs, l'article D. 6143-36 CSP a organisé une procédure spécifique d'information du conseil d'administration et du comptable qui ne constitue pas à elle seule une publicité suffisante : « *Les délégations sont communiquées au conseil d'administration et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur du budget.* »

12-2. Le conseil exécutif

Dans les centres hospitaliers, les centres hospitaliers régionaux et les centres hospitaliers universitaires, cette nouvelle instance permet d'associer plus étroitement les praticiens à la gestion. Les dispositions relatives au conseil exécutif sont applicables depuis la publication du décret susvisé du 10 mai 2005 (JO du 11 mai) qui a fixé le nombre maximum des membres de ces conseils.

12-2.1 - Compétences

Aux termes des dispositions de l'article L. 6143-6-1 CSP, le conseil exécutif :

- prépare l'ensemble des mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'ARH et, à ce titre, les délibérations énumérées à l'article L.6143-1.
- coordonne et suit l'exécution de ces délibérations ;
- prépare le projet médical ;
- prépare les plans de formation et d'évaluation mentionnés au 3° de l'article R. 6144-1 ;
- donne un avis sur la nomination des responsables de pôle clinique et médico-technique et des chefs de service ;
- donne un avis sur l'évaluation annuelle des conditions d'exécution des contrats internes, notamment la réalisation des objectifs assignés aux pôles ;
- désigne les professionnels de santé que la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques peut associer à ses travaux.

Il faut noter que, en vertu de l'article L. 6146-1 CSP, les délibérations du conseil d'administration relatives à l'organisation de l'établissement en pôles d'activité, sont adoptées par le conseil d'administration « sur proposition » du conseil exécutif. Une telle formulation implique que le conseil d'administration peut alors adopter ou refuser le projet ainsi préparé par le conseil exécutif mais ne peut pas l'amender.

12-2.2. Composition

12-2.2.1. Catégories de membres

L'article L. 6143-6-1 CSP précise que le conseil exécutif associe à parité, d'une part, des membres de l'équipe de direction, dont le directeur, président de droit, d'autre part, le président de la CME et des praticiens désignés par celle-ci ainsi que, dans les CHU, le doyen.

1°) Le collège des praticiens

a) Membres de droit

Sont membres de droit du conseil exécutif, le président de la CME et, dans les CHU, le doyen.

Dans les CHU, si le président de la CME a également la qualité de doyen, il siège au conseil exécutif en cette dernière qualité. La CME doit alors désigner l'un de ses membres pour remplacer son président au sein du conseil exécutif.

b) Membres désignés par la CME

Outre les membres de droit, ce collège comporte des praticiens désignés par la CME « *dont au moins la moitié doivent exercer les fonctions de responsables de pôle* ». Il convient de noter d'une part, que cette proportion est appréciée sur la base des seuls praticiens désignés par la CME et non à l'ensemble du collège, membres de droit compris et, d'autre part, que, compte tenu du pluriel utilisé, la CME doit désigner au moins deux responsables de pôle.

2°) Le collège des membres de l'équipe de direction

Ce collège comporte, outre le directeur de l'établissement, au moins deux membres de l'équipe de direction dans les centres hospitaliers et au moins trois dans les CHU, pour respecter la parité avec le collège des praticiens.

La circonstance que l'article L. 6143-6-1 ne comporte aucune précision sur ce point ne doit pas dissimuler tout l'intérêt qui s'attache à ce que le directeur des soins chargé de la coordination générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques siège au conseil exécutif.

12-2.2.2. Détermination du nombre de membres

Le directeur et le président de la commission médicale d'établissement fixent conjointement l'effectif du conseil exécutif qui, conformément à l'article D. 6143-37 CSP, ne peut être supérieur à :

- seize membres dans les centres hospitaliers universitaires : soit huit membres au plus pour chaque collège. Dans cette configuration maximum, le collège des praticiens comprend, outre le président de la CME et le doyen, six autres praticiens désignés par la CME dont au moins trois responsables de pôle ;

- à douze membres dans les autres centres hospitaliers : soit six membres au plus pour chaque collège. Dans cette configuration maximum, le collège des praticiens comprend, outre le président de la CME, cinq autres praticiens désignés par la CME dont au moins trois responsables de pôle.

12-2.2.3. Dispositions transitoires

Ces dispositions, prévues à l'article 7 de l'ordonnance susvisée du 2 mai 2005, concernent la composition du conseil exécutif et les conditions de nomination des responsables de pôle au sein du conseil exécutif.

1°) Maintien des instances préfigurant les conseils exécutifs

Le VIII de l'article 7 susvisé précise que, jusqu'à la date de renouvellement de la CME qui doit intervenir au plus tard pour le 30 avril 2007, les instances préfigurant le conseil exécutif, créées avant la publication de l'ordonnance, peuvent conserver leur composition initiale nonobstant l'incompatibilité prévue au 6° de l'article L. 6143-6 CSP.

Aux termes de ces dispositions, le conseil exécutif des établissements considérés peut donc transitoirement comporter plus de membres que le maximum prévu à l'article D. 6143-37 CSP, des praticiens membres du conseil d'administration ou une représentation non paritaire de la direction et des praticiens. Il revient aux EPS qui entendent se prévaloir de ces dispositions transitoires d'établir par tout moyen (décision de création, comptes rendus de réunions) qu'ils comportaient en leur sein une instance associant tout ou partie de l'équipe de direction et des praticiens et assurant au moins l'une des attributions du conseil exécutif.

2°) Nomination des responsables de pôle au sein du conseil exécutif

Le V du même article précise que, jusqu'à la date de mise en place de l'ensemble des pôles d'activité clinique et médico-technique, lorsque le nombre de responsables de pôle au sein de l'établissement n'est pas suffisant pour satisfaire au 2° de l'article L. 6143-6-1 CSP, les sièges vacants sont attribués à des chefs de service, de département ou à des coordonnateurs de fédération.

12-2.3. Conditions d'exercice et fonctionnement

Depuis la date d'entrée en vigueur des dispositions de l'article L. 6143-6-1, toute délibération du conseil d'administration doit faire l'objet d'une préparation préalable par le conseil exécutif et toute nomination de responsable de pôle doit être soumise à son avis, sous peine d'être entachées d'illégalité.

12-2.3.1. Procédure et fonctionnement

De manière générale, il faut considérer que lorsque le conseil exécutif prépare des décisions, son intervention se situe en amont de la consultation de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et, le cas échéant, de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Au contraire, lorsque le conseil exécutif est appelé à émettre un avis, celui-ci doit logiquement intervenir après la consultation de ces autres instances.

1°) Quorum

Les textes ne prévoient pas de règle de quorum pour le conseil exécutif. Conformément à une jurisprudence constante, il en résulte que le conseil exécutif ne pourra valablement délibérer que plus de la moitié de ses membres sont présents.

2°) Voix prépondérante du président

Afin de garantir que les délibérations du conseil exécutif aboutissent effectivement à des projets de décisions, l'article L. 6143-6-1 CSP prévoit qu'en cas de partage égal des voix au sein du conseil exécutif, celle de son président est prépondérante.

12-2.3.2. Régularité de la composition du conseil exécutif

La légalité des délibérations du conseil exécutif est subordonnée à la régularité de sa composition. Celle-ci peut être affectée par la présence de personnes étrangères au conseil ainsi que, lorsque le conseil examine des questions individuelles, par la présence de membres qui ne remplissent pas les conditions d'impartialité requises.

1°) Présence de personnes non membres du conseil exécutif

La présence de personnes étrangères au conseil exécutif, pendant les délibérations ou les votes de celui-ci, est de nature à entacher la légalité des décisions prises, à l'issue de la procédure, par le conseil d'administration ou par le directeur (le cas échéant, conjointement avec le président de la CME).

En vertu d'une jurisprudence constante, aucune personne ne peut assister aux délibérations d'une instance collégiale dont elle n'est pas membre (ou dont elle n'assume pas le secrétariat), sauf si un texte le prévoit expressément. A cet égard, l'article L. 6143-6-1 organise, mais pour les seuls CHU, la présence avec voix consultative du président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique.

En revanche, le conseil exécutif peut, à défaut de mention contraire dans les textes, entendre toute personne compétente sur les questions de l'ordre du jour, dès lors que ces personnes se retirent après avoir apporté les informations attendues et avant que l'instance ne commence à délibérer.

2°) L'obligation d'impartialité des membres

C'est un principe jurisprudentiel constant que lorsqu'une instance collégiale examine des questions individuelles, ses membres doivent offrir toute garantie d'impartialité à l'égard des personnes dont la situation est examinée. Cette exigence s'oppose tout d'abord à ce qu'un membre de l'instance participe aux délibérations lors de l'examen de son propre dossier.

Le juge administratif considère en outre que la condition d'impartialité n'est pas satisfaite dans les deux séries d'hypothèses suivantes.

a) En cas de communauté d'intérêts moraux ou patrimoniaux

Il en va notamment ainsi lorsqu'un membre de l'instance est l'ascendant, le descendant en ligne directe ou le conjoint de l'une des personnes dont la situation est examinée ainsi que s'il

entretient avec elle des liens résultant du concubinage ou de la conclusion d'un pacte civil de solidarité.

b) En cas de conflits personnels

A l'inverse, la jurisprudence considère également qu'est entaché d'irrégularité l'avis émis par un organisme consultatif dont l'un des membres avait manifesté une animosité personnelle particulièrement vive à l'encontre de la personne dont le dossier était examiné (CE, 20 janvier 1960, Sieur Mazière, Rec. p. 37 ; CE, Ministre de l'éducation nationale c/ Navarro et autres, 13 novembre 1989 : Avancement par nomination à un emploi de chirurgie dentaire - Irrégularité de la consultation de la commission médicale consultative du fait de la participation active aux délibérations d'un membre de ladite commission, en conflit personnel vif avec les candidats – A contrario : CE, M. Roussat, 14 mars 1994 : blâme infligé à un praticien pour n'avoir pas immédiatement alerté ses collègues de l'état préoccupant d'un de ses malades ; la présence, lors de la consultation de la CME, du praticien auteur de la plainte contre l'intéressé ne vicie pas la procédure dès lors qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que ledit praticien ait manifesté, lors de la séance, une animosité particulière à l'égard de l'intéressé).

De même, la participation aux délibérations d'un praticien qui est en conflit d'intérêt avec celui dont la situation est examinée est de nature à vicier la procédure. Ainsi, le fait qu'un praticien hospitalier, candidat déclaré à la succession du chef de service dont la CME examine le renouvellement, ait participé aux débats et ait tenu pendant cette réunion des propos de nature à influencer le sens de l'avis de cette instance entraîne l'annulation de la décision par laquelle l'autorité compétente a refusé le renouvellement du chef de service (TA de Pau, 7 novembre 1996, M. Gaudeul).

Section III : La tutelle des EPS

Le régime d'approbation des délibérations est allégé, par contre, les pouvoirs de substitution du directeur de l'ARH sont complétés et deux procédures nouvelles sont, en outre, introduites : la mise en demeure d'adopter un plan de redressement et la mise sous administration provisoire.

13-1 – Allègement du régime d'approbation des délibérations du CA

On peut parler d'un allègement de la tutelle sur ce point puisque seules restent soumises à approbation préalable les délibérations relatives à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et au projet d'établissement.

Ne sont plus soumises à approbation et deviennent exécutoires dès réception par le directeur de l'ARH (contrôle de la légalité), les délibérations relatives :

- aux conventions hospitalo-universitaires prévues aux articles L. 6142-3 et L. 6142-5 CSP,
- aux accords d'association prévus à l'article L. 6161-10),
- aux baux emphytéotiques et aux contrats de partenariat (abrogation en conséquence de l'art. L. 6148-6 CSP),
- à la prise de participation dans une société d'économie mixte.

Par ailleurs, la procédure d'approbation tacite est étendue à l'EPRD et le délai au terme duquel le silence du DARH vaut approbation tacite du projet d'établissement est ramené de six mois à trois mois.

13-1.1. Le projet d'établissement

13-1.1.1. Dispositions générales

Aux termes de l'article R. 6143-32 CSP, la délibération portant sur le projet d'établissement, mentionnée au 1° de l'article L. 6143-1, est réputée approuvée si le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de cette délibération.

13-1.1.2. Les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel

Ces deux documents qui font désormais partie du projet d'établissement donnent lieu, lors de chacune des modifications dont ils font l'objet, à délibérations adoptées par le conseil d'administration et approuvées par le directeur de l'ARH selon la procédure définie pour ce projet.

1°) Dispositions spécifiques aux programmes d'investissement

Tous les programmes d'investissement doivent être adoptés par délibération du conseil d'administration. Toutefois, les articles R. 6145-66 et R. 6145-67 CSP distinguent, comme la réglementation antérieure, les programmes qui, en raison du coût des opérations projetées, font l'objet d'une présentation détaillée et ceux qui, moins onéreux, ne donnent lieu qu'à une présentation sommaire.

Lorsque le programme d'investissement porte sur une opération immobilière, il convient que le projet de délibération précise les modalités de réalisation envisagées : marché de travaux

publics bail emphytéotique ou contrat de partenariat afin de permettre au conseil d'administration de se prononcer sur la formule proposée.

a) Programmes donnant lieu à établissement d'un dossier détaillé

Aux termes de l'article R. 6145-66 CSP, lorsqu'un programme d'investissement comprend au moins une opération de travaux dont le coût total est supérieur à un seuil qui peut être différent selon le type d'établissements et qui est fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé, le conseil d'administration délibère sur la base d'un dossier comprenant pour cette opération :

- Un rapport de présentation remplaçant l'opération dans le contexte du projet d'établissement et justifiant, le cas échéant, toute évolution par rapport à celui-ci ;
- Un dossier technique dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- Une étude sur les coûts induits par l'opération tant en matière d'exploitation que d'investissement ;
- Le plan de financement de l'opération intégré dans le plan global de financement pluriannuel révisé de l'établissement.

b) Programmes donnant lieu à établissement d'un dossier sommaire

A l'égard des autres programmes d'investissement, l'article R. 6145-67 prévoit que le conseil d'administration délibère sur la base d'un dossier comprenant :

- La liste des travaux et équipements ;
- Leur coût estimatif ;
- Le plan global de financement pluriannuel révisé de l'établissement.

2°) *Dispositions spécifiques au plan global de financement pluriannuel*

L'article L. 6145-1 CSP précise que le plan global de financement pluriannuel est, en tout état de cause, révisé lors de chaque établissement de l'état des prévisions de recettes et de dépenses.

13-1.2. L'état des prévisions de recettes et de dépenses

13-1.2.1. Dispositions générales

1°) *Motifs de rejet*

L'article R. 6145-31 prévoit que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut s'opposer au projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses lorsque celui-ci n'est pas voté conformément aux dispositions de l'article R. 6145-11 ou pour un ou plusieurs des quatre motifs suivants :

- a) Les prévisions de recettes excèdent les ressources fixées en application des articles L. 162-22-10 et R. 162-42-4 du code de la sécurité sociale et R. 6145-26 CSP ;
- b) Les prévisions de recettes sont fondées sur des prévisions d'activité manifestement erronées, portent sur des activités non autorisées ou non prévues par le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2, ou sont fondées sur des augmentations d'activité incompatibles avec les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- c) Le projet d'état des prévisions de recettes et de dépenses ne tient pas compte des engagements prévus au contrat pluriannuel mentionné ci-dessus et de son exécution ;

d) En cas de prélèvement sur le fonds de roulement ou de situation financière dégradée, les mesures de redressement de la situation financière adoptées par le conseil d'administration ne sont pas adaptées.

2°) *Approbation tacite*

Aux termes du quatrième alinéa de l'article R. 6145-29 CSP, l'EPRD est tacitement approuvé, si le DARH n'a pas fait connaître son opposition au projet de budget :

- à l'issue d'un délai de trente jours suivant la notification des décisions prévues à l'article R.162-42-4 du CSS (forfaits annuels et MIGAC) et à l'article R. 6145-26 du CSP (dotation annuelle de financement)
- ou à l'issue d'un délai de trente jours suivant la réception de l'EPRD lorsque cette date est postérieure à la date de notification de ces décisions.

13-1.2.2. Le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés

Dans la législation antérieure, les délibérations relatives aux emplois de direction et de praticiens hospitaliers étaient soumises à approbation du directeur de l'ARH et les délibérations relatives au tableau des emplois permanents lui était transmises pour contrôle de leur légalité.

La nouvelle législation a substitué à ces deux catégories de délibération, la notion de « tableau prévisionnel des effectifs rémunérés » qui constitue l'une des annexes jointes à l'EPRD ou à ses modifications. Ce tableau ne constitue pas une délibération distincte de celle par laquelle le conseil d'administration adopte l'EPRD ou le modifie. Il ne donne donc pas lieu à une approbation spécifique du directeur de l'ARH. En revanche, celui-ci peut refuser d'approuver l'EPRD en considération du contenu du tableau prévisionnel des emplois qui lui est annexé soit qu'il estime que les dépenses prévisionnelles correspondantes sont sous-évaluées, soit qu'il constate que certains emplois (de praticiens hospitaliers notamment) qui y figurent ne sont pas en rapport avec les autorisations d'activité de l'établissement, ce qui ne lui permet pas de valider les prévisions figurant dans l'EPRD, en recettes et en charges de personnel.

13-2. Les pouvoirs de substitution

Dans la législation antérieure, le directeur de l'ARH disposait d'un pouvoir de substitution en trois circonstances :

- pour arrêter le budget, à défaut d'adoption par le CA avant le 1^{er} janvier,
- pour mandater d'office une dépense ou recouvrer une recette, en cas de carence du directeur,
- pour mandater d'office les intérêts moratoires afférents à des marchés publics et, le cas échéant, modifier le budget en conséquence, en cas de carence du directeur et du conseil d'administration.

L'ordonnance du 2 mai 2005 maintient ces pouvoirs de substitution mais modifie la procédure permettant au directeur de l'ARH d'arrêter l'EPRD. L'ordonnance susvisée du 1^{er} septembre 2005 crée un nouveau pouvoir de substitution pour arrêter les comptes et l'affectation des résultats. Elle précise en outre que le directeur de l'ARH prend l'avis de la commission exécutive avant de prendre une telle mesure.

13-2.1. Fixation de l'EPRD

Si l'EPRD n'est pas adopté par le conseil d'administration au 15 mars au plus tard ou dans un délai de trente jours suivant la notification des dotations et forfaits mentionnés à l'article L.6145-1 si ce délai expire après le 15 mars, le directeur de l'ARH l'arrête lui-même sans avoir désormais à saisir préalablement la chambre régionale des comptes. L'EPRD présente alors un caractère limitatif et non évaluatif.

13-2.2. Arrêt des comptes et de l'affectation des résultats

Aux termes de l'article L. 6145-2 CSP, le directeur de l'ARH arrête les comptes et l'affectation des résultats d'exploitation au vu du compte financier produit par le comptable si le conseil d'administration n'a pas pris la délibération prévue à cet effet à une date fixée par voie réglementaire (un projet de décret en cours d'élaboration fixe cette date au 30 juin) .

13-3 – Les nouveaux instruments de tutelle

La nouvelle législation permet au directeur de l'ARH d'enjoindre aux établissements publics de santé d'adopter un plan de redressement et, le cas échéant, de les placer sous administration provisoire.

13-3.1. La mise en demeure d'adopter un plan de redressement

L'article L. 6143-3 permet au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de demander au conseil d'administration de présenter un plan de redressement lorsqu'il estime, le cas échéant après réalisation d'un audit, que la situation de l'établissement l'exige. Avant de mettre en œuvre cette mesure, le directeur de l'ARH prend l'avis de la commission exécutive.

- A défaut d'adoption d'un tel plan par le conseil d'administration et si la dégradation financière de l'établissement répond à des critères définis par décret, le directeur de l'ARH saisit la chambre régionale des comptes.
- Dans les deux mois de sa saisine, la chambre régionale évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement.
- Le directeur de l'ARH peut alors mettre en demeure l'établissement public de santé de prendre les mesures de redressement appropriées.

13-3.2. La mise sous administration provisoire

L'article L. 6143-3-1 définit une procédure de mise sous administration provisoire des établissements publics de santé qui peut être mise en œuvre par le directeur de l'ARH après avis de la commission exécutive.

13-3.2.1. Les cas d'ouverture

Initialement prévue en cas de difficulté financière grave et durable, cette mesure a été étendue par l'ordonnance susvisée du 1^{er} septembre 2005 (cf. art. 1^{er}, VIII) aux situations de carence institutionnelle majeure.

1°) En cas de difficulté financière grave et durable

Un établissement public de santé peut être placé sous administration provisoire lorsque la mise en demeure qui lui a été faite par le directeur de l'ARH d'adopter un plan de

redressement est restée sans effet pendant plus de deux mois ou en cas d'échec du plan de redressement adopté.

2°) En cas de carence institutionnelle majeure

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut également prononcer la mise sous administration provisoire d'un établissement public de santé dont le conseil d'administration, après mise en demeure restée sans effet pendant plus de deux mois, s'abstient de délibérer sur :

- le projet d'établissement ou le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment pour les urgences ;
- l'organisation en pôles d'activité ou la politique de contractualisation interne.

13-3.2.2. Les modalités d'exercice

1°) Les administrateurs provisoires

L'administration provisoire est prise par décision motivée du directeur de l'ARH. Elle est assurée par des conseillers généraux des établissements de santé désignés à cet effet par le ministre chargé de la santé dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2.

La décision du directeur de l'ARH précise :

- si les administrateurs provisoires sont substitués au conseil d'administration et au directeur ou à l'un seulement de ces deux organes
- et si le conseil exécutif est suspendu.

L'article L. 6143-3-1 indique en outre que, le cas échéant, l'un des administrateurs provisoires, nommément désigné, exerce les attributions du directeur. Cette mention permet, a contrario, l'exercice d'une direction collégiale par les administrateurs provisoires.

Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.

2°) La sortie de l'administration provisoire

La mesure est prise pour une durée maximum de douze mois. Deux mois avant la fin de leur mandat, les administrateurs provisoires remettent un rapport de gestion au DARH. Au vu de ce rapport, le directeur de l'ARH peut décider :

- a) soit de mettre en œuvre les mesures prévues à l'article L. 6122-15 et demander à l'établissement conjointement avec un ou plusieurs autres établissements publics de santé :
 - de conclure une convention de coopération ou de constituer un groupement de coopération sanitaire ou un groupement d'intérêt public
 - ou de prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.
- b) soit de proroger l'administration provisoire pour une durée maximum de douze mois.

L'administration provisoire cesse de plein droit si le directeur de l'ARH n'a pris aucune de ces décisions avant la fin du mandat des administrateurs.

CHAPITRE II LES INSTANCES CONSULTATIVES

Le présent chapitre est consacré à la commission médicale d'établissement (section I), à sa ou ses sous-commissions spécialisées en matière de qualité et de sécurité des soins (section II), au comité technique d'établissement (section III) et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (section IV).

Section I - La commission médicale d'établissement

Le I de l'article L. 6144-1 CSP indique que « *dans chaque établissement public de santé, il est créé une commission médicale d'établissement dotée de compétences consultatives et appelée à préparer, avec le directeur dans les hôpitaux locaux et avec le conseil exécutif dans les autres établissements publics de santé, des décisions dans des matières et dans des conditions fixées par voie réglementaire* ».

Le décret susvisé du 7 juillet 2005, pris en application de cette disposition, a défini la nouvelle réglementation applicable à ces commissions. Les dispositions issues de ce texte ont été re-codifiées sous les articles R. 6144-1 à R. 6144-30 par le décret susvisé du 20 juillet 2005.

21-1. Compétences

Aux termes de l'article R. 6144-1 CSP, la CME voit ses compétences consultatives obligatoires étendues à l'ensemble des matières donnant lieu à délibération du conseil d'administration et aux actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

Pour lui permettre d'assurer ses différentes missions, le même article indique que la CME doit être régulièrement tenue informée de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers.

Il convient de distinguer les matières sur lesquelles la CME est appelée à émettre un avis des projets de décisions à la préparation desquels elle contribue. Les attributions qu'elle exerce dans les procédures de contrôle du respect par les praticiens concernés de leurs obligations en matière de formation médicale continue et d'évaluation individuelle de leurs pratiques professionnelles appellent des commentaires particuliers.

21-1.1. Les matières soumises à l'avis de la CME

La CME est obligatoirement consultée sur les projets suivants :

1° Les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1

A la différence de l'ancienne législation l'article R. 6144-1 n'énumère pas limitativement les délibérations sur lesquelles la CME doit rendre un avis. La CME est donc consultée sur l'ensemble des projets de délibération soumis au conseil d'administration.

2° Le projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Il s'agit du projet des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, prévu à l'article L. 6146-9 et sur lequel la CME est appelée à émettre un avis distinct de celui qu'elle rendra sur le projet d'établissement dont il constitue cependant l'un des volets.

3° Le fonctionnement de certains pôles d'activité administratifs ou logistiques

La CME est consultée sur le fonctionnement des pôles y compris celui des pôles autres que cliniques et médico-techniques lorsque ce fonctionnement intéresse la qualité des soins ou la santé des malades.

4° Evaluation des conditions d'exécution des contrats internes

L'article L. 6145-15 précise que les cosignataires du contrat interne évaluent annuellement à ses conditions d'exécution, en particulier la réalisation des objectifs assignés au pôle, après avoir pris notamment l'avis de la CME.

5° Les nominations des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique

Il faut noter que la CME rend ses avis relatifs aux nominations des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique en formation plénière et non pas en formation restreinte.

6° Questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens

En revanche c'est dans la formation restreinte prévue à l'article R. 6144-23 que la CME émet un avis sur les questions individuelles relatives au recrutement et à la carrière des praticiens, dans les cas et selon les modalités définis par les dispositions régissant les différentes catégories de praticiens.

Concrètement, les questions individuelles sur lesquelles la CME est appelée à émettre un avis sont prévues par les textes qui régissent les différentes catégories de praticiens.

21-1.2. Les mesures préparées par la CME

21-1.2.1. Les matières concernées

Ces attributions sont définies aux 2° et 3° de l'article R. 6144-1. Comme dans la législation antérieure, la CME prépare le projet médical et les plans de formation des praticiens. En outre, le nouveau texte lui confie la préparation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Elle n'est plus expressément chargée de préparer les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité des soins dans la mesure où la préparation de ces mesures relève dorénavant de la ou des sous-commissions qui lui sont rattachées à cet effet (cf. infra § 22-1).

1° Le projet médical de l'établissement

Le 1° de l'article R. 6144-1 précise que le projet médical de l'établissement définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec le schéma d'organisation sanitaire dont l'organisation en pôles cliniques et médico-techniques et, le cas échéant, de leurs structures internes.

2° La formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens

La CME est associée à l'organisation de la formation continue (FMC) et des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). A cet effet, elle prépare les plans de formation et la programmation des actions d'évaluation des pratiques professionnelles. On

rappelle que les dispositions législatives relatives à la FMC ont été modifiées par la loi susvisée du 9 août 2004 qui, par ailleurs a instauré une obligation d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles pour l'ensemble des médecins.

21-1.2.2. Procédure

1° La notion de préparation conjointe

Dans les deux cas, le texte précise que cette préparation s'opère :

- conjointement avec le directeur dans les hôpitaux locaux,
- conjointement avec le conseil exécutif dans les centres hospitaliers, les CHR et les CHU.

La procédure de préparation conjointe constitue une formule originale de consultation qui paraît occuper une position intermédiaire entre les formules traditionnelles de l'avis (où l'organisme consultatif est saisi d'un projet élaboré par l'administration) et de la proposition (où l'initiative de la rédaction du projet est laissée à l'organisme consultatif). La notion de préparation commune suppose, sinon une rédaction intégralement collégiale du projet, du moins une étroite concertation lors de son élaboration entre la CME et, selon les cas, le directeur ou le conseil exécutif, jusqu'à parvenir à un projet commun.

2° Conditions de délégation au président de la CME

La CME peut mandater son président pour préparer le projet médical ainsi que les plans de formation des praticiens et les actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. C'est alors le président qui prépare ces mesures, selon le cas, avec le directeur ou avec le conseil exécutif.

S'agissant du projet médical, la CME qui confie un tel mandat à son président sera amenée en tout état de cause amenée à émettre un avis sur ce projet à l'occasion de l'examen du projet d'établissement.

S'agissant de la formation continue et de l'évaluation des pratiques professionnelles, seules peuvent faire l'objet d'un tel mandat la préparation des mesures d'organisation des actions correspondantes. Par contre, la CME ne peut confier à son président le soin de procéder, à sa place, à l'examen du respect par chaque praticien de son obligation de formation ou à la certification du respect par chaque médecin de son obligation d'évaluation.

21-1.3. Suivi de l'obligation de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles

Il convient de rappeler que l'obligation de formation médicale continue prévue à l'article L.4133-1 concerne l'ensemble des praticiens mentionnés à l'article L.6155-1 (médecins, odontologistes et pharmaciens) alors que les actions d'évaluation des pratiques professionnelles ne sont obligatoires que pour les seuls médecins.

21-1.3.1 Respect de l'obligation de formation continue

Aux termes de l'article L. 4133-1, les praticiens concernés « *sont tenus de transmettre au conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 4133-4 les éléments justifiant de leur participation à des actions de formations agréées, à des dispositifs d'évaluation, notamment ceux mentionnés à l'article L. 4133-1-1, ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation* ».

1°) Modalités d'intervention de la CME dans le dispositif de FMC

Le second alinéa du 3° de l'article R.6144-1 précise que la CME examine, en formation restreinte :

a) D'une part, les mesures relatives au respect de cette obligation prises par les conseils régionaux de formation continue des personnels mentionnés à l'article L. 6155-1

Ces mesures sont celles prévues aux 2° et 3° de l'article L. 4133-4 et par lesquelles, selon les cas, chaque conseil régional :

- soit valide, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation définie à l'article L.4133-1 ;
- soit formule des observations et des recommandations en cas de non-respect de cette obligation.

b) D'autre part, les conclusions des organismes agréés chargés de l'évaluation des praticiens mentionnée à l'article L. 4133-1

Il s'agit des conclusions émises par les organismes agréés dans le cadre des dispositifs d'évaluation mentionnés à l'article L. 4133-1. Pour l'ensemble des praticiens soumis à cette obligation, il s'agit de dispositifs spécifiques d'évaluation de la formation continue. Pour les médecins, ces dispositifs peuvent être également, ceux mis en place dans le cadre de l'EPP.

2°) Nature de l'examen auquel procède la CME

Compte tenu des dispositions ci-dessus rappelées de l'article R. 6144-1, et sous réserve des précisions qui seront apportées par le décret relatif à l'obligation de formation médicale continue actuellement en cours d'élaboration, l'examen, par la CME, des dossiers individuels de formation continue des praticiens a essentiellement pour objet de la tenir informée des mesures prises par le conseil régional de la formation et des conclusions formulées par les organismes d'évaluation agréés.

21-1.3.2. Respect de l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles

Aux termes de l'article L. 4133-1-1, « *l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés. // Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 4134-5 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret* ».

Les mesures d'application de ces dispositions sont définies par les articles D. 4133-23 à D.4133-34.

1°) Modalités d'intervention de la CME dans le dispositif d'EPP

a) Principe

Le troisième alinéa du 3° de l'article R. 6144-1 précise que la CME certifie, en formation restreinte, l'accomplissement de chaque évaluation des pratiques professionnelles dans les conditions définies par le décret prévu à l'article L. 4133-1-1.

b) Recours à des praticiens experts

Par ailleurs, lorsque ces EPP n'ont pas été conduites avec le concours d'un organisme agréé par la Haute Autorité de santé (cf. art. D. 4133-25, 2°), la commission délivre les certificats après avis d'un médecin expert, praticien hospitalier, extérieur à l'établissement et désigné selon des modalités définies par la Haute Autorité de santé.

L'article R. 6144-27 précise qu'elle entend alors cet expert en formation restreinte. Par contre, celui-ci n'est pas au nombre des personnes énumérées à l'article R. 6144-28 qui assistent aux séances avec voix consultative. Il en résulte qu'il doit quitter la séance avant que la CME ne commence à délibérer.

2°) *Nature de la certification de l'EPP*

La délibération par laquelle la CME certifie ou non qu'un médecin a satisfait à son obligation d'EPP n'est pas un simple avis mais constitue une mesure faisant grief.

21-2. Composition de la CME

La nouvelle réglementation modifie la composition des CME des centres hospitaliers et des centres hospitaliers universitaires. En revanche, les modalités de composition des CME des hôpitaux locaux et des syndicats interhospitaliers demeurent inchangées.

21-2.1. *Les CME des centres hospitaliers autres que les CHU*

21-2.1.1. *Représentation des praticiens titulaires*

L'article R. 6144-2 conserve les principes de la composition antérieure de ces CME, articulée autour :

- d'une représentation des structures dont les responsables sont membres de droit de l'instance
- et d'un nombre égal de praticiens titulaires élus.

1°) *Les membres de droit*

A cet égard, le 1° de l'article R. 6144-2 indique que sont membres de droit de ces CME :
 « *Les responsables de pôle d'activité clinique ou médico-technique ainsi que, dans les pôles d'activité comportant plusieurs services ou structures médicales, pharmaceutiques ou odontologiques, les chefs de service et, le cas échéant, le pharmacien gérant mentionné à l'article 258 du décret du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, ou les responsables des structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques mentionnées à l'article R. 6144-7.* »

Par rapport à l'ancienne réglementation, sont intégrés dans la catégorie des membres de droit :

- a) les responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique mentionnés à l'article L.6146-3
- b) le cas échéant, le pharmacien gérant

Il faut distinguer la notion de « pharmacien gérant » de celle de « pharmacien chargé de la gérance » d'une pharmacie à usage intérieur. Les pharmaciens gérants constituent une catégorie statutaire créée par le décret du 17 avril 1943 et classée en cadre d'extinction par le décret n° 96-182 du 7 mars 1996. Dans la précédente réglementation, le pharmacien gérant était déjà membre de droit de la CME mais faisait l'objet d'une mention particulière (cf. ex-art. R. 714-16-1, 4°).

c) les responsables des certaines structures médicales, pharmaceutiques et odontologiques

Comme dans la réglementation précédente :

- les chefs des services créés en vertu de la législation antérieure à l'ordonnance du 2 mai 2005 siègent à ce titre ;
- les responsables des unités fonctionnelles sont exclus de la catégorie des membres de droit de la CME (cf. modification en ce sens de l'art. R. 6144-7 par le V de l'art. 6 du décret susvisé du 26 décembre 2005).

En revanche, il n'est plus fait mention des chefs de département ni des coordonnateurs de fédérations puisque ces structures disparaissent dans la nouvelle législation.

Toutefois, des praticiens responsables de structures internes autres que les services et les unités fonctionnelles peuvent avoir la qualité de membres de droit de ces CME. A cet effet, l'article R. 6144-7 précise que : *« lorsque les pôles d'activité clinique et médico-technique sont constitués de structures internes mentionnées à l'article L.6146-5, le conseil d'administration définit dans le règlement intérieur celles de ces structures, autres que les unités fonctionnelles, dont les responsables siègent à la commission médicale d'établissement au titre du collège faisant l'objet du 1° de l'article R. 6144-2 ».*

Il revient donc au règlement intérieur de dresser la liste des structures internes des pôles d'activité clinique et médico-technique, autres que les services et les unités fonctionnelles, dont les responsables seront membres de droit de la CME, au vu de critères tendant à assurer une représentation équilibrée et non redondante des diverses disciplines et spécialités assurées par le centre hospitalier.

2°) Limitation à quarante du nombre des praticiens titulaires

L'article R. 6144-3 permet aux centres hospitaliers dont la CME comporte plus de vingt membres au titre du collège des praticiens titulaires membres de droit de ramener cet effectif à vingt. Compte tenu de la règle de parité définie entre les deux collèges de praticiens titulaires, cette mesure permet de plafonner le nombre de leurs membres à quarante. Cette faculté a pour objet de permettre aux centres hospitaliers concernés de limiter la taille de leur CME par référence à l'effectif des CME de CHU (52 membres).

Les conditions dans lesquelles une telle réduction est opérée sont définies dans le règlement intérieur de l'établissement, sur proposition de la CME. Cet exercice consiste à définir des critères en application desquels certaines des structures internes de l'établissement ne seront pas représentées au sein de la CME. Ces critères doivent garantir une représentation équitable des diverses disciplines ou spécialités de l'établissement. A cet égard, le fait de privilégier la représentation des structures les plus importantes, au regard de leur volume d'activité et du nombre de leurs personnels, ne doit pas conduire à évincer de toute représentation une structure de taille plus modeste qui serait la seule à assurer une discipline ou une spécialité particulière dans l'établissement.

21-2.1.2. Représentation des autres catégories de personnels

Le nombre de ces membres passe de sept à huit. Le siège supplémentaire bénéficie aux praticiens non titulaires.

1°) Les praticiens non titulaires

Tous les praticiens non titulaires sont désormais regroupés en un seul collège défini au 3° de l'article R.6144-2. Les praticiens attachés comptent désormais deux représentants. Le collège comporte ainsi cinq sièges répartis en trois catégories.

a) La catégorie des assistants

Il s'agit des assistants mentionnés à l'article R. 6152-503, à l'exclusion des assistants associés R. 6152-538. Cette catégorie comporte deux représentants élus par et parmi les assistants.

b) La catégorie des praticiens attachés

Il s'agit des praticiens attachés mentionnés à l'article R. 6152-602, à l'exclusion des praticiens attachés associés mentionnés à l'article R. 6152-632 ainsi que, dans les activités psychiatriques, des médecins vacataires mentionnés à l'article 14 de la loi susvisée du 31 décembre 1985. Pour être électeurs et éligibles ces praticiens attachés et ces médecins vacataires doivent respectivement accomplir trois demi-journées ou trois vacations par semaine. Cette catégorie comporte deux représentants élus par et parmi les praticiens considérés.

c) La catégorie des praticiens adjoints contractuels et des praticiens contractuels

Il s'agit des praticiens adjoints contractuels régis par le décret susvisé du 6 mai 1995 et des praticiens contractuels mentionnés à l'article R. 6152-402. Cette catégorie un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels et les praticiens contractuels.

Comme dans la réglementation précédente, si tous les praticiens contractuels ont la qualité d'électeurs, seuls sont éligibles ceux qui sont mentionnés au 6° de l'article R. 6152-402 : c'est-à-dire ceux qui sont recrutés « *pour assurer certaines missions spécifiques, temporaires ou non, nécessitant une technicité et une responsabilité particulières et dont la liste est définie par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé* ». La liste de ces missions est fixée par l'arrêté susvisé du 17 janvier 1995.

2°) Les représentants des internes et des sages-femmes

Leur nombre et leur modalités de désignation restent inchangés :

- a) deux représentants des internes et des résidents, élus par l'ensemble des internes en médecine, des internes en pharmacie, des internes en odontologie et des résidents affectés dans l'établissement ;
- b) une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes et siégeant avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

21-2.1.3. Autres règles de composition

1°) Les règles d'équilibre de représentation

Les règles d'équilibre de représentation entre, d'une part, les deux collèges de praticiens titulaires (membres de droit et élus) et, d'autre part, les trois autres collèges de la CME (praticiens non titulaires, internes et représentant des sages-femmes) sont modifiées au bénéfice de ces derniers. Jusque là, le nombre des membres autres que les praticiens titulaires ne pouvait être supérieur à la moitié de celui des membres de droit (soit le quart de l'ensemble des praticiens titulaires). Le dernier alinéa de l'article R. 6144-2 indique dorénavant que leur nombre ne pourra excéder celui des membres de droit (soit la moitié de l'effectif des praticiens titulaires).

En d'autres termes, alors que la précédente réglementation requérait que la CME comporte au minimum, vingt-huit praticiens titulaires pour que les sept autres membres puissent siéger, un nombre de seize praticiens titulaires permet dorénavant la représentation des huit représentants des trois autres catégories de membres.

2°) Compositions dérogatoires

A titre dérogatoire, l'article R. 6144-4 prévoit que la CME peut être constituée de l'ensemble des praticiens titulaires de l'établissement :

- d'une part, et comme antérieurement, lorsque le nombre des praticiens titulaires éligibles est au plus égal à celui des membres de droit ;
- d'autre part, lorsque les membres de droit n'excèdent pas un nombre que le nouvel article fait passer de deux à trois.

Dans la première hypothèse, le nombre des membres des trois autres collèges ne peut excéder la moitié de celui des praticiens titulaires (cf. nouvelles règles d'équilibre mentionnées au 1° supra).

Dans la seconde hypothèse, le nombre des membres des trois autres collèges ne peut excéder celui des praticiens titulaires (maintien des dispositions réglementaires antérieures).

3°) Centres hospitaliers ayant passé convention d'association avec un CHU

L'article R. 6144-5 reprend les dispositions de la réglementation antérieure précisant les conditions dans lesquelles les personnels enseignants et hospitaliers, affectés dans un centre hospitalier ayant conclu une telle convention d'association, sont représentés au sein de sa CME.

Il précise notamment que les praticiens hospitaliers-universitaires qui exercent leurs fonctions à titre temporaire, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et les assistants hospitaliers universitaires sont électeurs et éligibles dans la catégorie des assistants dont le nombre de sièges passe alors de deux à trois.

21-2.2. Les CME de CHU

L'article R. 6144-8 conserve les principes antérieurs de composition des CME de CHU qui reposent sur une double représentation des disciplines (médecine, psychiatrie, radiologie, chirurgie, gynécologie obstétrique, biologie, anesthésie-réanimation, pharmacie et odontologie) et des statuts. Le nombre total de membres de ces commissions passe de cinquante-deux à cinquante-quatre.

Comme dans la précédente réglementation, la composition des CME de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, de l'Assistance publique de Marseille et des hospices civils de Lyon demeurent régies par des dispositions spécifiques et l'article R. 6144-12 précise que les CME des CHU de Pointe-à-Pitre et de Fort-de-France demeurent composées dans les conditions définies par les dispositions combinées des articles R.6144-2 et R. 6144-5.

21-2.2.1. Représentation des praticiens titulaires

1°) Nombre de sièges

Les deux sièges supplémentaires bénéficient à la représentation des praticiens titulaires (44 sièges au lieu de 42 antérieurement) pour le groupe de disciplines de médecine, radiologie et psychiatrie (16 sièges au lieu de 15) et pour la discipline de chirurgie (11 au lieu de 10).

2°) Les règles d'équilibre de représentation

La principale modification tient à l'inversion de la règle d'équilibre de représentation entre les praticiens hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel. Jusque là, les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) détenaient la moitié des sièges (21 sièges sur 42), l'autre moitié étant répartie entre les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH : 7 sièges) et les praticiens hospitaliers (14). Désormais la moitié des sièges est attribuée aux praticiens hospitaliers (22 sur 44), l'autre moitié étant répartie entre les PU-PH (17) et les MCU-PH (5). Toutefois, le texte prévoit qu'en l'absence de praticien hospitalier odontologiste, le siège correspondant est attribué aux MCU-PH.

21-2.2.2. Représentation des autres catégories de membres

Le nombre de ces membres reste fixé à dix :

- sept praticiens non titulaires,
- un représentant des internes en médecine, des internes en odontologie et des résidents,
- un représentant des internes en pharmacie,
- une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes qui siège avec voix délibérative lorsque les questions à l'ordre du jour concernent la gynécologie-obstétrique et avec voix consultative pour les autres questions.

Les sept sièges attribués aux praticiens non titulaires sont répartis entre les trois catégories suivantes :

a) Personnel enseignant et hospitalier non titulaire

Cette catégorie comporte trois représentants élus par et parmi les praticiens hospitaliers-universitaires qui exercent leurs fonctions à titre temporaire, les chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux, les assistants hospitaliers universitaires dans les disciplines biologiques et mixtes mentionnés aux 2^o et 3^o de l'article 1^{er} du décret du 24 février 1984 susvisé et les assistants hospitaliers universitaires des centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires, mentionnés au B de l'article 1er du décret du 24 janvier 1990 susvisé.

b) Les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés

Cette catégorie comporte trois représentants élus par et parmi les assistants des hôpitaux mentionnés à l'article R. 6152-501 (à l'exclusion des assistants associés R. 6152-538) et les praticiens attachés mentionnés à l'article R. 6152-602 (à l'exclusion des praticiens attachés associés mentionnés à l'article R. 6152-632) effectuant au moins trois demi-journées par semaine.

c) Les praticiens adjoints contractuels et les praticiens contractuels

Le septième siège est attribué à un représentant élu par et parmi les praticiens adjoints contractuels et les praticiens contractuels. Comme dans la réglementation précédente, si tous les praticiens contractuels ont la qualité d'électeurs, seuls sont éligibles ceux qui sont mentionnés au 6° de l'article R. 6152-402.

21-2.2. Les conditions des élections à la CME

21-2.2.1. Les conditions générales des élections

Les articles R. 6144-16 et R. 6144-18 reprennent les dispositions de la précédente réglementation. De même, l'article R. 6144-22 maintient le principe d'une détermination par arrêté ministériel, de la procédure des élections des membres titulaires et suppléants de la CME.

21-2.2.2. La procédure des élections

La procédure de ces élections est désormais fixée par l'arrêté du 3 novembre 2005 (JO du 25 novembre) qui abroge le précédent arrêté du 24 octobre 1994. Pour l'essentiel, le nouveau texte reprend la procédure antérieure, notamment le calendrier électoral, et se borne à assurer les aménagements rendus nécessaires par les modifications intervenues dans la composition de ces instances ainsi que ceux induits par la nouvelle codification. Il comporte cependant des modifications sensibles sur les points suivants.

1°) Votes par correspondance

L'article 10 (ex-article 12 du précédent arrêté) comporte des dispositions relatives à la présentation des bulletins de vote et aux modalités du vote par correspondance. Il assouplit le calendrier des votes par correspondance. Jusque là ces votes devaient être adressés par voie postale ou remis à la direction au plus tard deux jours francs avant la date du scrutin. Dorénavant, et à l'instar de ce qui est prévu pour les élections au CTE, il est seulement exigé qu'ils parviennent au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin.

2°) Les candidats ex æquo sont départagés en fonction de l'âge

L'article 12 (ex-article 14 du précédent arrêté) rappelle les conditions requises par l'article R.6144-16 CSP pour être déclaré élu au premier et au second tour de scrutin.

A la différence du texte précédent, son dernier alinéa permet de départager, dès le premier tour, des candidats ex æquo, en attribuant le siège au plus âgé, alors que la rédaction du précédent arrêté réservait cette procédure au seul deuxième tour.

3°) Procédure simplifiée en cas d'élections partielles

L'article 16 (ex-article 19 du précédent arrêté) permet aux EPS de simplifier, dans leur règlement intérieur, la procédure électorale définie par le présent arrêté lorsque ces établissements organisent des élections partielles (remplacement de membres en cours de mandat). Dans l'arrêté précédent, cette simplification ne pouvait être mise en œuvre qu'à l'occasion des élections partielles concernant les internes. Dorénavant, le règlement intérieur de l'établissement peut adopter une procédure électorale simplifiée pour toute élection partielle quels que soient les sièges à pourvoir.

Concrètement, les simplifications définies par le règlement intérieur ne peuvent déroger qu'aux dispositions relatives au calendrier et aux délais de procédure prévus par l'arrêté pour les élections générales de la CME.

21-3. Règles de fonctionnement

Les règles de fonctionnement définies par la réglementation antérieure sont pour l'essentiel conservées. Il en va notamment ainsi du régime de la présidence et de la vice-présidence (cf. art. R. 6144-20 et R. 6144-21), des conditions de convocation, de fixation de l'ordre du jour et de détermination du quorum de la CME (cf. art. R. 6144-24 et R. 6144-25).

En revanche, la nouvelle réglementation modifie les conditions dans lesquelles la CME siège en formation restreinte et impose dans certaines hypothèses la constitution d'un bureau au sein de la CME ainsi que la tenue d'une assemblée générale du corps médical.

21-3.1. La formation restreinte

L'article R. 6144-23 CSP définit les cas dans lesquels la CME siège en formation restreinte ainsi que la composition qui est alors la sienne. Désormais, la CME ne siègera plus en formation restreinte pour examiner les questions relatives à la nomination et au renouvellement des praticiens responsables des diverses structures cliniques et médico-techniques.

Par ailleurs, pour l'organisation des séances en formation restreinte, les pharmaciens gérants siègeront avec les praticiens temps plein et temps partiel. Les assistants, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels, les praticiens attachés siègeront en un même collège.

21-3.2. Le bureau de la CME

L'article R. 6144-26 rend obligatoire la constitution d'un bureau dans les CME qui comportent plus de vingt membres. La composition du bureau, ses règles d'organisation et de fonctionnement sont définies par le règlement intérieur de la CME.

Le règlement intérieur d'une CME peut prévoir la constitution d'un bureau en dehors des cas où une telle constitution est obligatoire.

21-3.3. L'assemblée générale du corps médical

L'article R. 6144-30 rend obligatoire, lorsque plus de la moitié des praticiens exerçant dans l'établissement ne siègent pas à la CME, la réunion de l'assemblée générale du corps médical, en vue de son information au moins deux fois par an. Les règles d'organisation et de fonctionnement de l'assemblée générale sont définies par le règlement intérieur de l'établissement.

Le règlement intérieur d'un établissement peut organiser la tenue d'une assemblée générale du corps médical en dehors des cas où celle-ci est obligatoire.

21-4. Dispositions transitoires

21-4.1. Les délais de renouvellement des CME des centres hospitaliers et des CHU

Le III de l'article 7 de l'ordonnance susvisée du 2 mai 2005 indique que « *Les mandats des membres des commissions médicales des établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux, en cours à la date de publication de la présente ordonnance, sont prorogés jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la constitution de l'ensemble de l'établissement en pôles d'activité clinique et médico-technique. Le cas échéant, ce délai est prolongé jusqu'à l'expiration d'un délai de quatre mois suivant la publication du décret prévu à l'article L. 6144-2 du code de la santé publique* ».

Il résulte de ces dispositions, qui sont rappelées au IV de l'article 6 du décret susvisé du 7 juillet 2005, que les CME des centres hospitaliers et des CHU ne peuvent être constituées dans leur nouvelle composition qu'après la mise en place de l'ensemble des pôles cliniques et médico-techniques. Par ailleurs, les établissements considérés devront avoir renouvelé leurs CME conformément à la nouvelle réglementation, dans le délai de quatre mois suivant la mise en place de l'ensemble de leurs pôles. En d'autres termes les établissements qui feront usage de la faculté de mettre en place leurs pôles pour le 31 décembre 2006 au plus tard devront renouveler leur CME pour le 30 avril 2007, dernier délai.

Par contre, les dispositions précitées ne concernent que des CME en cours de mandat à la date de publication de l'ordonnance. Elles ne s'appliquent donc pas au cas des CME qui viendraient à être constituées, après cette date, dans des centres hospitaliers ayant fait l'objet des transformations prévues à l'article L. 6141-7-1, notamment suite à une fusion. Ces CME devront être, en conséquence, composées dans les conditions définies par la nouvelle réglementation sans attendre la mise en place des pôles d'activité au sein des nouveaux établissements résultant de ces transformations. Les responsables de pôle intégreront donc le collège des membres de droit au fur et à mesure de leur désignation.

21-4.2. Dérogation à la limitation du nombre des mandats des présidents de CME

Le second alinéa du IV de l'article 6 du décret susvisé du 7 juillet 2005 prévoit que : « *par dérogation aux dispositions de l'article R. 714-16-19 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du présent décret, les présidents de ces commissions qui se trouvent, à cette même date [celle du renouvellement de la CME dans les quatre mois suivant la mise en place des pôles], dans l'un des cas prévus au second alinéa de cet article peuvent exercer un nouveau mandat consécutif* ».

Aux termes du second alinéa de l'article R. 6144-20 CSP [ex-article R. 714-16-19] : « *un même praticien hospitalier ne peut assurer les fonctions de président de la commission médicale au-delà de deux mandats successifs, ou de trois mandats successifs si la durée du premier, exercé à la suite de la cessation anticipée de fonctions d'un autre président, n'a pas excédé deux ans. Il peut à nouveau exercer ces fonctions après un intervalle de quatre ans* ».

Il en résulte donc qu'un président de CME qui, à la date du prochain renouvellement de cette instance achève un deuxième ou un troisième mandat, peut en briguer un autre au sein de la nouvelle CME.

Section II : Les sous-commissions de la CME

Le II de l'article L. 6144-1 prévoit que la commission médicale d'établissement comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée par le règlement intérieur de l'établissement, 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.

L'objet de ces dispositions est d'améliorer l'efficacité des politiques des établissements publics de santé en matière de qualité et de sécurité des soins :

- d'une part, en plaçant toutes les instances spécialisées dans ces différents domaines sous l'égide de la CME qui devient ainsi garante de la cohérence des mesures proposées ;
- d'autre part, en permettant aux établissements publics de santé d'adapter l'organisation de ces instances à leurs caractéristiques et besoins spécifiques et, en particulier, de regrouper les attributions des instances actuelles sur un nombre réduit de sous-commissions, voire sur une seule afin de favoriser l'efficacité des politiques concernées.

Le décret n° 2006-550 du 15 juin 2006 relatif à ces sous-commissions définit les modalités d'exercice des compétences de cette ou de ces sous-commissions ainsi que le cadre général de leur composition dans les articles R. 6144-30-1 à R. 6144-30-9 du code de la santé publique.

Le décret introduit ces nouvelles instances dans la réglementation spécifique à l'hémovigilance, à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ainsi qu'à la lutte contre les infections nosocomiales. A cet effet, il substitue, dans les établissements publics de santé et les syndicats interhospitaliers (SIH) autorisés à exercer les missions d'un établissement de santé, les sous-commissions spécialisées de la CME aux anciennes commissions ad hoc définies par décret : le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance (CSTH), la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) et le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN).

En revanche, le CSTH, la COMEDIMS et le CLIN demeurent en vigueur dans les établissements de santé privés et leur constitution est rendue obligatoire dans les groupements de coopération sanitaire (GCS) autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Par ailleurs, le décret susvisé du 15 juin 2006 étend les autres politiques de vigilance (biovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance et réactovigilance) aux SIH et GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

22-1. Les attributions des sous commissions de la CME

Il convient d'examiner le champ de compétences de ces sous-commissions, la définition de leurs missions et la procédure de leur consultation dans le cadre de l'élaboration de la politique de qualité et de sécurité des soins.

22-1.1. Le champ des compétences

Aux termes des dispositions du II de l'article L. 6144-1, les compétences consultatives de cette ou de ces sous-commissions s'étendent à tout ce qui est relatif à la qualité et la sécurité des soins, notamment :

- 1° Le dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 ;
- 2° La lutte contre les infections nosocomiales mentionnée à l'article L. 6111-1 ;

3° La définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et l'organisation de la lutte contre les affections iatrogènes mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5126-5 ;

4° La prise en charge de la douleur mentionnée à l'article L. 1112-4.

22-1.2. Missions

L'article R. 6144-30-1 CSP précise à cet égard que, dans le cadre des attributions qui leur sont confiées, chaque sous-commission :

- 1°) participe à l'évaluation des pratiques des différents secteurs d'activité de l'établissement ;
- 2°) apprécie l'impact de la mise en œuvre des mesures adoptées par le conseil d'administration ;
- 3°) élabore un programme annuel d'actions et formule des recommandations ;
- 4°) rend compte de ses analyses et activités dans un rapport annuel.

Le dernier alinéa de l'article R. 6144-30-2 précise que les sous-commissions peuvent préconiser la réalisation d'enquêtes ou d'audits.

Par ailleurs, la ou les sous-commissions en charge de la sécurité transfusionnelle et de l'hémovigilance, de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et de la lutte contre les affections iatrogènes ou de la lutte contre les infections nosocomiales devront assurer les missions définies respectivement aux articles R. 1221-45 à R. 1221-48, R. 5126-48 et R. 6111-1 à R. 6111-3 CSP.

22-1.3. Procédure de consultation

La politique de qualité et de sécurité des soins ainsi que les mesures adoptées en vue de sa mise en œuvre doivent s'élaborer dans le cadre de la procédure consultative définie aux deux derniers alinéas de l'article R. 6144-30-1. Ces dispositions associent étroitement la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), le comité technique d'établissement (CTE), le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) et la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRU) à l'élaboration de cette politique et de ces mesures. Les sous-commissions jouent, sous le contrôle de la CME, un rôle d'initiative et d'impulsion primordial en matière de qualité et de sécurité des soins.

En effet, les programmes élaborés, les propositions, rapports et avis émis par la ou les sous-commissions sont soumis à l'examen de la CME puis transmis à la CSIRMT, au CTE, au CHSCT et à la CRU, accompagnés de l'avis émis par la CME.

Les projets de délibération soumis au conseil d'administration et relatifs à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins devront être accompagnés des avis émis par ces différentes instances.

Toutefois, ce circuit n'est pas en sens unique puisque l'avant-dernier alinéa de l'article R.6144-30-2 précise que chaque sous-commission est destinataire des délibérations adoptées par le conseil d'administration en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que des avis, vœux ou propositions émis par les autres instances consultatives sur les questions concernant son domaine d'attribution.

22-2. La composition des sous-commissions

22-2.1. Dispositions communes à l'ensemble des établissements

L'article R. 6144-30-5 définit les principes de composition des sous-commissions de la CME applicables à l'ensemble des établissements publics de santé et des syndicats interhospitaliers.

22-2.1.1. Membres de droit

Sont membres de droit de cette ou de ces sous-commissions, le directeur de l'établissement ou le représentant qu'il désigne ainsi que le président de la CME ou le représentant qu'il désigne.

22-2.1.2. Représentants de la CME

Chaque sous-commission comporte un collège de praticiens désignés en son sein par la CME.

22-2.1.3. Collège des experts

Siègent à ce titre, les professionnels médicaux ou non médicaux dont l'expertise est nécessaire à l'exercice des missions de la sous-commission en raison d'une qualification, d'une compétence ou d'une expérience particulière qu'ils détiennent dans les matières relevant des attributions de cette instance. Le 2° de l'article R. 6144-30-5 distingue cinq catégories d'experts. Certains d'entre eux sont désignés, d'autres siègent de droit.

1°) Les experts désignés

Le texte (art. R. 6144-330-5, a) à c) du 2°) énumère trois types d'experts :

- des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes désignés en son sein ou non par la CME ;
- des personnels paramédicaux désignés par le président de la CSIRMT ;
- des experts n'appartenant pas aux deux catégories précédentes et qui sont désignés, en tant que de besoin, dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement.

Ces experts peuvent être désignés parmi des professionnels exerçant dans d'autres établissements.

Lorsque le règlement intérieur n'institue qu'une seule sous-commission, compétente à l'égard de toutes les matières relevant de la qualité et de la sécurité des soins, ou lorsqu'il confie l'examen de plusieurs matières à une même sous-commission, la composition du collège des experts désignés dans les conditions susmentionnées peut varier en fonction des matières examinées.

2°) Les experts membres de droit

Siègent de droit, en fonction des questions examinées par chaque sous-commission, les référents locaux des diverses politiques de vigilance ainsi que, en matière d'hémovigilance, des représentants de l'établissement de transfusion sanguine référent.

a) Les référents locaux des politiques de vigilance

Lorsqu'une sous-commission examine des questions relevant de leurs compétences respectives, siègent de droit : le responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière ainsi que le correspondant local de biovigilance, d'hémovigilance, de pharmacovigilance, de matériovigilance ou de réactovigilance ;

b) Certains représentants de l'établissement de transfusion sanguine référent

Lorsque la sous-commission examine des questions relatives à la sécurité transfusionnelle et à l'hémovigilance, siègent de droit : le directeur de l'établissement de transfusion sanguine (ETS) référent ou son représentant et le correspondant d'hémovigilance de cet ETS.

22-2.1.4. Représentants du CTE et du CHSCT

Chaque sous-commission de la CME comporte un représentant du CTE et un représentant du CHSCT.

22-3. Mise en place des sous-commissions de la CME

La procédure de mise en place de ces nouvelles instances requiert préalablement la définition, par chaque établissement public de santé ainsi que par les SIH concernés, de leur cadre organisationnel. Elle s'achève par la fixation de la liste nominative des membres de chaque sous-commission.

22-3.1. La définition du cadre organisationnel

Ce cadre doit être défini par le règlement intérieur de l'établissement ou du SIH.

22-3.1.1. La création de la ou des sous-commissions

Il revient en premier lieu à chaque établissement public de santé et SIH concerné, de définir, dans son règlement intérieur, la répartition des différentes politiques de vigilance entre les sous-commissions qu'il entend créer ou de les confier toutes à une seule sous-commission (cf. art. R. 6144-30- 4).

22-3.1.2. Fixation de la composition de chaque sous-commission

Dans le cadre des principes définis à l'article R. 6144-30-5, le règlement intérieur de chaque établissement doit déterminer la composition de la ou des sous-commissions qu'il a constituées en fixant :

- le nombre des membres du collège des représentants de la CME et du collège des experts ;
- les conditions de désignation des experts autres que médicaux et paramédicaux, appelés à siéger, le cas échéant, au sein de la ou des sous-commissions.

Si une sous-commission est compétente à l'égard de plusieurs vigilances ou de toutes les vigilances, le règlement intérieur doit en outre préciser si les experts désignés au sein de celle-ci siègent quel que soit le sujet traité ou s'ils ne siègent que pour l'examen des questions relevant de leurs compétences ou qualifications spécifiques.

22-3.1.3. L'organisation et le fonctionnement des sous-commissions

En vertu de l'article R. 6144-30-3, il appartient à chaque conseil d'administration de réglementer en la matière. A cet égard, il ne saurait s'en remettre trop largement au règlement interne de chaque sous-commission sans méconnaître ses propres compétences. Il paraît en particulier incontournable que le règlement intérieur de l'établissement définisse au moins, le nombre minimum annuel des séances de ces sous-commissions ainsi que les modalités de leur convocation et de la fixation de l'ordre du jour par leur président.

A défaut, de précision sur le quorum dans le règlement intérieur, il résulte de la jurisprudence que les sous-commissions de la CME ne pourront valablement délibérer que si plus de la moitié de leurs membres en exercice sont présents (CE, 5 juillet 1985, Sarl Ipsos). Par contre, il est loisible au règlement intérieur de l'établissement de fixer un quorum inférieur ou supérieur à celui de la majorité des membres.

22-3.2. La liste nominative des membres

A l'issue des diverses procédures de désignation des membres qui ne siègent pas de droit au sein de ces sous-commissions, c'est au directeur de l'établissement qu'il revient d'arrêter la composition nominative de chaque sous-commission en s'assurant à cette occasion de la régularité des conditions dans lesquelles sont intervenues les désignations opérées par les différentes instances compétentes.

22-4. Dispositions spécifiques à certains CHU

L'article R. 6144-30-8 définit les conditions dans lesquelles certains CHU doivent ou ont la faculté de constituer des comités locaux de la qualité et de la sécurité des soins en plus de la ou des sous-commissions de la CME.

22-4.1. Caractère obligatoire ou facultatif de la mise en place

22-4.1.1. Constitution obligatoire

Sont tenus de constituer un ou plusieurs comités locaux en matière de qualité et de sécurité des soins au sein de chacun de leurs hôpitaux et groupes hospitaliers: l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, l'Assistance publique de Marseille et les Hospices civils de Lyon.

22-4.1.2. Constitution facultative

Les autres CHU ont la faculté de mettre en place un tel dispositif au sein de chacun de leurs hôpitaux et groupes hospitaliers doté d'un comité consultatif médical.

22-4.2. Conditions de mise en œuvre

Les CHU concernés ont l'entière maîtrise du dispositif aussi bien au plan de son architecture qu'à celui de son organisation.

22-4.2.1. L'architecture du dispositif

Les comités locaux ne sont pas nécessairement la déclinaison locale des sous-commissions de la CME. La répartition des matières relatives à la qualité et à la sécurité des soins entre les comités locaux peut être différente de celle retenue pour les sous-commissions de la CME. A

l'extrême, un CHU peut n'avoir qu'une seule sous-commission concentrant toutes les attributions au niveau central et plusieurs comités locaux spécialisés dans chaque établissement ou, à l'inverse, avoir plusieurs sous-commissions spécialisées et un seul comité local par établissement.

22-4.2.2. Les conditions d'organisation

C'est au règlement intérieur de chacun des CHU concernés qu'il revient de définir les conditions de composition, d'organisation et de fonctionnement des comités locaux ainsi que les modalités de coordination de leurs activités avec celles de la ou des sous-commissions de la CME auxquelles ils sont rattachés.

22-5. Dispositions transitoires

L'article 9 du décret susvisé du 15 mai 2006 impartit aux établissements publics de santé ainsi qu'aux SIH et GCS concernés un délai de huit mois à compter de sa publication (JO du 16 mai) pour se mettre en conformité avec ses nouvelles dispositions. Il en résulte notamment que les sous-commissions de la CME devront être mises en place pour le 15 janvier 2007 au plus tard. Après cette date, les délibérations adoptées par le conseil d'administration en matière de qualité et de sécurité des soins et les mesures d'application prises par le directeur sans consultation préalable de la ou des sous-commissions concernées seront entachées d'un vice de forme.

22-5.1. En ce qui concerne les établissements publics de santé

En conséquence, les établissements publics de santé doivent, dans les délais impartis, organiser en une ou plusieurs sous-commissions l'ensemble des politiques de vigilances (et non pas seulement celles confiées jusque là au CSTH, à la COMEDIMS et au CLIN). Doivent être également intégrées dans cette nouvelle organisation :

1°) L'élaboration des politiques de vigilance qui ne donnaient pas lieu à constitution de comités ad hoc (biovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, réactovigilance).

2°) Les attributions actuellement assurées par l'ensemble des comités et commissions institués ou recommandés par voie de circulaires et notamment :

- la commission locale de surveillance de la distribution des gaz médicaux (Circulaire DGS/3A/667 bis du 10 octobre 1985) ;
- le comité de lutte contre la douleur (CLUD - circulaire n° DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé) ;
- le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN - circulaire DHOS/E1 du 29 mars 2002 relative à la mise en place de comités de liaison en alimentation et nutrition et à l'organisation de l'activité de nutrition clinique dans les établissements de santé).
- la commission des antibiotiques (circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD5A 272/2002/du 2 mai 2002, relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux).

3°) Les missions relatives à tout autre aspect de la politique de qualité et de sécurité des soins que ces établissements auraient pris l'initiative de confier à des instances créées à cet effet par leur règlement intérieur.

22-5.2. En ce qui concerne les SIH et les GCS

Il convient de distinguer selon que ces syndicats ou groupements sont ou non autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

22-5.2.1. Les SIH et les GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé

La plupart des dispositions issues du décret susvisé du 15 mai 2006 ne s'imposent aux SIH et GCS que pour autant qu'ils sont autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé. Il convient à cet égard de rappeler que s'il n'est plus possible de créer de nouveaux SIH depuis le 1^{er} janvier 2005, les syndicats existant à cette date peuvent diversifier leurs activités, notamment obtenir l'autorisation d'assurer les missions d'un établissement de santé, de même qu'ils peuvent accueillir de nouveaux membres.

Les SIH qui se trouvent dans cette situation à la date de publication du décret sont tenus aux mêmes obligations que les établissements publics de santé. On renverra donc, en ce qui les concerne, aux commentaires du paragraphe précédent.

Aucun GCS n'est susceptible de se trouver dans une telle situation à la date de publication du décret puisque ces groupements ne pourront être autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé qu'après la publication du décret d'application précisant les conditions dans lesquelles une telle autorisation peut leur être délivrée. Les GCS qui bénéficieront, ultérieurement, d'une telle autorisation ne pourront légalement l'exercer qu'à la condition de se conformer à l'ensemble du dispositif des vigilances, dans les conditions définies pour les établissements de santé privés. En effet, les GCS n'ont pas été soumis au dispositif des sous-commissions de la CME.

22-5.2.2. Les autres SIH et GCS

Les SIH et les GCS qui ne sont pas autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé peuvent être néanmoins concernés par la mise en œuvre de certaines politiques de vigilance qui ne sont pas strictement liées à la prise en charge de patients. Concrètement, il s'agit essentiellement des vigilances associées à la gestion d'une pharmacie à usage intérieur (PUI).

1°) La commission du médicaments et des dispositifs médicaux stériles

Dans les SIH et les GCS autorisés à gérer une ou plusieurs PUI pour le compte de leurs membres la constitution d'une telle commission a été rendue obligatoire par le décret n° 2004-451 du 21 mai 2004 relatif aux pharmacies à usage intérieur.

Les SIH concernés sont ainsi tenus d'organiser cette activité, dans les huit mois impartis pour la mise en conformité, à la (ou l'une des) sous-commission de leur CME.

Les GCS conservent la formule de la COMEDIMS. Toutefois, dans sa rédaction issue du décret du 15 mai 2006, l'article R. 5126-53 indique que la composition et les conditions d'organisation de cette commission au sein des GCS sont définies par la convention constitutive de ces groupements et non plus par leur règlement intérieur.

2°) La pharmacovigilance

Aux termes de l'article R. 5121-181 CSP modifié, le dispositif de pharmacovigilance spécifique aux médicaments dérivés du sang est applicable aux SIH et GCS disposant d'une PUI. Le pharmacien assurant la gérance de celle-ci est le correspondant local de cette vigilance.

3°) La matériovigilance

L'article R. 5212-12 précise que le dispositif de matériovigilance est applicable aux SIH et aux GCS qui délivrent des dispositifs médicaux à leurs membres ou mettent de tels dispositifs à leur disposition. Si la notion de « délivrance » vise notamment les dispositifs médicaux stériles gérés par une PUI, la notion de « mise à disposition » renvoie quant à elle à des matériels lourds (scanners, IRM) ou au plateau technique des blocs opératoires qui peuvent être gérés par des syndicats ou des groupements ne disposant pas de PUI.

4°) Le système qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux

Les articles R. 6111-18 à R. 6111-20 ne sont applicables aux SIH et aux GCS non autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé que dans la mesure où ils disposent d'une PUI qui délivre les dispositifs considérés à leurs membres. Peu importe, par ailleurs, que ces syndicats ou groupements assurent eux-mêmes ou non la stérilisation de ces dispositifs.

Section III : Le comité technique d'établissement

23-1. Attributions

23-1.1. Compétences consultatives

Les compétences consultatives du comité technique d'établissement (CTE) sont redéfinies à l'article R. 6144-40 CSP.

23-1.1.1. Les projets de délibérations du conseil d'administration

A l'instar de la CME, le CTE doit être dorénavant consulté sur tous les projets de délibérations relevant de la compétence du conseil d'administration.

23-1.1.2. Les autres compétences consultatives

Les autres attributions du CTE ne sont pas modifiées. Son avis demeure prescrit en ce qui concerne :

- Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;
- La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ;
- Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité.

23-1.2. Information du CTE

Le CTE est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement .

23-2. Composition, organisation et fonctionnement

La réglementation demeure inchangée sur ces points (cf. art. R. 6144-42 à R. 6144-81 CSP).

Section IV : Dispositions communes à la CME et au CTE

Les nouveaux textes prévoient à cet égard, trois mesures distinctes. Deux d'entre elles, permettent à la CME et au CTE de rapprocher voire de fusionner leurs compétences communes. La troisième consacre une nouvelle compétence, le droit d'alerte, qui ne peut être mise en œuvre que sur délibérations concordantes de ces deux instances.

24-1. Les formules de rapprochement des deux instances

Les deux formules proposées à cet effet ne portent que sur les compétences consultatives communes à ces deux instances. Concrètement, il s'agit de l'examen des projets de délibérations relevant de la compétence du conseil d'administration en vertu de l'article L.6143-1.

24-1.1. La délibération commune

L'article R. 6144-82 permet à la CME et au CTE de délibérer conjointement sur les matières relevant de leurs compétences communes tout en continuant à émettre des avis distincts.

Cette mesure se présente comme une simplification de la procédure de consultation de ces deux instances qui peuvent débattre en commun des projets qui leur sont soumis par le directeur. Elle n'affecte en aucune manière leur composition ou leurs compétences respectives. A l'issue de ces débats, chacune des deux instances émet un avis adopté à la majorité des suffrages de ses membres.

24-1.2. Le comité d'établissement

L'article L. 6144-6-1 CSP prévoit que le conseil d'administration peut décider, sur avis conforme de la CME et du CTE, de constituer, à titre expérimental, un comité d'établissement se substituant à la CME et au CTE pour donner un avis sur les projets de délibération du conseil d'administration.

24-1.2.1. Composition

Ce comité, présidé par le directeur de l'établissement, est composé à parité :

- 1°) de représentants désignés par la CME
- 2°) de représentants des autres catégories de personnels constitués en deux collèges
 - a) un collège de membres désignés par le CTE, proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales
 - b) un collège des cadres dont le nombre de membres et les conditions de désignation doivent être définis par le règlement intérieur.

24-1.2.2. Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une période de quatre ans à compter de la publication de l'ordonnance, soit jusqu'au 2 mai 2009.

Cette expérimentation fera l'objet d'un bilan en vue de déterminer les conditions d'une éventuelle généralisation de cette formule. Avant l'échéance du dispositif transitoire, les établissements expérimentateurs seront invités à transmettre, aux directeurs des ARH, l'évaluation de l'activité du comité d'établissement qu'ils auront mis en place en leur sein.

24-2. Le droit d'alerte

L'article R. 6144-83 CSP confère à la CME et au CTE le pouvoir conjoint d'alerter le conseil d'administration sur des faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement.

La CME et le CTE peuvent faire usage de ce droit par voie de délibérations concordantes ayant recueilli au moins les deux tiers des suffrages des membres au sein de chacune de ces deux instances. La saisine du conseil d'administration passe par trois étapes donnant lieu, chacune, à délibérations adoptées dans les conditions de majorité qualifiée susmentionnées.

24-2.1. Demande d'explications au directeur

La CME et le CTE peuvent formuler une telle demande lorsqu'ils ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée, la situation de l'établissement. Si les deux instances adoptent une telle résolution, la question est inscrite de droit à l'ordre du jour de leur prochaine séance.

24-2.2. Décision d'établir un rapport conjoint

Après avoir entendu le directeur, les deux instances peuvent décider de confier à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint.

24-2.3. Saisine du conseil d'administration

Au vu des conclusions du rapport ainsi élaboré, la CME et le CTE peuvent procéder à la saisine du conseil d'administration.

Section V : La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

L'article L. 6146-9 CSP substitue une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) à la commission du service des soins infirmiers (CSSI) créée par la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Les attributions de cette instance ainsi que ses règles de composition, d'organisation et de fonctionnement sont définies par le décret susvisé du 26 décembre 2005 (JO du 28/12/05) sous les articles R. 6146-50 à R. 6146-60 du CSP.

25-1. Compétences

Aux termes de l'article R. 6146-50 la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée sur :

- 1° L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et de l'accompagnement des malades dans le cadre du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 2° La recherche dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et l'évaluation de ces soins ;
- 3° L'élaboration d'une politique de formation ;
- 4° L'évaluation des pratiques professionnelles ;
- 5° La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 6° Le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement.

Par rapport à l'ancienne CSSI, les compétences consultatives obligatoires de la CSIRMT sont étendues à trois nouvelles matières : l'évaluation des pratiques professionnelles, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et l'organisation interne de l'établissement. Il en résulte que la CSIRMT devra être non seulement consultée comme l'était la CSSI sur les projets de délibérations du conseil d'administration relatifs au projet d'établissement (cf. art. L. 6143-1, 1°) mais également sur ceux portant sur la politique de qualité et de sécurité des soins et sur l'organisation interne de l'établissement (cf. art. L. 6143-1, 2° et 6°).

A cet égard, il paraît logique que les projets de délibération relevant des compétences consultatives de la CSIRMT soient soumis à son avis avant de donner lieu à consultation de la CME et du CTE.

25-2. Composition

Le dispositif de la nouvelle commission se différencie de celui de la commission du service de soins infirmiers essentiellement sur les deux points suivants :

- la nouvelle commission est élargie aux soins de rééducation et médico-techniques ;
- les représentants de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques sont élus et non plus tirés au sort.

Les modalités de composition de la CSIRMT sont définies au I de l'article R. 6146-52 CSP.

25-2.1. La constitution en groupes et collègues

La CSIRMT, présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, est organisée en trois groupes celui des cadres de santé, celui des personnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation et celui des aides-soignants.

Ces trois groupes sont eux-mêmes constitués en collèges dans les conditions précisées ci-dessous.

1°) Groupe des cadres de santé :

- a) Collège de la filière infirmière : corps des infirmiers cadres de santé ; corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé ; corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé ; corps des puéricultrices cadres de santé ;
- b) Collège de la filière de rééducation : corps des pédicures-podologues cadres de santé ; corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé ; corps des ergothérapeutes cadres de santé ; corps des psychomotriciens cadres de santé ; corps des orthophonistes cadres de santé ; corps des orthoptistes cadres de santé ; corps des diététiciens cadres de santé ;
- c) Collège de la filière médico-technique : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé ; corps des techniciens de laboratoire cadres de santé ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé ;

2° Groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques :

- a) Collège des personnels infirmiers : corps des infirmiers de bloc opératoire ; corps des infirmiers anesthésistes ; corps des puéricultrices ; corps des infirmiers ;
- b) Collège des personnels de rééducation : corps des pédicures-podologues ; corps des masseurs-kinésithérapeutes ; corps des ergothérapeutes ; corps des psychomotriciens ; corps des orthophonistes ; corps des orthoptistes ; corps des diététiciens ;
- c) Collège des personnels médico-techniques : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière ; corps des techniciens de laboratoire ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale ;

3°) Groupe des aides-soignants

Le troisième groupe ne comporte qu'un seul collège, celui du corps des aides soignants dont relèvent également les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques.

25-2.2. Détermination du nombre de membres

L'article R. 6146-52 (II) précise que c'est au règlement intérieur de chaque établissement qu'il revient de définir le nombre de membres de la CSIRMT. Cette définition passe par la détermination du nombre total de sièges de cette commission et de ses trois groupes puis par la répartition des sièges des deux premiers groupes entre les collèges qui les constituent.

25-2.2.1. Taille de la CSIRMT et de ses trois groupes

Aux termes du même article, le règlement intérieur doit fixer la taille de la CSIRMT dans la limite de trente deux membres titulaires. Les groupes qui la constituent y sont représentés dans les proportions respectives de trois huitièmes pour le groupe des cadres de santé, quatre huitièmes pour celui des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques et un huitième pour celui des aides-soignants

Il résulte de ces dispositions que le nombre de sièges attribué à la CSIRMT doit être un multiple de huit, ce qui, compte tenu du plafonnement de cette instance à trente-deux membres autorise seulement les quatre configurations (8, 16, 24, 32 sièges) exposées dans le tableau qui suit.

Groupes	Les différentes configurations de la CSIRMT en fonction du nombre de sièges de membres titulaires			
	I	II	III	IV
Groupe des cadres (I)	3	6	9	12
Groupe des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques (II)	4	8	12	16
Groupe des aides-soignants (III)	1	2	3	4
Total des sièges	8	16	24	32

A l'issue de cette première étape, la situation du groupe des aides-soignants se trouve réglée puisque ce groupe ne comporte qu'un seul collègue. En revanche, les sièges attribués aux deux premiers groupes doivent faire l'objet d'une répartition entre les trois collèges qui constituent chacun d'eux.

25-2.2.2. La répartition des sièges entre les collèges des deux premiers groupes

La réglementation précise que la répartition des sièges entre les collèges des deux premiers groupes s'opère au prorata des effectifs de personnel relevant de chaque collège au sein du groupe considéré, appréciés en équivalents temps plein au dernier jour du troisième mois précédant celui de l'affichage des listes d'électeurs et d'éligibles (cf. 3° du II de l'art. R.6146-52, modifié par l'art.10, II, 2° du décret susvisé du 15 mai 2006). Ainsi, s'agissant, par exemple, de la détermination du nombre de sièges qui revient au collège des personnels infirmiers au sein du groupe II (collège n° 1 du groupe II), il y a lieu d'appliquer la formule suivante :

$$\text{Sièges du collège n° 1} = \frac{\text{Nbre de sièges à pourvoir dans le groupe II} \times \text{Total ETP collège n° 1}}{\text{Total ETP des corps relevant du groupe II}}$$

Les effectifs à prendre en compte pour procéder à cette répartition sont ceux constatés au dernier jour du troisième mois précédant celui de l'affichage des listes d'électeurs et d'éligibles : soit, par exemple, au 31 janvier pour un affichage prévu l'un quelconque des jours du mois d'avril.

Cette répartition des sièges ne saurait aboutir à ce que l'un collèges ne comporte pas au moins un représentant.

Enfin, dans chaque collège, le nombre de sièges de membres suppléants à pourvoir est égal à celui des membres titulaires.

25- 3. L'organisation des élections

25- 3. 1. La qualité d'électeur et d'éligible

Le I de l'article R. 6146-52 précise à cet égard que :

- sont électeurs dans chaque collège, l'ensemble des personnels titulaires, stagiaires et contractuels relevant des différents corps constituant ce collège et en position d'activité à la date du scrutin ;
- sont éligibles dans les collèges considérés, les agents qui ont la qualité d'électeurs à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie à la date de clôture des listes. Les mots « en congé de maladie » doivent être compris comme concernant tous types de congé liés à une absence au titre de la maladie de l'agent supérieure à un an, y compris lorsqu'elle fait suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

Les cadres de santé sont visés au sens statutaire du terme, sans préjudice des fonctions exercées. Dans ces conditions, sont également électeurs et éligibles les cadres de santé qui n'assurent pas de fonctions d'encadrement, notamment ceux qui enseignent en instituts de formation.

La qualité d'électeur et d'éligible s'apprécie lors de l'élaboration des listes considérées et au plus tard au moment de la clôture de ces listes. En conséquence, la subordination de la qualité d'électeur (et donc d'éligible) à la condition d'être en fonction dans l'établissement à la date du scrutin permet :

- d'exclure de ces listes ceux des agents qui, au plus tard à la date de leur clôture ont fait l'objet d'une décision mettant fin à leurs fonctions avant la date du scrutin (démission, mutation, détachement, disponibilité, fin de contrat, ...)
- d'inscrire sur ces listes les personnes qui ont fait l'objet avant la clôture de ces listes d'une décision de recrutement prenant effet, au plus tard, le jour du scrutin.

De même, l'appartenance d'un agent à l'un des corps constituant les différents collèges de la CSIRMT s'apprécie au regard de la décision de nomination dont il a fait l'objet avant la clôture des listes et prenant effet, au plus tard, le jour du scrutin. C'est également le cas pour les agents bénéficiaires d'études promotionnelles au sens du plan de formation des établissements publics de santé.

25-3.2. Les modalités du scrutin

L'article R. 6146-54 renvoie au règlement intérieur de chaque établissement, le soin de définir les modalités du scrutin. Toutefois, plusieurs de ces modalités sont déjà définies dans les textes.

25-3.2.1. Les modalités définies par voie réglementaire

1°) Le mode de scrutin

L'article R. 6146-52 précise que :

- les membres titulaires et suppléants sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour ;
- les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes ;
- la désignation des titulaires et des suppléants se fait dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Il résulte de ces dispositions que chaque électeur doit faire figurer sur son bulletin de vote, au maximum, autant de noms de candidats qu'il y a de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans le collège auquel il appartient. De même que les candidats n'ont pas à indiquer s'ils entendent briguer un siège de titulaire ou de suppléant, les électeurs n'ont pas à classer les candidats par ordre de préférence (l'ordre dans lequel les candidats sont inscrits sur les bulletins de vote est indifférent dans le décompte des suffrages) ni, a fortiori, à préciser quels candidats ils entendent élire en qualité de titulaires ou de suppléants. Lors du dépouillement, chaque mention du nom d'un candidat sur un bulletin de vote est décomptée comme une voix en faveur de ce candidat.

2°) La procédure électorale

L'article R. 6146-54 précise que la date du scrutin arrêtée par le directeur de l'établissement est portée à la connaissance des électeurs par voie d'affichage un mois au moins à l'avance en même temps que la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans chaque collège.

3°) La proclamation des résultats

Elle est opérée par le directeur de l'établissement à l'expiration d'un délai de six jours francs suivant l'affichage du procès-verbal des opérations électorales établi à l'issue du scrutin. Lorsque le délai est exprimé en jours francs, il commence à courir le lendemain du jour du « fait générateur » (ici, le jour de l'affichage du procès-verbal) et s'achève le lendemain du dernier jour prévu. Dans le cas présent, le délai débute donc à 0H le lendemain du jour de l'affichage du procès-verbal et expire le septième jour à 24H. Toutefois, si ce dernier jour est un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai est prolongé jusqu'à la fin du premier jour ouvrable suivant.

a) La proclamation met fin à la recevabilité des réclamations

Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections doivent être adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai. Conformément à une jurisprudence constante, lorsque la réglementation organise un recours administratif préalable, l'usage effectif de cette voie de recours conditionne la recevabilité d'une éventuelle action intentée ultérieurement devant le juge administratif.

b) La proclamation marque le début du mandat des membres

Le mandat des membres élus de la CSIRMT, fixé à quatre ans par l'article R. 6146-53 CSP, commence à courir à compter de la date de proclamation des résultats.

25-3.2.1. Les dispositions à définir dans le règlement intérieur de l'établissement

Le règlement intérieur devra au moins préciser la procédure électorale sur les points suivants pour lesquels les établissements pourront utilement s'inspirer de la réglementation applicable aux élections du comité technique d'établissement et des commissions paritaires locales :

1°) Les délais de clôture des listes

Il s'agit des délais impartis à compter de la date d'affichage de la liste des électeurs et de la liste des éligibles pour permettre aux personnels concernés d'en vérifier la validité et de demander d'éventuelles rectifications.

2°) *Le dépôt des candidatures*

Doivent à cet égard être définis :

- Les délais impartis aux personnels éligibles qui souhaitent faire acte de candidature. Il paraît opportun que ces délais expirent après la date de clôture des listes ;
- les mentions à faire figurer sur l'acte de candidature (nom, prénom, groupe d'appartenance, collègue, corps, signature) et les modalités du dépôt des candidatures (envoi postal et/ou remise en main propre auprès du directeur contre récépissé) ;
- les délais permettant la vérification de la validité des candidatures reçues et leurs rectifications éventuelles et à l'issue desquels la liste des candidats aux différents collèges est publiée par voie d'affichage.

3°) *Les conditions du vote par correspondance*

L'article R. 6146-54 prévoit expressément que le règlement intérieur doit définir une telle procédure. Si le vote par correspondance ne peut se substituer au vote sur place qui demeure le principe en matière d'élection, son organisation paraît exclure le vote par procuration.

Le vote par correspondance suppose :

- la détermination de la date à laquelle le matériel électoral doit être transmis à l'ensemble des électeurs et les consignes d'utilisation : bulletins de vote à remplir, enveloppe intérieure anonyme et enveloppe extérieure comportant l'identification de l'électeur (nom, prénom, groupe d'appartenance, collègue, corps, signature) ;
- la fixation de la date limite à laquelle les votes par correspondance doivent parvenir à l'établissement ainsi que les modalités d'acheminement acceptées (envoi postal et/ou remise en main propre auprès du directeur contre émargement sur un registre).

4°) *La constitution des bureaux de vote*

Il convient d'organiser pour chaque collège un bureau de vote (chargé de veiller à l'émargement sur la liste électorale, de procéder au dépouillement du scrutin et au décompte des voix obtenues par chaque candidat) et d'en définir la composition (nombre d'assesseurs et modalités de leur désignation). En cas de dispersion de l'établissement, le règlement intérieur peut prévoir la répartition des électeurs en plusieurs sections de vote.

5°) *La détermination des cas de nullité des suffrages*

Les causes de nullité des suffrages (votes par correspondance et votes sur place) sont communes à toutes les élections, il convient cependant de les préciser dans le règlement intérieur et de les rappeler aux électeurs. Compte tenu du mode de scrutin considéré, il paraît nécessaire de prévoir la nullité des bulletins comportant plus de noms de candidats que de membres titulaires et suppléants à élire.

6°) *Les conditions d'attribution des sièges à des candidats ex aequo*

Le règlement intérieur doit également prévoir comment sont départagés les candidats ayant obtenu le même nombre de voix. A cet égard, il convient de rappeler que l'usage est d'attribuer les sièges litigieux au bénéfice de l'âge.

25-4. Les conditions de fonctionnement

Les conditions de fonctionnement de la CSIRMT sont définies par les articles R. 6146-55 à R.6146-60 CSP. Ces dispositions doivent être complétées et précisées par le règlement intérieur de la commission.

25-4.1. Organisation des séances

La commission doit se réunir au moins trois fois par an. Le rythme de ses séances est déterminé par son règlement intérieur.

1°) Convocation et fixation de l'ordre du jour

La CSIRMT est convoquée par son président sur un ordre du jour fixé par lui. Le président doit la convoquer si une telle demande a été formulée par le directeur de l'établissement ou par la moitié au moins des membres de la commission.

2°) Le quorum

La CSIRMT ne délibère valablement qu'en présence de la moitié au moins de ses membres élus. A défaut, une nouvelle convocation est faite à huit jours d'intervalle : la nouvelle séance ne peut donc se tenir qu'après l'expiration d'un délai de huit jours. L'avis est alors valablement émis quel que soit le nombre de membres présents.

3°) Remplacement des membres titulaires de la CSIRMT

L'article R. 6146-53 distingue à cet égard deux situations.

a) En cas d'empêchement temporaire de membres titulaires

C'est au règlement intérieur de la CSIRMT qu'il revient de fixer les conditions dans lesquelles les membres titulaires momentanément empêchés de siéger sont remplacés par des membres suppléants appartenant au même collège.

b) En cas de cessation anticipée de mandat

Lorsqu'un siège de titulaire devient vacant en cours de mandat, il est pourvu, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant qui a obtenu le plus grand nombre de voix au sein du même collège en ce qui concerne les deux premiers groupes mentionnés à l'article R. 6146-51 ou au sein du groupe des aides-soignants.

Lorsque le dernier suppléant d'un collège a ainsi été désigné comme membre titulaire, il est immédiatement pourvu au remplacement de l'ensemble des suppléants de ce collège par voie d'élections partielles dont les modalités d'organisation ne se différencient de celles d'une élection générale que dans la mesure où leur champ peut être limité à un seul collège de la CSIRMT et où les sièges à pourvoir sont exclusivement des sièges de suppléant. Toutefois, l'établissement est exonéré de toute organisation d'élections partielles, lorsque la dernière vacance de siège de suppléant intervient moins de sept mois avant le renouvellement général de la commission. Dans ce cas, et jusqu'à la fin du mandat de celle-ci, les nouvelles vacances de sièges de titulaires ne sont plus remplacées. Le quorum de la CSIRMT s'apprécie alors par rapport au nombre de membres titulaires en fonctions.

25-4.2. Organisation des activités

1°) Constitution d'un bureau

La CSIRMT se dote d'un bureau dont la composition et les attributions sont définies par son règlement intérieur.

2°) Personnes assistant aux séances avec voix consultatives

Aux termes de l'article R. 6146-55, il s'agit des personnes suivantes :

- a) Le ou les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- b) Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement ;
- c) Un représentant des étudiants de troisième année désigné par le directeur de l'institut de formation paramédicale après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de chaque institut de formation en soins infirmiers, de rééducation ou médico-techniques, rattaché juridiquement à l'établissement ;
- d) Un élève aide-soignant désigné par le directeur de l'institut de formation ou de l'école, après tirage au sort parmi ceux élus au conseil technique de cet organisme, rattaché juridiquement à l'établissement ;
- e) Un représentant de la commission médicale d'établissement.

3°) Personnes associées aux travaux de la CSIRMT

- a) Personnes désignées par le conseil exécutif

Le 5° de l'article L. 6143-6-1 CSP prévoit que le conseil exécutif « désigne les professionnels de santé avec lesquels la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques prévue à l'article L. 6146-9 peut conduire des travaux conjoints dans les matières relevant de ses compétences ».

Ces dispositions ont essentiellement pour objet de permettre au conseil exécutif de définir les conditions dans lesquelles la CSIRMT peut être associée à certains travaux de la CME et de ses sous-commissions.

- b) Autres personnes

L'article R. 6146-59 CSP indique que : « outre les professionnels de santé mentionnés au 5° de l'article L. 6143-6-1, des personnes qualifiées et des personnels appartenant à d'autres filières professionnelles, médicaux et non médicaux, peuvent être associés aux travaux de la commission à l'initiative du président ».

Il s'agit ici de permettre au président de la CSIRMT d'associer, en tant que de besoin, notamment les personnels sociaux et éducatifs ainsi que les psychologues aux travaux de la CSIRMT.

4°) *Suivi des activités de la commission*

a) Procès-verbal des séances

L'article R. 6146-58 précise que : « *chaque séance de la commission fait l'objet d'un procès-verbal adressé au directeur de l'établissement et aux membres de la commission dans un délai de quinze jours* ».

b) Compte rendu annuel des activités

L'article R. 6146-60 prévoit que : « *le président rend compte chaque année de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au directeur de l'établissement* ».

25-5. Dispositions transitoires

Le II de l'article 5 du décret susvisé du 26 décembre 2005 prévoit que les établissements publics de santé mettent en place leur CSIRMT dans le délai de six mois suivant la publication dudit décret (JO du 28 décembre 2005) soit pour le 27 juin 2006 au plus tard.

A compter du 28 juin 2006, toute délibération du conseil d'administration relative au projet d'établissement, à la politique de qualité et de sécurité des soins ou à l'organisation interne qui n'aura pas fait l'objet d'une consultation de la CSIRMT sera entachée d'illégalité. Aussi, en cas de retard dans la constitution de cette commission, il conviendrait que les établissements concernés diffèrent l'examen de ces questions jusqu'à la mise en place effective de la CSIRMT.

CHAPITRE III

L'organisation interne des activités des EPS

L'article L. 6146-1 CSP indique que « pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne ». Toutefois, le même article fait obligation aux établissements publics de santé, autres que les hôpitaux locaux, d'organiser l'ensemble de leurs activités cliniques, médico-techniques, administratives et logistiques en pôles qu'ils doivent mettre en place au plus tard le 31 décembre 2006.

Section I : Les pôles d'activité

Les pôles d'activité sont créés par le conseil d'administration sur proposition du conseil exécutif. Cette organisation doit s'inscrire de manière cohérente dans la politique globale de l'établissement. A cet effet, l'article L. 6146-1 précise que les pôles d'activité clinique et médico-technique sont définis sur la base du projet médical, lui-même intégré dans le projet d'établissement. Le nombre et la configuration des pôles sont laissés au choix de l'établissement. Cependant, dans la logique de la réforme, les pôles d'activité doivent revêtir une masse critique suffisante pour leur permettre d'assurer une gestion déconcentrée.

L'organisation en pôles obéit à une logique de simplification et de déconcentration. Le recours à une démarche de contractualisation avec les pôles d'activité et les délégations de gestion consenties à leurs responsables doivent permettre le décroisement des hôpitaux réclamé par plusieurs rapports parlementaires et administratifs en vue de favoriser le développement d'un travail pluridisciplinaire et d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients.

31-1. La structuration interne des pôles

L'article L. 6146-1 précise que les pôles d'activité peuvent comporter des structures internes. Cette rédaction ménage donc la possibilité de constituer des pôles ne comportant aucune structure interne.

Par ailleurs, le même article précise que « *pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité* ». Cette disposition constitue une simple faculté et il revient, en conséquence, à chaque établissement d'apprecier si, eu égard à sa taille notamment, un secteur psychiatrique est susceptible de constituer un pôle à lui tout seul.

31-1.1. Les structures internes des pôles d'activité clinique et médico-technique

Aux termes de l'article L. 6146-1 CSP, les structures internes de ces pôles sont :

- Soit les services ou les unités fonctionnelles créés en vertu de la législation antérieure ;

On rappelle qu'aux termes de la législation antérieure relative aux unités fonctionnelles, celles-ci étaient définies comme « *les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique, identifiées par leurs fonctions et leur organisation ainsi que les structures médico-techniques qui leur sont associées* ». Aux termes de la même législation, les services étaient constitués d'unités fonctionnelles de même discipline.

- Soit les autres structures internes, mentionnées à l'article L. 6146-5 CSP, qui peuvent être librement définies et organisées par le conseil d'administration dans le cadre de ses

attributions en matière d'organisation interne de l'établissement et de règlement intérieur (cf. art. L. 6143-1, 6° et 14°).

Le point commun entre les services et les unités fonctionnelles tient au fait qu'ils constituent les seules structures issues de la législation antérieure à l'ordonnance dont l'existence se poursuit après la mise en place des pôles.

Toutefois, le conseil d'administration peut reconstituer, le cas échéant sous la même dénomination, toutes les autres structures antérieures : départements, fédérations ou structures libres qui étaient respectivement prévus aux ex-articles L. 6146-3, L. 6146-4 et L. 6146-8. A cet effet, il lui revient de définir préalablement dans le règlement intérieur leurs spécificités : missions, organisation, modalités de fonctionnement.

Par ailleurs, ces diverses structures internes ne se différencient qu'en ce qui concerne les conditions de nomination de leurs responsables respectifs. Sur ce plan, la loi conduit à distinguer les services, d'une part et toutes les autres structures internes, y compris les unités fonctionnelles, d'autre part.

31-1.1.1. Les services créés en vertu de la législation antérieure

1°) Définition

Il s'agit des services existant à la date de publication de l'ordonnance du 2 mai 2005 (JO du 3 mai). Seuls leurs responsables seront désignés dans les conditions prévues pour les chefs de service par l'article L. 6146-4 (cf. infra, 2°). Aucune autre structure créée depuis cette date, fût-ce sous la dénomination de « service », ne peut bénéficier de ces dispositions.

De même, en principe, toute transformation ultérieure des services créés avant le 3 mai 2005 fait perdre à ces derniers la qualification qu'ils tenaient de la législation antérieure. En conséquence, leurs responsables ne pourront plus être nommés dans les conditions définies à l'article L. 6146-4 pour les chefs de service.

Cependant, le XVII de l'article 1^{er} de l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 prévoit, à titre transitoire, que les transformations qui affectent les services avant le 31 décembre 2007 ne font pas obstacle à ce que leurs chefs demeurent nommés dans les conditions définies à l'article L. 6146-4. Il s'agit de permettre d'adapter la configuration des services au découpage de l'établissement en pôles et ce jusqu'à l'expiration d'un délai de un an suivant la date limite de mise en place de ces pôles.

Toutefois, cette disposition transitoire est subordonnée à la condition que les transformations considérées se limitent à des suppressions, fusions ou transferts d'unités fonctionnelles entre les services. Les structures résultant de scissions de services sont donc exclues du dispositif transitoire.

2°) Désignation des chefs de services

a) Nouvelles dispositions

L'article L. 6146-4 CSP prévoit que peuvent exercer les fonctions de chef de service, les praticiens titulaires nommés par le ministre chargé de la santé, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (texte en cours d'élaboration), sur une liste nationale d'habilitation à diriger un service.

L'affectation de ces praticiens à la tête d'un service est prononcée par décision conjointe du directeur et du président de la CME ainsi que du doyen, dans les CHU.

Les dispositions de l'article D. 6146-2 CSP, qui précisent que la durée du mandat des responsables des structures internes de ces pôles (comprise entre trois et cinq ans) ainsi que les conditions de leur renouvellement sont définies par le règlement intérieur, s'appliquent également aux chefs de service.

b) Dispositions transitoires :

Elles sont définies par les II et IV de l'article 7 de l'ordonnance susvisée du 2 mai 2005.

- Le II de cet article prévoit que, jusqu'à la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un service, les chefs de service demeurent nommés dans les conditions définies par la législation antérieure.

Il en résulte que, jusqu'à cette date, les chefs de service demeurent nommés par le ministre chargé de la santé ou renouvelés dans leurs fonctions par le directeur de l'ARH et ce, pour l'accomplissement d'un mandat de cinq ans. En effet, la durée du mandat des chefs de service qu'il revient à chaque établissement de déterminer en application des dispositions susmentionnées de l'article D. 6146-2, ne s'appliqueront qu'aux nominations qui interviendront dans le cadre de la nouvelle procédure après publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un service.

- Le IV de l'article 7 susvisé prévoit que, pour une période de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance (soit jusqu'au 2 mai 2010), les chefs de service de la spécialité de psychiatrie sont nommés par le ministre dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat (texte en cours d'élaboration).

Dans l'attente de ce décret, les chefs de service concernés demeurent nommés dans les conditions définies par les articles R. 714-21-14 à R. 714-21-17 CSP.

31-1.1.2. Les autres structures internes des pôles cliniques et médico-techniques

1°) Définition

Doivent être considérées comme telles avec les conséquences que cela comporte pour les modalités de désignation de leurs responsables :

- les unités fonctionnelles issues de la législation antérieure ;
- les structures créées, sous quelque dénomination que ce soit, par le conseil d'administration depuis la publication de l'ordonnance du mai 2005 ;
- les services transformés en dehors des conditions définies par les dispositions transitoires précitées du XVII de l'article 1^{er} de l'ordonnance susvisée du 1^{er} septembre 2005.

2°) Nomination des responsables

L'article L. 6146-5 prévoit que les responsables des structures internes autres que les services sont nommés par les responsables de pôle d'activité. Ces dispositions valent pour les responsables des unités fonctionnelles (qui étaient antérieurement nommés par le conseil d'administration) ainsi que pour toutes les structures librement définies par le conseil d'administration dans le cadre de la mise en place des futurs pôles.

Aux termes de l'article D. 6146-2, la durée du mandat des responsables des structures internes de ces pôles (comprise entre trois et cinq ans) ainsi que les conditions de leur renouvellement sont définies par le règlement intérieur.

3°) *Dispositions transitoires*

Le I de l'article 7 de l'ordonnance susvisée du 2 mai 2005 qui fait obligation aux établissements de mettre en place leurs pôles d'activité pour le 31 décembre 2006, précise par ailleurs que « *jusqu'à la mise en place des pôles d'activité clinique et médico-technique, les dispositions du code de la santé publique relatives aux services, aux départements, aux unités fonctionnelles, aux fédérations et aux structures prévues à l'article L. 6146-8 continuent à s'appliquer dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente ordonnance* ».

Ces dispositions ont pour but d'éviter une situation de vide juridique dans l'attente des dispositions nécessaires à la mise en place des pôles. Elles ont essentiellement pour effet de permettre le maintien en fonctions des responsables de ces structures et d'assurer, le cas échéant, leur remplacement dans les conditions antérieures.

Ainsi notamment, jusqu'à la mise en place des pôles, les chefs de département continueront-ils à être nommés par le ministre et renouvelés par le directeur de l'ARH et les responsables d'unité fonctionnelle par le conseil d'administration. Toutefois, les mandats en cours des chefs de départements prendront fin dès la mise en place des pôles regroupant les activités dont ils étaient responsables. En effet, cette mise en place consacre l'extinction de la législation antérieurement applicable aux départements et entraîne *ipso facto* la disparition de ces structures.

En revanche, le maintien de la législation antérieure pendant la période transitoire n'a pas pour objet de permettre la constitution de nouveaux services, départements ou unités fonctionnelles au sens de l'ancienne législation. En effet, compte tenu des dispositions de l'article L. 6146-1, les nouvelles structures, y compris les services, créés après la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005 disparaîtraient avec la mise en place des pôles d'activité et, au plus tard, le 31 décembre 2006.

31-1.2. La structuration interne des pôles autres que cliniques ou médico-techniques

La législation antérieure à l'ordonnance susvisée du 2 mai 2005 ne comportait aucune spécification particulière sur l'organisation des activités administratives des établissements publics de santé. Dans sa rédaction de l'époque, le 5° de l'article L. 6143-1 précisait que le conseil d'administration devait délibérer sur « les créations, suppressions, transformations de structures médicales, pharmaceutiques, odontologiques définies au chapitre VI du présent titre [...] *ainsi que des services autres que médicaux, pharmaceutiques et odontologiques* ».

L'organisation en pôles définie par la nouvelle législation s'applique également aux activités considérées. En revanche, faute de disposition législative ou réglementaire les concernant, la définition et l'organisation des structures internes des pôles autres que cliniques et médico-techniques est librement déterminée par le conseil d'administration.

31-1.3. Les instruments de structuration des pôles

La structuration des pôles trouve son achèvement avec la conclusion d'un contrat interne et l'élaboration d'un projet de pôle. Ces procédures s'appliquent à tous les pôles qu'ils soient ou non cliniques ou médico-techniques.

31-1.3.1. Le contrat interne

Le contrat interne défini à l'article L. 6145-16 constitue l'outil opérationnel privilégié de définition des modalités de fonctionnement des pôles. Cet instrument, négocié entre le pôle et l'établissement, permet d'assurer l'insertion cohérente de l'organisation du pôle dans la politique générale de l'institution ainsi qu'une meilleure lisibilité dans les objectifs que celle-ci assigne à celui-là et les moyens qu'elle lui attribue à cet effet.

1°) Le contenu des contrats

Le contrat définit les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

A l'intérieur du cadre ainsi tracé, les cocontractants jouissent de la plus grande liberté pour définir le contenu des contrats internes. Toutefois, les négociations doivent être menées dans le cadre d'une politique de contractualisation préalablement définie par le conseil d'administration selon les modalités exposées infra (cf. § 33-1.1.2.).

2°) La procédure de contractualisation

Le contrat est négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la commission médicale d'établissement, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part. Toutefois, le responsable de pôle n'intervient pas seul dans cette procédure puisque l'article R. 6146-10 précise que le conseil de pôle participe à l'élaboration du projet de contrat interne « dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ».

3°) L'évaluation de l'exécution du contrat

Les conditions d'exécution du contrat, notamment la réalisation des objectifs assignés au pôle, font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration après avis du conseil de pôle, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif.

31-1.3.2. Le projet de pôle

Elaboré par le responsable de pôle avec le conseil de pôle, le projet de pôle a pour objet de préciser, en cohérence avec le projet d'établissement, en particulier, le projet médical et avec le contrat interne, l'organisation interne du pôle. C'est la raison pour laquelle on renvoie les développements qui lui sont relatifs au § 31-2.2.1. (1°, a) qui traite des compétences organisationnelles du responsable de pôle.

31-2. Les responsables de pôle

Il convient de préciser les conditions de nomination des responsables de pôle ainsi que les fonctions qui sont les leurs.

31-2.1. Conditions de nomination

Les conditions de nomination des responsables de pôles diffèrent selon qu'il s'agit de pôles cliniques ou médico-techniques ou de pôles administratifs ou logistiques.

31-2.1.1. Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique

Peuvent faire acte de candidature aux fonctions de responsable de pôle, les praticiens titulaires inscrits sur une liste nationale d'habilitation arrêtée par le ministre chargé de la santé dans des conditions fixées par décret (texte en cours d'élaboration).

1°) Autorités de nomination

Les responsables de pôle sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement ainsi que du doyen dans les CHU.

En cas de désaccord entre ces cosignataires, les responsables de pôle sont nommés par le conseil d'administration.

2°) Consultations préalables à la nomination

L'article R. 6146-1 CSP précise que ces nominations interviennent après avis :

- du conseil de pôle siégeant en formation restreinte aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques,
- de la commission médicale d'établissement
- et du conseil exécutif.

Dans les centres hospitaliers universitaires, cette décision requiert en outre l'avis :

- du ou des conseils restreints de gestion de la ou des unités de formation et de recherche
- et, pour les pôles tout particulièrement concernés par la recherche et dont la liste est fixée par la convention hospitalo-universitaire prévue à l'article L. 6142-3 CSP, du président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique après avis de ce comité.

3°) Le cumul avec les fonctions de président de la CME ou de doyen

La question se pose de savoir si le président de la CME et le doyen peuvent également exercer les fonctions de responsable de pôle. En effet, un tel cumul de fonctions amènerait le président de la CME à cosigner le contrat interne de son pôle à un double titre en vertu de l'article L.6145-16 et feraient de ce président et du doyen les co-décideurs de leur nomination en qualité de responsable de pôle en vertu de l'article L.6146-3. Toutefois, à défaut d'interdiction expresse en ce sens dans les textes, il faut considérer qu'un tel cumul est légal. Il revient donc à chaque établissement d'apprécier, au regard des charges et des contraintes que ce cumul est susceptible d'entraîner pour les intéressés, s'il est opportun, voire réaliste de faire usage de cette faculté.

4°) *Durée des mandats*

a) Détermination des durées

L'article D. 6146-2 précise que la durée des mandats des responsables de pôle est définie par le règlement intérieur. Elle ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans. Il en va de même, aux termes de cet article, de la durée des mandats des responsables de service ou autres structures internes du pôle.

A cet égard, si le règlement intérieur peut définir des durées de mandats différentes selon les structures considérées (pôles, services, autres structures internes), il ne saurait prévoir, en revanche, des durées différentes pour une même catégorie de responsables sans s'exposer au risque de procéder ainsi à une discrimination illégale.

b) Fin anticipée de mandat

Ces fonctions peuvent cependant prendre fin avant la durée normale du mandat pour des raisons tirées de l'intérêt du service. Le deuxième alinéa de l'article L. 6146-3 précise à cet égard que « il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions ». Il faut donc comprendre que la décision mettant fin anticipée aux fonctions d'un responsable de pôle d'activité clinique et médico-technique est prise conjointement par le directeur et le président de la CME ainsi que par le doyen dans les CHU. En cas de désaccord, entre les cosignataires, le conseil d'administration est appelé à trancher. Si la décision de nomination initiale a été prise par le conseil d'administration, c'est ce dernier qui est compétent pour y mettre un terme anticipé.

Dans tous les cas cette décision intervient après les mêmes consultations que celles requises pour la nomination de l'intéressé. Si la décision est prise en considération du comportement de l'intéressé, celui-ci doit être mis en mesure de présenter ses observations .

31-2.1.2. Dans les pôles d'activité administrative ou logistique

Le dernier alinéa de l'article L. 6146-3 précise que : « les responsables des autres pôles d'activité, choisis parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction, sont nommés par le directeur ».

Les mandats de ces responsables se poursuivent ou jusqu'à ce que le directeur y mette fin pour des raisons tirées de l'intérêt du service ou, à défaut, jusqu'à la cessation des fonctions au titre desquelles les intéressés ont été nommés en qualité de responsable de pôle.

31-2.2. Les fonctions de responsable de pôle

Les responsables de pôle bénéficient, d'une part, de pouvoirs propres définis par les textes et, d'autre part, de pouvoirs dont le contenu et la portée sont susceptibles de varier en fonction des délégations de gestion que leur confie le directeur.

31-2.2.1. Pouvoirs propres du responsable de pôle

Ces pouvoirs portent sur la conclusion et l'exécution du contrat interne, les modalités d'organisation et de fonctionnement du pôle et sur le choix de certains collaborateurs.

De manière générale, l'on peut indiquer à cet égard que dans l'exercice de ces pouvoirs les responsables de pôle :

- doivent respecter le projet d'établissement prévu au 1° de l'article L. 6143-1 et notamment le projet médical ainsi que l'organisation interne du pôle définie par le conseil d'administration en vertu du 6° du même article ;
- sont soumis à l'autorité du directeur de l'établissement qui, aux termes de l'article L. 6143-7, s'exerce « *sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art* » ;
- sont amenés à consulter le conseil de pôle voire à élaborer avec lui certaines mesures (contrat de pôle et projet de pôle).

1°) Le contrat interne

Le responsable de pôle négocie et conclut le contrat interne du pôle d'activité dans les conditions rappelées supra, au paragraphe 31-1.3.1.

2°) Organisation et fonctionnement du pôle

Comme tout responsable de structure, le responsable de pôle est compétent pour prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au fonctionnement des activités de son pôle.

Par ailleurs, compte tenu des spécificités des pôles cliniques et médico-technique et des règles déontologiques qui régissent ces activités, les attributions de leurs responsables font l'objet de précisions législatives particulières.

a) Organisation du pôle et projet de pôle

Le cadre général de l'organisation des pôles résultant de la configuration sous laquelle le conseil d'administration les a créés doit être complété et précisé par le projet de pôle.

Le contenu des projets des pôles cliniques et médico-techniques est précisé par les articles L.6146-1 et L. 6146-6.

Le deuxième alinéa de l'article L. 6146-6 prévoit que « *le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins* ».

Le dernier alinéa de l'article L. 6146-1 dispose que « *par délégation du pôle d'activité clinique et médico-technique, les services ou autres structures internes qui le constituent assurent, outre la prise en charge médicale des patients, la mise au point des protocoles médicaux, l'évaluation des pratiques professionnelles et de soins et le cas échéant l'enseignement et la recherche* ». A défaut, d'autre indication dans les textes, il faut considérer que ces délégations sont formalisées dans le projet de pôle.

Enfin, aux termes du dernier alinéa de l'article L. 6146-6, « *les projets de pôle comportent des objectifs en matière d'évaluation des pratiques professionnelles. Ces objectifs et leur suivi sont approuvés par les chefs de service du pôle* ».

b) Fonctionnement du pôle et autorité fonctionnelle du responsable

Tout responsable de pôle est fondé à prendre les mesures nécessaires à l'optimisation des moyens dont il dispose en vertu du contrat interne (personnel, locaux, matériels, gestion des lits et places, ...) en vue d'assurer le bon fonctionnement de son pôle.

A cet égard et s'agissant des pôles d'activité clinique et médico-technique, le premier alinéa de l'article L. 6146-6 précise que : « *Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. Il organise avec les équipes médicales, soignantes et d'encadrement du pôle, sur lesquelles il a autorité fonctionnelle, le fonctionnement technique du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités de structure prévues par le projet de pôle* ».

Par ailleurs, aux termes de l'article R. 6146-10, le conseil de pôle doit être mis en mesure de formuler des propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle.

Juridiquement, pour le champ du fonctionnement technique sur lequel elle s'applique avec les réserves déontologiques prévues, cette « autorité fonctionnelle » présente les caractéristiques du pouvoir hiérarchique avec ses trois composantes traditionnelles : le pouvoir de donner des instructions au personnel sur lequel il s'exerce, le pouvoir d'annuler des décisions prises par les collaborateurs ainsi que le pouvoir de réformer leurs décisions. En revanche, le pouvoir hiérarchique n'inclut pas les prérogatives liées à la qualité d'autorité « investie du pouvoir de nomination » et qui portent sur la gestion des carrières, le pouvoir de notation et le pouvoir disciplinaire.

L'autorité fonctionnelle du responsable de pôle s'insère dans l'organigramme hiérarchique global de l'établissement. Elle s'exerce :

- sous l'autorité hiérarchique du directeur (cf. dispositions précitées de l'article L. 6143-7),
- sur l'ensemble des personnels du pôle, y compris l'encadrement du pôle et les responsables de ses structures internes qui disposent eux-mêmes du pouvoir hiérarchique nécessaire à leurs attributions respectives. Conformément aux dispositions précitées de l'article L. 6146-6, les décisions prises par le responsable de pôle dans l'exercice de son autorité fonctionnelle ne peuvent aller jusqu'à remettre en cause les missions et les responsabilités confiées aux structures internes du pôle.

c) Articulation des responsabilités

Le terme de « responsable » s'entend d'une personne qui, exerçant des pouvoirs (ou une autorité) peut être amenée à en répondre devant l'autorité administrative supérieure (contrôle, enquêtes, mesures disciplinaires) ou devant le juge (civil, pénal, financier et, le cas échéant, ordinal).

La question de la répartition des pouvoirs entre responsable de pôle et responsables des autres structures internes du pôle est fréquemment soulevée. En réalité, elle ne se pose pas en des termes différents selon qu'il s'agit de l'autorité que le responsable de pôle exerce sur les praticiens de son pôle ou de l'autorité de même nature que le directeur, les chefs de service ou les responsables d'unités fonctionnelles exercent à leurs niveaux respectifs. Dans tous les cas, il s'agit de pouvoirs relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la structure considérée et

qui s'exercent dans le respect de la déontologie médicale et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.

En ce qui concerne les responsables des structures internes, l'article L. 6146-5-1 précise que « *les praticiens mentionnés aux articles L. 6146-4 [chefs de service] et L. 6146-5 [responsables des autres structures internes] assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée* ».

Concrètement en effet, ces structures sont maintenues (services, unités fonctionnelles) ou sont créées (autres structures internes laissées à l'initiative du CA) pour remplir des missions et assurer des activités définies par la délibération organisant le pôle et explicitées par le projet de pôle. Leurs responsables respectifs sont donc chargés de veiller, sous l'autorité fonctionnelle du responsables de pôle, à ce que ces structures remplissent les objectifs qui leur ont été assignés.

S'agissant des responsabilités encourues, on rappelle brièvement ici que le principe est que chacun ne peut être sanctionné qu'à raison de ses propres fautes. Pour les différentes autorités hospitalières, une telle faute peut notamment consister en un manquement à leur obligation de veiller à la bonne organisation et au bon fonctionnement des structures qui leur sont confiées. Les conditions dans lesquelles une telle responsabilité peut être engagée diffèrent sensiblement selon qu'il s'agit du contentieux de l'indemnisation ou celui de la répression pénale.

La réparation des dommages occasionnés aux patients est, en principe, mise à la charge de l'établissement à l'issue d'un contentieux qui relève de la compétence du juge administratif. Il n'en va autrement que lorsque la faute à l'origine du préjudice présente le caractère d'une « faute personnelle » définie par la jurisprudence comme étant une faute volontaire ou d'une exceptionnelle gravité ou dépourvue de lien avec le service public. Dans ce cas, la responsabilité civile de l'agent fautif est engagée devant le juge judiciaire. Si elle l'a été à tort, l'article 11 de la loi susvisée du 13 juillet 1983 précise que « *lorsqu'un fonctionnaire [ou un agent public] a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, la collectivité publique doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à ce fonctionnaire, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui* » (cf. supra, § 12-1.2.3.).

En droit pénal également, nul ne peut être condamné du seul fait que des personnes placées sous son autorité ont enfreint la loi. Cependant, le principe de la personnalité des peines conduit non moins logiquement à ce que les diverses autorités hospitalières (du chef d'établissement au responsable d'unité fonctionnelle) soient considérées comme pénalement responsables du délit d'homicide involontaire, d'atteinte involontaire à l'intégrité d'autrui ou de mise en danger de la vie d'autrui en raison des négligences, des imprudences ou des manquements à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement qu'elles ont commis dans l'organisation ou la surveillance du fonctionnement de la structure dont elles avaient la charge. Il convient de préciser que la faute pénale ne constitue pas nécessairement une « faute personnelle » au sens défini dans le paragraphe précédent. Dans ce cas, l'établissement doit assurer la protection de l'agent poursuivi. L'article 11 de la loi susvisée du 13 juillet 1983 indique en effet que « *la collectivité publique est tenue d'accorder sa protection au fonctionnaire ou à l'ancien fonctionnaire [ou à l'agent public] dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle* ».

3°) *Choix de certains collaborateurs*

Les responsables de pôle sont amenés à choisir les cadres qui les assistent. Les responsables des pôles cliniques et médico-techniques sont en outre compétents pour nommer certains responsables de structures internes.

a) La désignation des cadres qui assistent le responsable de pôle

S'agissant des pôles cliniques et médico-techniques, l'article L. 6146-6 précise que leurs responsables sont assistés « *selon les activités du pôle par une sage-femme cadre, un cadre de santé pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences, et par un cadre administratif* ».

Dans les autres pôles, l'assistance d'un cadre se déduit implicitement des dispositions de l'article R. 6146-12 qui confère la qualité de membre de droit du conseil de pôle au « *cadre qui assiste le responsable de pôle* » (cf. infra § 32-2.1.2.).

Dans le silence des textes sur ce point, il paraît légitime de laisser les responsables de pôle choisir les cadres qui les assistent. Toutefois, ce choix est limité à plusieurs égards.

D'une part, le responsable de pôle ne peut exercer son choix que parmi les cadres affectés dans son pôle. En d'autres termes, s'il souhaite se faire assister par un autre cadre, il doit préalablement obtenir du directeur, selon les procédures prévues par les textes, l'affectation de ce cadre au sein de son pôle.

D'autre part, dans les pôles cliniques et médico-techniques, le cadre soignant qui assiste le responsable de pôle doit être choisi parmi les cadres supérieurs de santé ou les sages-femmes cadres supérieurs du pôle. En effet, aux termes de l'article R. 6146-12 (cf. infra § 32-2.1.1.), ce n'est qu'à défaut de cadre supérieur que le responsable de pôle peut choisir son assistant parmi les cadres de santé ou les sages-femmes cadres du pôle.

b) La nomination des responsables des structures internes autres que les services.

Aux termes de l'article L. 6146-5, les responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique nomment les responsables des structures internes cliniques et médico-techniques autres que les services parmi les praticiens titulaires affectés dans la pôle. Ils peuvent mettre fin au mandat de ces responsables dans les mêmes conditions.

31-2.2.2. Les délégations de gestion

L'article L. 6145-16 CSP dispose que les responsables de ces pôles bénéficient de délégations de gestion, accordées par le directeur après la signature du contrat interne. L'article L. 6145-16 ne précise ni le contenu ni la portée des délégations de gestion accordées aux responsables de pôles. Le directeur jouit à cet égard d'une grande latitude d'appréciation, sous réserve d'accorder aux responsables de pôle les délégations de gestion nécessaires à l'exécution du contrat.

Il convient de préciser que les délégations de gestion ne supposent pas nécessairement que le directeur consente une délégation de signature aux responsables de pôle et qu'en tout état de cause, elles ne peuvent porter que sur des matières qui, relevant des pouvoirs propres du directeur, n'excèdent pas le champ d'attribution du pôle. A l'inverse, les questions qui

intéressent plusieurs pôles ou, a fortiori, l'ensemble de l'établissement doivent être exclues d'une telle délégation.

Enfin, la gestion déléguée suppose l'élaboration de tableaux de bord intégrant les données médico-économiques (management, flux d'activité) et des données relatives à la qualité des soins (satisfaction des usagers, évaluation des pratiques professionnelles, etc.) permettant au responsable du pôle de disposer de données objectives sur son fonctionnement et vérifier le respect des objectifs contractuellement consentis.

1°) Délégation de gestion ne revêtant pas la forme d'une délégation de signature

Dans cette configuration minimale, la délégation de gestion consiste à attribuer aux responsables de pôle, les marges de manœuvre nécessaires au bon fonctionnement de leur pôle.

En pratique, il s'agit de définir des droits de tirage sur l'« enveloppe du pôle » pour en permettre le fonctionnement : à titre d'exemples parmi les plus courants, il pourrait s'agir, de mensualités de remplacement, de matériels, de consommables, etc ... L'administration s'engage à honorer toutes les demandes formulées par les responsables de pôle (ou les cadres chargés de l'assister), sans en discuter l'opportunité, tant qu'elles n'excèdent pas les enveloppes définies.

2°) Délégation de gestion et délégation de signature

Sur les principes régissant la matière, on renvoie au paragraphe 12-1.2.4. supra.

Le directeur ne peut déléguer ses compétences aux responsables de pôle que sur des matières entrant dans le champ de la gestion de chaque pôle. Il peut en aller notamment ainsi :

- du recrutement du personnel de remplacement du pôle (la décision de délégation devrait notamment fixer à cet égard un plafond défini en valeur et/ou en mensualités, préciser la durée maximum des contrats et exclure toute décision de renouvellement des contrats qui risquerait, de fait, de conférer à ces personnels la qualité d'agents permanents),
- du changement d'affectation des agents du pôle entre ses différentes structures internes (à l'exception des chefs de service nommés dans les conditions prévues à l'article L. 6146-4),
- de l'élaboration des tableaux mensuels de service des personnels du pôle dans les conditions respectivement prévues à l'article 13 du décret susvisé du 4 janvier 2002 ou à l'article 11 de l'arrêté susvisé du 30 avril 2003, selon qu'il s'agit du personnel relevant de la fonction publique hospitalière ou du personnel médical, odontologique ou pharmaceutique .

A l'inverse, paraissent devoir être exclues de toute délégation de signature, les questions qui excèdent le champ des attributions du pôle, au premier rang desquelles figurent les décisions qui requièrent la consultation d'une instance d'établissement (CME, CTE, CAP, etc...). Sont ainsi notamment exclues du champ d'une telle délégation les questions relatives :

- à la politique générale des ressources humaines : l'organisation du travail, le recrutement d'agents permanents, l'affectation des agents entre les différents pôles (on rappelle que pour les personnels des activités de soins relevant de la fonction publique hospitalière, ces affectations sont décidées par le directeur sur proposition du directeur des soins : cf. art. 4, 4° du décret susvisé du 19 avril 2002), les décisions en matière de notation du personnel,
- aux marchés publics : dans la mesure où l'on ne peut passer qu'un seul marché public pour l'achat d'une même catégorie de fournitures ou de services.

31-3. L'environnement des pôles

La mise en place des pôles ne doit pas aboutir à de nouveaux cloisonnements au sein des établissements publics de santé. A cet effet, les pôles peuvent développer des démarches de coopération ou de coordination entre eux ainsi qu'avec d'autres établissements. Ces relations peuvent éventuellement s'organiser, en interne et, entre établissements différents, dans le cadre d'actions de coopération.

31-3.1. Coordination interne des activités des pôles

Cette coordination peut notamment prendre la forme de contrats conclus entre les pôles ou celle d'une structure analogue à celle des anciennes « fédérations ».

31-3.1.1. Les contrats conclus entre les pôles

Compte tenu de leur objet spécifique, les contrats au moyen desquels les pôles sont susceptibles d'organiser leurs relations réciproques ne sont pas des « contrats internes » au sens de l'article L. 6145-16. Par ailleurs, ces contrats « inter pôles » ne sont pas organisés par les textes en vigueur. Leur passation est donc facultative et il revient au règlement intérieur de l'établissement d'en définir librement le cadre, la procédure de négociation ainsi que les modalités de conclusion, sous réserve de ne pas contrarier la législation relative à l'organisation ainsi qu'au fonctionnement des pôles et de ne pas empiéter sur le champ réservé aux contrats internes par l'article L. 6145-16.

31-3.1.2. Les fédérations

Les dispositions relatives aux fédérations prévues par l'ancien article L. 6146-4 ont été abrogées par l'ordonnance du 2 mai 2005. Cette abrogation entraîne la disparition des fédérations créées en vertu de la législation antérieure, à compter de la mise en place des pôles, au plus tard 31 décembre 2006 (cf. supra, § 31-1.1). En revanche, elle n'interdit pas aux établissements de rétablir une formule d'objet comparable. En effet, l'organisation interne des établissements publics de santé est libre sous la seule réserve de satisfaire à l'organisation en pôles d'activité.

1°) Conditions de constitution

Le conseil d'administration, compétent en vertu des 6° et 14° de l'article L. 6143-1 CSP pour arrêter l'organisation interne et le règlement intérieur de l'établissement, a toute latitude pour créer, le cas échéant sous l'appellation de « fédérations », des structures de coopération ou de coordination interne, chargées, comme dans l'ancienne législation, « *soit du rapprochement d'activités médicales complémentaires, soit d'une gestion commune de lits ou d'équipements, soit des regroupements des moyens en personnels ou pour la réalisation de plusieurs de ces objectifs* ». A cet effet, il lui revient de définir préalablement, dans le règlement intérieur, la nature et l'étendue des activités de ce type de structures, leur intitulé ainsi que leurs modalités d'organisation et de fonctionnement et les conditions d'association des personnels concernés à ces activités.

2°) Missions

Les structures de type « fédération » qui viendraient ainsi à être constituées doivent être compatibles avec l'organisation en pôles d'activité. Elles ne sauraient donc empiéter sur les missions des pôles ni sur les attributions de leurs responsables.

A cet égard, leur rôle devra être cantonné à des missions de mutualisation de moyens et de coordination d'activités entre différents pôles ou entre certaines de leurs structures internes. En effet, de même que dans l'ancienne législation, une « fédération » ne pouvait être constituée au sein d'un même service ou d'un même département sans procéder du démembrement de ce service ou département, de même elle ne peut constituer une structure interne d'un pôle sans que ses missions de coordination n'entrent alors en concurrence avec les compétences attribuées au responsable du pôle dans l'organisation de celui-ci. En outre, la création de toute « fédération » paraît devoir être subordonnée à l'accord des responsables des pôles concernés, après avis des conseils de pôle ou, transitoirement, après avis des conseils de service et de département qui demeurent en fonctions jusqu'à la mise en place des nouveaux conseils.

3°) Nomination des responsables

Dans la mesure où les structures de type fédération ne sont pas des structures internes d'un pôle l'article L. 6146-5, leurs responsables (dénommés « coordonnateurs » dans l'ancienne législation) ne peuvent pas être nommés par les responsables de pôle. Ils ne peuvent pas l'être davantage par le conseil d'administration compte tenu du caractère limitatif des attributions énumérées à l'article L. 6143-1. Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-7, c'est donc le directeur de l'établissement qui est compétent en la matière. Il revient au règlement intérieur de l'établissement de préciser la procédure consultative à laquelle cette nomination donne lieu (avis des responsables et conseils des pôles concernés, de la CME, du conseil exécutif, etc ...).

31-3.2. Les formules de coopération

La loi n'organise pas la constitution de pôles interhospitaliers. Dans la mesure où ils assurent les missions de soins des établissements dans lesquels ils sont implantés, les pôles d'activité ne peuvent être que des structures internes à ces établissements. En revanche, les activités considérées peuvent faire l'objet des actions de coopération mentionnées à l'article L. 6134-1, en vue de leur coordination et de la mutualisation des moyens y afférents entre établissements de santé partenaires. Parmi ces formules, celle de la fédération médicale interhospitalière et celles du SIH et du GCS appellent quelques commentaires.

31-3.2.1. Les fédérations médicales interhospitalières

1°) Maintien et adaptation de la formule antérieure

A cet égard, les dispositions de l'article L. 6135-1 CSP ont été maintenues et adaptées par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 à la mise en place des pôles. La nouvelle rédaction de cet article prévoit que : « *En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par voie de délibérations concordantes de leur conseil d'administration, prises après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des responsables des structures susmentionnées. [...]* ».

2°) Champ d'application

Comme précédemment, les CHU sont exclus de la formule des fédérations interhospitalières afin d'éviter toute ambiguïté avec les conventions d'association prévues à l'article L. 6142-5.

Par ailleurs, deux ou plusieurs centres hospitaliers ne peuvent constituer entre eux une fédération interhospitalière pour organiser conjointement leurs activités pharmaceutiques. En effet, le deuxième alinéa de l'article L. 5126-1 indique que : « *l'activité des pharmacies à usage intérieur est limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé ou médico-sociaux où elles ont été constituées ou qui appartiennent au groupement de coopération sanitaire ou au syndicat interhospitalier [...]* ». Comme l'indiquent les dispositions précitées, les seules formules de coopération autorisées par la loi en ce domaine sont celles du SIH et du GCS.

31-3.2.2. Les structures de coopération

Aux termes de l'article L. 6134-1, ces structures peuvent être des GIP, des GIE, des GCS ou des SIH créés avant le 1^{er} janvier 2005 (cf. supra § 22-4.2.1).

Les dispositions des articles L. 6146-1 et suivants relatives aux pôles d'activité ne sont pas applicables à ces structures dont l'organisation interne doit être déterminée par leur acte constitutif ou leur règlement intérieur. Il en va de même pour les SIH et les GCS autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé.

Toutefois, l'article L. 6132-3 prévoit que les SIH autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé sont soumis aux procédures de contractualisation interne définies à l'article L. 6145-16. Ils doivent en conséquence constituer des structures internes permettant la conclusion de tels contrats. Ces syndicats ont toute latitude pour définir, dans leur règlement intérieur, les conditions d'organisation et de fonctionnement de ces structures qui ne sont pas des pôles d'activité au sens de l'article L. 6146-1.

Section II : Les conseils de pôle

Les personnels du pôle d'activité participent à son fonctionnement dans le cadre des conseils de pôle prévus à l'article L. 6146-2 qui se substituent aux conseils de service et de département dans les pôles d'activité clinique et médico-technique et au droit à l'expression directe et collective dans les autres pôles.

Le décret susvisé du 26 décembre 2005 précise, dans les articles R. 6146-10 à R. 6146-16, les attributions des conseils de pôle ainsi que leur composition. Il renvoie au règlement intérieur de chaque établissement le soin de définir leurs modalités d'organisation et de fonctionnement.

32-1. Attributions

L'article R. 6146-10 indique que le conseil de pôle a notamment pour objet :

- de participer à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle, dans le respect de la déontologie médicale, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques ;
- de permettre l'expression des personnels ;
- de favoriser les échanges d'informations, notamment ceux ayant trait aux moyens afférents au pôle ;
- de faire toute proposition sur le fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et l'établissement des tableaux de service.

32-2. Composition

Les conseils de pôle comportent des membres de droit ainsi que des membres élus et non plus tirés au sort comme c'était le cas dans les conseils de service et de département.

32-2.1. Les membres de droit

Chaque conseil de pôle est présidé par le responsable du pôle. Les autres membres de droit sont énumérés à l'article R. 6146-12 qui distingue à cet égard selon qu'il s'agit de pôles d'activité clinique et médico-technique ou de pôles administratifs, logistiques ou techniques.

32-2.1.1. Dans les pôles d'activité clinique et médico-technique :

Le 1° de l'article R. 6146-12 distingue quatre catégories de membres de droit :

1°) Les praticiens responsables des structures internes composant le pôle

Il s'agit des chefs de services, des responsables d'unités fonctionnelles constituant le pôle ainsi que des responsables des autres structures internes du pôle créées dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement.

2°) Les cadres qui assistent le responsable de pôle

Le texte indique qu'il s'agit du cadre supérieur de santé ou de la sage-femme cadre supérieur ainsi que du cadre administratif qui assistent le responsable du pôle.

En principe, les fonctions d'assistant du responsable de pôle sont réservées à des « cadres supérieurs ». L'article précise toutefois, que le responsable du pôle peut être assisté par un cadre de santé ou par une sage-femme cadre, lorsque le pôle ne comporte pas de cadre supérieur de santé ou de sage-femme cadre supérieur. Le cadre de santé ou la sage-femme cadre ainsi désignés pour assister le responsable du pôle sont alors membres de droit du conseil de pôle.

Par ailleurs, le « cadre administratif » qui assiste le responsable de pôle en vertu des dispositions de l'article L. 6146-6 CSP, ne peut appartenir au personnel de direction. En effet, la législation n'assimile pas les deux notions. A contrario, le dernier alinéa de l'article L.6146-3 CSP relatif à la responsabilité des pôles d'activité autres que cliniques et médico-techniques, prend soin de préciser que leurs responsables peuvent être choisis « *parmi les cadres de l'établissement ou les personnels de direction* ». En revanche, des personnels de direction peuvent être désignés comme référents d'un ou de plusieurs pôles afin de faciliter les relations entre ceux-ci et la direction.

3°) Les cadres supérieurs qui assurent des fonctions d'encadrement

L'article précise qu'il s'agit des cadres supérieurs de santé ou des sages-femmes cadres supérieurs qui assurent l'encadrement de plusieurs cadres de santé ou sages-femmes cadres.

La condition d'exercice de fonctions d'encadrement à laquelle est subordonnée la qualité de membre de droit exclut les cadres supérieurs chargés de missions transversales. Ces cadres supérieurs sont en revanche éligibles au conseil de pôle dans le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière (cf. infra § 32-2.2.1).

4°) Les autres personnels d'encadrement

a) Principe

Sont également membres de droit du conseil de pôle, les cadres de santé ou les sages-femmes cadres qui assurent l'encadrement du personnel dans chacune des structures internes du pôle. Les cadres qui ne remplissent pas cette condition sont électeurs et éligibles dans le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière (cf. infra § 32-2.2.1).

b) Réduction du nombre des membres de ce collège

Toutefois, certains de ces cadres peuvent se trouver exclus de la catégorie des membres de droit. En effet, l'article R. 6146-12 précise que lorsque le nombre des cadres supérieurs et autres qui remplissent les conditions pour siéger en qualité de membres de droit excède celui des praticiens responsables des diverses structures internes du pôle, le nombre des cadres autres que supérieurs est réduit, à due concurrence, dans des conditions définies par le règlement intérieur de l'établissement.

Il revient donc au conseil d'administration de définir les critères en application desquels certaines des structures internes de pôle ne seront pas représentées par le cadre de santé ou la sage-femme cadre qui en assure l'encadrement. Ces critères peuvent notamment prendre en compte l'importance relative desdites structures au sein du pôle, appréciée au regard notamment, de son activité et du nombre des personnels tout en veillant à assurer la représentation équitable des diverses disciplines ou spécialités gérées par le pôle.

32-2.1.2. Dans les pôles d'activité autres que cliniques et médico-techniques

Le 2° de l'article R. 6146-12 distingue trois catégories de membres de droit :

1°) Le personnel de direction du pôle

Il s'agit des personnels appartenant au corps de direction ainsi que du coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dont l'article L. 6146-9 CSP précise qu'il est membre de l'équipe de direction.

2°) Le cadre qui assiste le responsable de pôle

Comme dans le cas des pôles cliniques et médico-techniques, le terme de « cadre » exclut que le responsable de pôle, même s'il appartient lui-même au personnel de direction, puisse choisir son assistant parmi les personnels de direction du pôle.

3°) Les cadres qui assurent l'encadrement du personnel des structures internes du pôle.

Il peut s'agir, selon les moyens en personnel des établissements concernés, des personnels d'encadrement appartenant à des corps classés en catégorie A ou à défaut en catégorie B et relevant des commissions administratives paritaires n° 1, n° 2 (sous-groupe 1), n°3, n° 4, n° 6 et n° 7.

Les agents considérés doivent se trouver en situation effective d'encadrement du personnel d'une structure interne du pôle. Il ne peut y avoir qu'un seul cadre membre de droit du conseil de pôle au titre d'une même structure interne du pôle.

Les personnels d'encadrement qui ne remplissent pas ces conditions sont éligibles au conseil de pôle dans le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière (cf. infra § 32-2.2.1).

32-2.2. Les membres élus

32-2.2.1. Les groupes de membres élus

L'article R. 6146-13 CSP institue deux groupes de membres élus au sein du conseil de pôle :

1°) Le groupe des médecins, des odontologistes et des pharmaciens

Ce groupe comprend des représentants des corps et catégories suivants :

professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers universitaires, praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitaliers universitaires, assistants et assistants associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels, praticiens attachés et praticiens attachés associés, internes et résidents.

2°) Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière

Ce groupe comprend des représentants des différents corps et catégories relevant de cette fonction publique.

Les « catégories » de personnel visées dans cet article ne sont pas les catégories hiérarchiques (A, B, C et D) définies à l'article 4 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Il s'agit du personnel relevant d'emplois non constitués en corps, classés en cadre d'extinction ou régis par des statuts locaux.

32-2.2.2. Détermination du nombre de sièges à pourvoir

L'article R. 6146-13 définit les conditions dans lesquelles le règlement intérieur de chaque établissement doit fixer le nombre de membres titulaires et suppléants à pourvoir au titre de chaque corps et catégories des deux groupes de membres élus.

1°) Le nombre maximum de membres titulaires

L'article R. 6146-13 précise que ce nombre est déterminé selon les quatre règles suivantes :

a) Le nombre de membres titulaires de chaque groupe

Le nombre de sièges de membres titulaires de chaque groupe ne peut ni être supérieur au tiers des électeurs du groupe, ni excéder trente membres. Compte tenu de la règle de plafonnement au tiers de l'effectif du groupe :

- lorsque l'effectif est n'est pas un multiple de 3, l'arrondi s'effectue à l'entier inférieur (ex : pour un groupe de 56 praticiens, le nombre total de sièges à pourvoir sera de $56/3 = 18,66$ soit 18 sièges) ;
- la limitation en valeur absolue à 30 membres n'a de portée utile que pour des groupes comportant plus de 90 agents.

Le nombre de membres titulaires déterminé en fonction des principes ci-dessus rappelés constitue un maximum en deçà duquel le règlement intérieur peut fixer le nombre de sièges à pourvoir.

b) La répartition des sièges entre les différents corps et catégories du groupe

Les sièges à pourvoir au titre de chaque groupe sont répartis entre les catégories et les corps au prorata de leurs effectifs respectifs, appréciés en équivalents temps plein (ETP), au sein du groupe considéré. Ainsi s'agissant du nombre de sièges revenant par exemple aux praticiens hospitaliers (PH) au sein du groupe des praticiens (groupe I), il y a lieu d'appliquer la formule suivante :

$$\text{Sièges attribués aux PH} = \frac{\text{Nbre de sièges à pourvoir dans le groupe I} \times \text{effectif des PH en ETP}}{\text{Effectif du groupe I en ETP}}$$

Les effectifs à prendre en compte sont ceux constatés le dernier jour du troisième mois précédant l'affichage des listes des électeurs et des éligibles : soit, par exemple, au 31 mars, pour un affichage prévu l'un quelconque des jours du mois de juin.

c) Tout corps ou catégorie doit avoir au moins un représentant

d) Dans le groupe des praticiens, les praticiens titulaires doivent disposer au moins de la moitié des sièges.

On rappelle les praticiens concernés sont ceux qui ont été titularisés dans les corps de PU-PH et de MCU-PH ou dans les catégories de praticiens exerçant à temps plein ou à temps partiel.

2°) Le nombre de membres suppléants

Le dernier alinéa de l'article R. 6146-13 précise que le nombre des membres suppléants à élire est égal, dans chaque corps ou catégorie, à celui des membres titulaires. Toutefois, le règlement intérieur de l'établissement peut réduire le nombre des membres suppléants à la moitié du nombre des titulaires sans qu'il puisse être inférieur à dix. Concrètement, cette limitation de nombre des suppléants ne peut jouer que pour des corps ou catégories comportant plus de vingt membres titulaires.

32-3. L'organisation des élections

Pour l'essentiel cette organisation est régie par des dispositions analogue à celle prévue pour l'élection des membres de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (cf. supra § 25-3).

32-3.1. La qualité d'électeurs et d'éligibles

Il résulte des dispositions combinées de l'article R. 6146-11 et du II de l'article R. 6146-13 que :

- sont électeurs dans chaque corps ou catégorie, l'ensemble des personnels titulaires, stagiaires et contractuels relevant de ce corps ou catégorie et se trouvant en position d'activité dans le pôle à la date du scrutin ; en cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel concerné est électeur dans le pôle où il exerce à titre principal ;
- sont éligibles dans les mêmes corps ou catégories, les agents qui ont la qualité d'électeurs à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes. Cette exclusion concerne tous les types de congé liés à une absence pour maladie supérieure à un an, y compris lorsqu'elle fait suite à un accident de travail ou à une maladie professionnelle.

32-3.2. Les modalités du scrutin

L'article R. 6146-15 renvoie au règlement intérieur de chaque établissement, le soin de définir les modalités du scrutin. Toutefois, plusieurs de ces modalités sont déjà définies par la réglementation.

32-3.2.1. Les modalités définies par voie réglementaire

1°) Le mode de scrutin

Le I de l'article R. 6146-13 précise que :

- les membres titulaires et suppléants de chaque corps ou catégorie sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour ;
- les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes ;
- la désignation des titulaires et des suppléants se fait dans l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues.

Il résulte de ces dispositions que chaque électeur doit faire figurer sur son bulletin de vote, au maximum, autant de noms de candidats qu'il y a de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans le corps ou la catégorie auquel il appartient.

2°) *La procédure électorale*

L'article R. 6146-15 précise que la date du scrutin arrêtée par le directeur de l'établissement est portée à la connaissance des électeurs par voie d'affichage un mois au moins à l'avance en même temps que la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de titulaires et de suppléants à pourvoir dans chaque collège.

3°) *La proclamation des résultats*

Elle est opérée par le directeur de l'établissement à l'expiration d'un délai de six jours francs suivant l'affichage du procès-verbal des opérations électorales établi à l'issue du scrutin.

32-3.2.1. Les dispositions à définir par le règlement intérieur

Ce sont les mêmes que celles qui doivent être définies par le règlement intérieur pour les élections à la CSIRMT (cf. supra § 25-3.2.1).

Toutefois, pour les élections au conseil de pôle, il serait excessif d'instituer un bureau de vote par collège électoral, dans la mesure où chaque corps ou catégorie constitue un tel collège. Le règlement intérieur pourrait donc se contenter d'instituer un bureau de vote par groupe dès lors, par ailleurs, que chaque corps et catégorie dispose d'une urne électorale et d'une liste d'émargement distinctes.

32-4. Les conditions d'organisation et de fonctionnement

Le II de l'article R. 6146-10 confie au règlement intérieur le soin de fixer ces conditions. S'il appartient à chaque conseil d'administration d'apprécier jusqu'où il est opportun de réglementer en la matière, il ne saurait s'en remettre trop largement au règlement interne de chaque pôle sans méconnaître ses propres compétences. Il paraît en particulier incontournable que le règlement intérieur de l'établissement définisse au moins, le nombre minimum annuel des séances de ces conseils ainsi que les modalités de leur convocation et de la fixation de l'ordre du jour par leur président.

32-4.1. Les règles de quorum

A défaut, de précision sur le quorum dans le règlement intérieur, il résulte de la jurisprudence que les conseils de pôle ne pourront valablement délibérer que si plus de la moitié de leurs membres en exercice sont présents (CE, 5 juillet 1985, Sarl Ipsos). Par contre, il est loisible au règlement intérieur de l'établissement de fixer un quorum inférieur ou supérieur à celui de la majorité des membres.

32-4.2. Remplacement des membres titulaires

L'article R. 6146-14 distingue à cet égard deux situations selon que le membre titulaire est momentanément empêché ou que ses fonctions prennent fin en cours de mandat.

32-4.2.1. En cas d'empêchement temporaire de membres titulaires

C'est au règlement intérieur de l'établissement qu'il revient de fixer les conditions dans lesquelles les membres titulaires momentanément empêchés de siéger sont remplacés par des membres suppléants appartenant au même collège.

32-4.2.2. En cas de cessation anticipée de mandat

Lorsqu'un siège de titulaire devient vacant en cours de mandat, il est pourvu, pour la durée du mandat en cours, par le suppléant du corps ou de la catégorie qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

Lorsque le dernier suppléant d'un corps ou d'une catégorie a ainsi été désigné comme membre titulaire, il est immédiatement pourvu au remplacement de l'ensemble des suppléants de ce corps ou de cette catégorie par voie d'élections partielles dont les modalités d'organisation ne se différencient de celles d'une élection générale que dans la mesure où leur champ est limité aux seuls corps ou catégories du conseil de pôle n'ayant plus de suppléants et où les sièges à pourvoir sont exclusivement des sièges de suppléants.

Toutefois, l'établissement est exonéré de toute organisation d'élections partielles, lorsque la dernière vacance de siège de suppléant intervient moins de sept mois avant le renouvellement général du conseil de pôle. Dans ce cas, et jusqu'à la fin du mandat restant à courir, les nouvelles vacances de sièges de titulaires ne sont plus remplacées.

32-4.2.3. Participation de non membres

L'article R. 6146-16 indique à cet égard que le règlement intérieur de l'établissement définit :

1°) les conditions dans lesquelles les professionnels exerçant leur activité dans plusieurs pôles assistent, avec voix consultative, aux séances d'un conseil de pôle autre que celui auquel ils sont rattachés

2°) les modalités selon lesquelles le conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement, compétent sur une question inscrite à l'ordre du jour.

32-5. Dispositions transitoires

Le conseil de chaque pôle d'activité est mis en place dans le délai de six mois suivant la constitution du pôle considéré (soit au plus tard, le 30 juin 2007 pour un pôle mis en place au plus tard le 31 décembre 2006) ou dans le délai de six mois suivant la publication du décret du 25 décembre 2005 (soit le 27 juin 2006) pour les pôles déjà mis en place lors de cette publication.

Jusqu'à la date de cette mise en place, les personnels concernés continuent à exercer leur droit à l'expression directe sur le contenu, les conditions d'exercice et l'organisation de leur travail dans le cadre des conseils régis par les ex-articles R. 714-22-1 à R. 714-22-11 du code de la santé publique ou selon les modalités définies aux articles R. 6144-86 à R. 61447-89 du même code.

Section III : La mise en place des pôles d'activité

L'article 7, I de l'ordonnance du 2 mai 2005 précise que : « *les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux mettent en place les pôles d'activité prévus à l'article L.6146-1 du code de la santé publique au plus tard le 31 décembre 2006. [...].* »

Au sens des dispositions précitées, peuvent seuls être considérés comme « mis en place » les pôles d'activité pleinement opérationnels. Ce qui suppose non seulement que le pôle ait été créé par une délibération du conseil d'administration mais aussi que son responsable ait été nommé, qu'il ait négocié et signé un contrat interne avec le directeur et le président de la CME et qu'il soit titulaire d'une délégation de gestion accordée par le directeur. En effet, ces deux actes, constituent des conditions à défaut desquelles les pôles n'ont pas véritable existence.

33-1. La procédure de constitution des pôles d'activité

Cette procédure passe schématiquement par trois étapes distinctes. En premier lieu, le règlement intérieur de l'établissement doit définir le cadre organisationnel des pôles. En second lieu, il convient de procéder à la nomination des responsables des pôles créés par le règlement intérieur. Enfin, la mise en place de chacun de ces pôles résultera de la conclusion des contrats internes et des délégations de gestion consenties par le directeur aux responsables de pôle.

33-1.1. Définition du cadre organisationnel des pôles

Il revient au conseil d'administration de définir ces règles d'organisation. A cet égard, on peut distinguer les règles requises pour la nomination des responsables de pôle et celles requises pour la conclusion des contrats internes.

Les dispositions du règlement intérieur relatives aux conseils de pôle (définition des modalités du scrutin ainsi que de l'organisation et du fonctionnement de ces conseils) ne constituent pas un préalable à la mise en place des pôles. En effet, les dispositions transitoires prévoient que chaque conseil de pôle doit être constitué dans les six mois qui suivent la mise en place de son pôle. Le conseil d'administration devra donc définir ces règles dans un calendrier permettant d'assurer leur mise en œuvre dans les six mois suivant la première mise en place d'un pôle, en tenant compte de la durée de la procédure électorale (environ deux mois).

33-1.1.1. Les délibérations préalables à la nomination des responsables de pôle

1°) Création des pôles

a) Découpage de l'établissement en pôle

Conformément aux dispositions des articles L. 6143-1, 6° et L. 6146-1, les pôles d'activité sont créés par délibération du conseil d'administration prise sur proposition du conseil exécutif. Les critères au vu desquels les activités cliniques et médico-techniques de l'établissement seront regroupées dans les différents pôles (logique d'organes, de disciplines, de filières de soins ou de plateau technique) sont laissés à la discrétion des établissements.

La ou les délibérations portant création des pôles doivent définir l'organisation du pôle, c'est-à-dire ses missions ou son champ d'activité et sa structuration interne en services, unités fonctionnelles ou toute autre structure.

b) La structuration interne des pôles

S'agissant des services créés en vertu de la législation antérieure, la délibération du conseil d'administration indiquera leur répartition entre les pôles d'activité en précisant les unités fonctionnelles qui composent ces services, compte tenu des éventuelles suppressions, fusions, transferts dont elles ont pu faire l'objet.

Si le conseil d'administration entend créer des catégories de structures internes autres que les services et unités fonctionnelles susmentionnés ou s'il souhaite rétablir, sous cette dénomination ou sous une autre, les départements issus de la législation antérieure, il devra définir leurs règles d'organisation et de fonctionnement dans le règlement intérieur avant de procéder à la création de chacune de ces structures.

2°) *Réglementation des mandats*

a) Mandats des responsables de pôle

Le conseil d'administration doit délibérer sur la durée des mandats, comprise entre 3 et 5 ans, des responsables de pôles ainsi que sur les conditions de leur renouvellement.

b) Mandats des autres responsables

Il revient également au conseil d'administration de définir la durée et les conditions de renouvellement des mandats des responsables des autres structures internes (y compris les services) qui constituent éventuellement les pôles. Toutefois, cette délibération ne constitue pas un préalable nécessaire à la nomination des responsables de pôle. Elle peut donc intervenir selon un calendrier différé, les mesures qu'elle institue ne prenant effet qu'après la mise en place des pôles.

33-1.1.2. Les délibérations préalables à la conclusion des contrats internes

A cet titre, le conseil d'administration doit définir les modalités de la contractualisation interne et notamment le cadre général de la politique de contractualisation et d'évaluation de l'exécution des contrats.

1°) *La politique de contractualisation interne et la politique d'intéressement*

Le contrat interne de chaque pôle doit s'insérer dans la politique de contractualisation interne et dans la politique d'intéressement définies par le conseil d'administration. Il est souhaitable que les négociations des contrats internes débutent sans attendre l'intervention de la délibération considérée, d'une part, afin de garantir le respect du calendrier de mise en place des pôles (31/12/06), et d'autre part, dans la mesure où ces négociations permettront de nourrir concrètement l'élaboration de la politique de contractualisation interne. En revanche, ces négociations ne pourront aboutir à la conclusion des contrats internes avant que le conseil d'administration n'ait arrêté la politique de contractualisation et d'intéressement de l'établissement.

En l'absence de mention expresse dans les textes législatifs d'un intéressement pécuniaire des agents, il convient de considérer que la politique d'intéressement au 8° de l'article L. 6143-1 et à l'article L.6145-16 ne vise que l'intéressement des structures.

2°) *La politique d'évaluation de l'exécution des contrats*

L'article L. 6145-16 précise :

- e) d'une part, que les contrats internes doivent, dès leur conclusion, définir les indicateurs de suivi des pôles d'activité ;
- f) et, d'autre part, que l'évaluation annuelle des conditions d'exécution du contrat s'effectue selon des modalités et sur la base de critères définis par le conseil d'administration.

Dans ces conditions, la définition d'une politique d'évaluation par le conseil d'administration doit être également considérée comme un préalable à la conclusion des contrats.

33-1.2. La nomination des responsables de pôle

1°) *Conditions transitoires de nomination*

Le VI de l'article 7 de l'ordonnance susvisée du 5 mai 2005 précise à cet égard que : « *jusqu'à la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un pôle d'activité clinique ou médico-technique, au plus tard le 31 décembre 2007, les responsables de pôles sont nommés conformément aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique* ».

Il en résulte que jusqu'à la publication de la liste nationale, les praticiens à temps plein ou à temps partiel peuvent être nommés en qualité de responsables de pôles à la seule condition d'avoir la qualité de praticiens titulaires.

2°) *Procédure de consultation transitoire*

La procédure consultative préalable à ces nominations fait également l'objet de dispositions transitoires. Le IV de l'article 5 du décret susvisé du 4 mai 2005 précise en outre que :

- a) En ce qui concerne l'avis des praticiens du conseil de pôle

Le premier alinéa de l'article R. 6146-1 indique que " *les nominations des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique prévues à l'article L. 6146-3 interviennent après avis du conseil de pôle siégeant en formation restreinte aux personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif* ". A cet égard, le IV de l'article 5 du décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 prévoit que : " *jusqu'à la mise en place des conseils de pôle, les avis prévus à l'article R. 714-21 [actuel art. R. 6146-1] sont émis par les médecins, odontologistes et pharmaciens membres des conseils des services et des départements à partir desquels le pôle d'activité clinique ou médico-technique dont il s'agit a été constitué* ".

- b) En ce qui concerne les consultations spécifiques aux CHU

Le second alinéa de l'article R. 6146-1 précise que, dans les centres hospitaliers universitaires, la nomination des praticiens responsables des pôles tout particulièrement concernés par la recherche requiert, en outre, notamment l'avis du président du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique après avis de ce comité.

A cet égard, le IV de l'article 5 du décret susvisé du 4 mai 2005 prévoit que « *jusqu'à la mise en place du comité de la recherche en matière biomédicale et de santé publique, les avis que*

celui-ci et son président doivent rendre [...] sont recueillis auprès du comité de coordination hospitalo-universitaire et de son président ».

33-1.3. Signature des contrats internes et délégations de gestion

C'est l'intervention de ces deux types d'actes qui consacre la mise en place de chaque pôle d'activité. Les derniers contrats devront être signés et les dernières délégations de gestion consenties pour le 31 décembre 2006 au plus tard.

Afin de permettre aux directeurs des ARH de s'assurer du respect de cette procédure, il conviendra que les directeurs des établissements publics de santé concernés leur transmettent, sinon la copie de ces documents, du moins un état précisant les dates auxquelles le ou les derniers contrats ont été conclus et la ou les dernières délégations de gestion ont été accordées.

33.2. Les effets de la mise en place des pôles d'activité

La mise en place des pôles produit plusieurs effets sur la procédure de mise en œuvre de la réforme, notamment en ce qui concerne l'entrée en vigueur de la nouvelle législation relative à l'organisation interne, les modalités de désignation des responsables de pôle au conseil exécutif, le renouvellement des CME et la mise en place des conseils de pôle.

33-2.1. Entrée en vigueur de la nouvelle législation

En vertu du I de l'article 7 de l'ordonnance du 2 mai 2005, la mise en place de chaque pôle d'activité substitue, pour les structures internes de ce pôle, la législation issue de la même ordonnance à celle antérieurement applicable aux services, aux départements, aux unités fonctionnelles, aux fédérations et aux structures « libres » créées en vertu de l'ex-article L.6146-8 CSP.

Seules demeurent en vigueur (jusqu'à la publication de la liste nationale d'habilitation à diriger un service), les dispositions antérieurement applicables à la nomination et au renouvellement des chefs de service.

33-2.2. Désignation des responsables de pôle au sein des conseils exécutifs

Le V du même article prévoit que dans le délai d'un mois qui suit la mise en place de l'ensemble des pôles, la CME désigne les responsables de ces pôles appelés à siéger au conseil exécutif. Cette désignation met fin aux mandats des chefs de service, de département et des coordonnateurs de fédération qui peuvent être désignés en cette qualité tant que le nombre de responsables de pôle ne permet pas de pourvoir l'ensemble de sièges qui leur reviennent au sein du conseil exécutif.

33-2.3. Le renouvellement des CME

Il résulte des dispositions combinées du III de l'article 7 susvisé et du IV de l'article 6 du décret du 7 juillet 2005 que les CME des centres hospitaliers et des CHU doivent être renouvelées dans le délai de quatre mois qui suit la mise en place de l'ensemble des pôles d'activité et au plus tôt, dans les établissements intégralement constitués en pôles à la date de publication du décret du 7 juillet 2005, dans le délai de quatre mois suivant la publication dudit décret (JO du 9 juillet).

33-2.4. Mise en place des conseils de pôle

Selon les termes des dispositions transitoires de l'article 5 (I,1°) du décret susvisé du 26 décembre 2005, chaque conseil de pôle devra être constitué dans les six mois suivant la mise en place du pôle d'activité.

Il faut en déduire, que les premiers projets de pôle seront élaborés et les premiers contrats internes seront négociés et conclus avant la constitution des conseils de pôle. Le principe retenu (auquel la CSIRMT fait seule exception), consiste à mettre en œuvre la réforme de la gouvernance avec les instances issues de la réglementation antérieure. En conséquence, dans les pôles d'activité en cours de constitution, les attributions des conseils de pôle seront assurées par les actuels conseils de service et de département, s'agissant des pôles cliniques et médico-techniques et dans le cadre du dispositif du droit à l'expression directe et collective des personnels, s'agissant des autres pôles.