



CONFEDERATION DES PRATICIENS DES HÔPITAUX

AMUF - FNAP - SMARNU - SNBH - SPH - SPHP - USP - SPF - SYNGOF

GUIDE CPH

de stratégie et de déontologie médicale dans la nouvelle gouvernance hospitalière

I. Montet, M. Eynaud, P. Faraggi, J.- C. Pénochet

Lorsqu'en 2002 le ministre de la santé JF. Mattéi présentait la réforme « Hôpital 2007, pacte de modernité », les maîtres mots en étaient autonomie, évolution et modernisation, présentés comme les remèdes au malaise de l'hôpital et au désenchantement de ses professionnels.

Pour son autonomie, l'hôpital public a dû ainsi se fondre dans la nouvelle organisation sanitaire du SROS 3 et se plier aux règles de la tarification à l'activité dite « incitative ». L'Etat a fourni, pour en accompagner l'évolution, l'effort financier d'une relance de l'investissement tout en ouvrant par ordonnances les possibilités du partenariat public-privé en matière d'investissement d'infrastructures.

A la veille de 2007, la nouvelle gouvernance hospitalière constitue le dernier acte de la réforme et prône la modernité de l'organisation interne des hôpitaux grâce aux remaniements des outils de pilotage et de contrôle, par l'introduction d'un principe de gestion déconcentrée et d'une contractualisation interne. La prétention à l'assouplissement et à l'autonomie de gestion ne pouvait s'envisager sans une réforme des statuts de ses acteurs nouvellement responsables et associés, cadres de direction et praticiens hospitaliers. Le décret sur le nouveau statut des PH vient donc d'être publié.

Mais cette séduisante présentation de la réforme n'est rien moins que l'assemblage d'un puzzle directement inspiré des principes du gouvernement d'entreprise appliqué à l'hôpital public, selon les recommandations de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques et les orientations de la Commission Européenne pour une réduction des

déficits publics: T2A pour des gains de productivité, partenariat public-privé, nouveau management public de direction et de contrôle (Mordelet, 2006).

A l'échelle des établissements, la gouvernance est donc bien au delà de sa partie visible de réorganisation en pôles et de mutations des instances. Le remodelage institutionnel de l'hôpital 2007 introduit par sa distribution des responsabilités, rôles et fonctions, de nouvelles règles relationnelles entre ses acteurs, directeurs et médecins, et au sein même de la communauté médicale.

Face à l'obligation pour les établissements de mettre en œuvre la réforme, ce guide, alternative au guide orienté de la DHOS, a pour objet d'offrir aux praticiens hospitaliers les informations relatives aux principaux aspects du cadre législatif de la gouvernance, et de proposer des moyens de mise en pratique effective et respectueuse des règles de collégialité et de déontologie médicale.

Il devra cependant s'enrichir des expériences individuelles et collectives de mises en situation. Le forum du site de la CPH est à disposition et les syndiqués sont encouragés à contacter leurs secrétaires d'établissement et conseillers régionaux.

I- CADRE LEGISLATIF DE LA GOUVERNANCE

ORGANISATION EN POLES	REFERENCES CSP
PROCEDURE	
<ul style="list-style-type: none"> - le CA définit l'organisation en pôles, sur proposition du conseil exécutif - le CA délibère après avis de la CME et du CTE - les pôles d'activité cliniques et médico- techniques sont définis conformément au projet médical de l'établissement 	<ul style="list-style-type: none"> - L 6146- 1 - L 6143- 1 - L 6146- 1
CALENDRIER	
<ul style="list-style-type: none"> - l'organisation en pôles est obligatoire au plus tard le 31- 12- 06 - la CME désigne les responsables de pôles appelés à siéger au CE au plus tard le 31- 01- 2007 ; jusqu'à cette date, lorsque le nombre de responsables de pôles au sein de l'établissement n'est pas suffisant, les sièges vacants sont attribués à des chefs de services, de département ou des coordonnateurs de fédération - les mandats des CME sont prorogés jusqu'à l'expiration d'un délai de 4 mois suivant la constitution de l'ensemble des établissements en pôles (30- 04- 07) - le conseil de pôle est mis en place dans les 6 mois qui suivent la constitution du pôle et au plus tard le 30- 06- 07 pour l'ensemble des pôles 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>circulaire du 2 mai 2005 portant simplification du régime juridique des établissements de santé</i> - <i>article 5 décret du 26- 12- 05 relatif aux conseils de pôles et à la commission des SI, de rééducation et médico- techniques</i>
CARACTERISTIQUES DES POLES	
<ul style="list-style-type: none"> - Les pôles peuvent comporter des structures internes. Les structures internes de prise en charge du malade peuvent être constituées par les services et les unités fonctionnelles. - Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité - Au sein des pôles cliniques et médico- techniques : PH responsables de pôles, PH chefs de services, PH responsables de structures internes (cf. infra) ; les autres pôles sont dirigés par des cadres ou personnels de direction nommés par le directeur - <i>Dénomination, nombre, taille et composition sont laissés au choix des établissements ; la dimension des pôles est supposée atteindre une taille critique permettant la contractualisation</i> - <i>Les structures internes des pôles sont, soit librement définies par le conseil d'administration, soit constituées par les services et unités fonctionnelles</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - L 6146- 1 - L6146- 3, L6146- 4, L6146- 5, L6146- 5- 1 - L6146- 1 - <i>rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance du 2 mai 2005</i>
<ul style="list-style-type: none"> - L'organisation en pôles doit être déterminée par le projet médical - Le CE « provisoire » est subordonné à la CME qui garde ses prérogatives - La taille critique des pôles n'est pas légalement définie. 	

PILOTAGE ET INSTANCES CONSULTATIVES	REFERENCES CSP
CONSEIL D'ADMINISTRATION	
<ul style="list-style-type: none"> - composition et fonctionnement: un collège de représentants des collectivités territoriales, un collège de représentants des personnels et un collège comprenant des personnalités qualifiées et des représentants des usagers (3 au lieu de 2) ; le directeur assiste aux séances avec voix consultative ; il n'y a pas de médecin du CE parmi les membres, sauf le président de CME (et directeur d'UFR en CHU) - parmi ses attributions, délibère après avis de la CME et du CTE sur : <ul style="list-style-type: none"> - le projet d'établissement, le contrat pluriannuel après avoir entendu le président de CME - l'organisation en pôles d'activité et leurs éventuelles structures internes - la politique de contractualisation interne - la politique sociale et les modalités d'une politique d'intéressement - le règlement intérieur - l'EPRD et les propositions de tarifs de prestations - le plan de redressement demandé par le directeur de l'ARH en cas de dégradation de la situation financière de l'établissement - Les délibérations de CA autres que projet d'établissement, contrat pluriannuel et EPRD sont exécutoires dès leur réception par le directeur de l'ARH. 	<ul style="list-style-type: none"> - L6143- 5 et L6143- 6, R6143- 1 à R6143- 32 - L6143- 1 - L6143- 3 - L6143- 4
DIRECTEUR	
<ul style="list-style-type: none"> - Prépare les travaux du CA, est chargé de l'exécution des décisions du CA, exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art, est compétent pour régler les affaires autres que celles délibérées en CA - Préside le CE, sa voix est prépondérante en cas de partage égal des voix - Nomme les responsables de pôles conjointement avec le président de CME - Affecte les chefs de services conjointement avec le président de CME 	<ul style="list-style-type: none"> - L6143- 7 - L6143- 6- 1 - L6146- 3 - L6146- 4

CONSEIL EXECUTIF	
<ul style="list-style-type: none"> - Composition fixée par le directeur et le président de CME, pour un nombre max de 12 en CH, 16 en CHU <ul style="list-style-type: none"> - Présidé par le directeur, qui a voix prépondérante en cas de partage égal des voix - Associé à parité : directeur et membres de direction désignés par le directeur d'une part, et président de CME et praticiens désignés par la CME dont la moitié au moins sont responsables de pôles d'autre part - Attributions : <ul style="list-style-type: none"> - Prépare les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat pluriannuel - Prépare le projet médical et les plans de formation et d'évaluation - contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de sauvegarde ou de redressement - donne un avis sur la nomination des responsables de pôles cliniques et médico- techniques et des chefs de services - émet un avis avec la CME sur la nomination des praticiens hospitaliers dans l'établissement ; dérogation pour 5 ans en psychiatrie (avis de la commission statutaire nationale) 	<ul style="list-style-type: none"> - L6143- 6- 1 - D6143- 37 - L6143- 6- 1 - R6152- 8
CME	
<ul style="list-style-type: none"> - composition et fonctionnement <ul style="list-style-type: none"> - comprend les responsables de pôles d'activité, les chefs de services, les praticiens responsables de structures médicales, odontologiques et pharmaceutiques pour un nombre max de 20; en nombre égal, les représentants élus des praticiens titulaires ; des représentants élus des autres statuts (5 contractuels, 2 internes et résidents) - le CA définit dans le règlement intérieur quelles sont les structures internes autres que les services et autres que les UF dont les responsables siègent en CME - y siègent avec voix consultative : directeur, représentant CTE - se réunit au moins 4 fois par an ; établit son règlement ; constitue un bureau de CME lorsqu'elle compte plus de 20 membres; informe sur les avis et décisions, l'ensemble du corps médical, odontologique et pharmaceutique dans un délai de 1 mois maximum ; convoque au moins 2 fois par an une AG du corps médical, odontologique et pharmaceutique lorsque plus de la moitié des praticiens ne siègent pas en CME - parmi ses attributions <ul style="list-style-type: none"> - est consultée pour avis sur les délibérations du CA (peut mandater le président de CME) - prépare avec le directeur et le conseil exécutif le projet médical qui définit les objectifs médicaux dont l'organisation en pôles cliniques et médico- techniques - prépare avec le directeur et le CE les plans de FMC et d'EPP (peut mandater le président de CME) ; certifie pour les PH l'application de chaque EPP en formation restreinte (avec l'avis d'un PH extérieur expert désigné selon les modalités HAS lorsque 	<ul style="list-style-type: none"> - R6144- 2 à R6144- 30 - R6144- 7 - R6144- 1

<p>l' EPP n'a pas été conduite avec le concours d'un organisme agréé par la HAS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - émet un avis sur les nominations de responsables de pôles cliniques et médico- techniques - émet un avis en formation restreinte sur les questions individuelles de recrutement et de carrière des praticiens - est tenue informée de la situation budgétaire et des créations, suppressions, transformations d'emplois de praticiens hospitaliers. - la CME, avec le CTE, peut saisir le CA pour la mise en œuvre d'une procédure d'audit sur la situation de l'établissement - émet un avis avec le CE sur la nomination des praticiens hospitaliers dans l'établissement ; dérogation pour la psychiatrie pendant 5 ans (nomination ministérielle dans un pôle après avis de la commission statutaire nationale) 	<ul style="list-style-type: none"> - R6144- 83 - R6152- 8
SOUS- COMMISSIONS	
<ul style="list-style-type: none"> - Chargées de contribuer à la qualité et à la sécurité des soins, participent à l'EPP au sein de l'établissement - Composition, règles d'organisation et de fonctionnement fixées par le règlement intérieur de l'établissement - Directeur et président de CME membres de droit, praticiens désignés par la CME, professionnels avec compétences relevant des attributions de la sous- commission (CLIN, pharmacovigilance, prise en charge de la douleur,etc...),1 représentant du CTE, 1 représentant du CHSCT 	<ul style="list-style-type: none"> - L6144- 1 - R6144- 30- 1 à R6144- 30- 9
COMITE D'ETABLISSEMENT	
<p>- Le CA peut décider, après avis conforme de la CME et du CTE, de constituer à titre expérimental, pour une durée de 4 ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération du CA ; composé à parité de représentants désignés par la CME, d'une part, de représentants désignés par le CTE proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collègue des cadres, d'autre part ; le directeur préside le comité d'établissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - L6144- 6- 1
CTE	
<ul style="list-style-type: none"> - composé de représentants du personnel non médical, doté de compétences consultatives pour les conditions et organisation du travail, politique générale de formation du personnel et critères de répartition de certaines primes. - comme la CME, obligatoirement consulté sur les projets de délibérations du conseil d'administration - conjointement avec la CME, a le pouvoir de saisir le CA en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit - La CME et le CTE peuvent décider de délibérer conjointement pour leurs compétences consultatives communes et émettent des avis distincts 	<ul style="list-style-type: none"> - L.6144- 3 - R6144- 40 à R6144- 81

COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION, MEDICO- TECHNIQUES	
Présidée par le directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, nommé par le directeur	- L6146- 9
CONSEIL DE POLES	
<ul style="list-style-type: none"> - Les modalités d'organisation et de fonctionnement sont fixées par le règlement intérieur de l'établissement - Composition : <ul style="list-style-type: none"> - présidé par le responsable du pôle, - de droit : praticiens responsables des structures internes, cadre de santé et cadre administratif qui assistent le responsable de pôle, cadres supérieurs et cadres de santé des structures internes - membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels de chaque corps ou catégorie, pour un mandat de 4 ans renouvelable - Attributions parmi lesquelles : <ul style="list-style-type: none"> - participe à l'élaboration du contrat interne, participe à l'élaboration du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle - expression des personnels, échanges d'informations et propositions sur les conditions de fonctionnement du pôle et de ses structures internes, notamment quant à la permanence des soins et à l'établissement des tableaux de service - donne un avis pour la nomination du responsable de pôle, réuni en formation restreinte aux médecins, odonto, pharmaciens 	<ul style="list-style-type: none"> - L6146- 2 - R6146- 12, R6146- 13 - R6146- 10 - R6146- 1

- Le CA ne délibère plus sur les emplois médicaux et de direction.
- Pas d'intérêt à la création d'un comité d'établissement.
- La CME n'a plus qu'un rôle consultatif, sauf pour la certification d'EPP individuelle
- Le règlement intérieur de l'établissement valide l'organisation en pôles, la durée des mandats de responsables de pôles, la composition de la CME, l'organisation et le fonctionnement des conseils de pôles, les modalités de contractualisation, la sous-commission de la CME, etc...

LES PRATICIENS HOSPITALIERS 2007	REFERENCES CSP
PRESIDENT DE CME	
<ul style="list-style-type: none"> - Elu parmi les praticiens hospitaliers titulaires qui siègent en CME - Nouvelles fonctions : <ul style="list-style-type: none"> - Nomme avec le directeur les responsables de pôles - Affecte avec le directeur les chefs de service - Propose avec les responsables de pôle l'affectation des praticiens hospitaliers dans un pôle - Signe conjointement avec le directeur le contrat passé avec le responsable de pôle clinique ou médico- technique 	<ul style="list-style-type: none"> - R6144- 5 - L6146- 3 - L6146- 4 - R6152- 11 - L6145- 16
RESPONSABLES DE POLES CLINIQUES ET MEDICO- TECHNIQUES	

<ul style="list-style-type: none"> - Praticiens titulaires, inscrits par le ministre sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle ; dans l'attente de la publication de la liste, sont nommés par décision conjointe du directeur et du président de CME ou par délibération du CA en cas de désaccord - Durée de mandat fixée par le règlement intérieur de l'établissement, établi par délibération du CA ; de 3 à 5 ans - Leur nomination survient après avis de la CME, du CE et du conseil de pôle réuni en formation restreinte aux médecins, pharmaciens, odonto ; avant la constitution des conseils de pôles, cette nomination se fait après avis des médecins, pharmaciens et odonto des services et départements du pôle - Attributions : <ul style="list-style-type: none"> - met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement - met en œuvre les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de CME - a une autorité fonctionnelle sur les médecins, équipes soignantes et d'encadrement du pôle, dans le respect de la déontologie, des missions et responsabilités de structures prévues par le projet de pôle - est assisté par un cadre de santé et un cadre administratif - élabore un projet de pôle avec le conseil de pôle, qui comporte obligatoirement un volet qualité, évaluation des soins, des objectifs d'EPP approuvés par les chefs de service du pôle 	<ul style="list-style-type: none"> - L6146- 3 - D6146- 2 - R6146- 1 - L6146- 6
CHEFS DE SERVICE	
<ul style="list-style-type: none"> - Praticiens hospitaliers titulaires, nommés par le ministre sur une liste nationale d'habilitation à diriger un service ; les conditions de nomination sur la liste seront fixées par voie réglementaire ; d'ici- là, ils restent nommés selon la législation antérieure à la publication de l'ordonnance du 2 mai 2005. - Affectés par décision conjointe du directeur et du président de CME ; dérogation pour les chefs de service de psychiatrie - Il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions - 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 	<ul style="list-style-type: none"> - L6146- 4 - R714- 21- 1, - R714- 21- 2 - L6146- 5- 1
RESPONSABLES DE STRUCTURES INTERNES AUTRES QUE LES SERVICES	
<ul style="list-style-type: none"> - Praticiens titulaires nommés par les responsables de pôles cliniques et médico- techniques, il peut être mis fin à leur mandat dans les mêmes conditions ; la durée de mandat est fixée par le CA - Attributions : mise en œuvre des missions assignées à la structure et coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée 	<ul style="list-style-type: none"> - L6146- 5 - L6146- 5- 1
PRATICIENS HOSPITALIERS	
<ul style="list-style-type: none"> - La nomination dans l'établissement public de santé est prononcée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de la CME et du CE. Si ces avis sont divergents, l'avis de la commission statutaire nationale est requis - L'affectation est prononcée sur le poste dans le pôle d'activité, sur 	<ul style="list-style-type: none"> - R6152- 8 et R6152- 205 - R6152- 11 et R6152- 208

<p>proposition du responsable de pôle et du président de la CME</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dérogation pour la psychiatrie pour une période de 5 ans : les praticiens sont nommés dans un pôle par le ministre après avis de la commission statutaire nationale qui dispose des avis motivés de la CME et du CE. - Chaque vacance de poste dans un pôle d'activité donne lieu à l'établissement d'un profil de poste dont les caractéristiques relatives notamment à la spécialité et à la position du praticien dans la structure seront fixées par arrêté - Possibilité pour le PH d'être placé en position de recherche d'affectation (cf. infra) 	<ul style="list-style-type: none"> - Décret du 5-10- 06, article 20 - R6152- 6 - R6152- 50- 1 et R6152- 205
---	--

- Le président de CME peut être responsable de pôle.
 - Les conditions de nomination sur les listes d'habilitation ne sont pas encore fixées.
 - Les chefs de service et les responsables de structures internes se retrouvent malgré des modes de nomination différents pourvus des mêmes attributions au sein du pôle.

EFFETS DE GESTION DECONCENTREE	REFERENCES CSP
CONTRAT DE POLE	
<ul style="list-style-type: none"> - Les établissements mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur Le contrat négocié puis cosigné entre le directeur et le président de la CME, d'une part, et chaque responsable de pôle d'activité, d'autre part, 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 La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur - Les conditions d'exécution du contrat font l'objet d'une évaluation annuelle entre les cosignataires selon des modalités et sur la base de critères définis par le CA après avis du conseil de pôle, de la CME et du CE - Les éléments d'activité et d'évaluation fournis, notamment au directeur et au président de la CME, dans le cadre de la contractualisation interne précisent l'état d'avancement du projet et comportent une évaluation de la qualité des soins - Le conseil de pôle participe à l'élaboration du contrat de pôle. - Le directeur peut 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 	<ul style="list-style-type: none"> - L6145- 16 - R6146- 10 - D6143- 33
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	
<ul style="list-style-type: none"> - La position de recherche d'affectation est la position dans laquelle le PH titulaire en activité est placé, compte tenu des nécessités du service, auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des 	<ul style="list-style-type: none"> - R6152- 50- 1 et R6152- 205

<p>praticiens hospitaliers, soit sur sa demande, soit d'office, en vue de permettre son adaptation ou sa reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières. Décidée, pour une durée maximale de deux ans, par le ministre après avis motivé de la CME, du CE et de la commission statutaire nationale. Le PH est tenu d'effectuer toutes les actions et démarches, concertées avec lui et arrêtées par l'établissement public national, lui permettant soit de retrouver une affectation dans un établissement public de santé, soit d'accéder à un autre emploi des secteurs public ou privé. Il est rémunéré par l'établissement public national.</p> <p>- En cas de transfert de poste d'un pôle d'activité à un autre pôle du même établissement public de santé intervenant dans le cadre d'une réorganisation interne, le praticien affecté sur ce poste fait l'objet d'une nouvelle affectation dans le pôle d'accueil, sur proposition du responsable de ce pôle et du président de la CME, dès lors que le profil du poste est compatible avec la spécialité d'exercice du praticien.</p> <p>En cas de fusion de deux ou plusieurs établissements publics de santé, les praticiens hospitaliers des établissements concernés sont affectés sur un poste dans un pôle du nouvel établissement, sur proposition du responsable du pôle d'accueil et du président de la CME. Lorsque le responsable du pôle d'activité et le président de la CME émettent une proposition divergente, l'affectation est prononcée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de la commission statutaire nationale.</p>	<p>- R6152- 11</p>
<p>CONTROLE DES ARH</p>	
<p>- Le directeur de l'ARH peut placer l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé lorsque le plan de redressement adopté par le CA n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement</p> <p>- Le directeur de l'ARH peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et la révision du contrat d'objectifs et de moyens, et réduire en conséquence le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général ... Lorsqu'il s'agit d'un établissement public de santé, le directeur de l'ARH peut également demander à l'établissement de délibérer sur une modification de son EPRD et aux établissements publics de santé susceptibles de reprendre l'activité des services supprimés ou convertis de délibérer sur la création d'emplois médicaux et non médicaux.. Les PH titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés.</p>	<p>- L6143- 3- 1</p> <p>- L6122- 16</p>
<p>- Pas de durée définie pour le contrat interne : les établissements tendent à la superposer avec la durée de mandat du responsable de pôle.</p> <p>- La délégation de gestion n'implique pas une délégation de signature.</p> <p>- Pour les établissements déjà impliqués, les modes d'intéressement collectif se traduisent par l'utilisation d'une partie définie de l'enveloppe budgétaire du pôle pour des améliorations des conditions de travail et de formation des personnels (matériel, travaux, etc...).</p>	

II - MEDICALISATION DE LA GOUVERNANCE

1°) Médicalisation des organisations

Toute l'organisation de l'hôpital va reposer sur des pôles. La conception de ces pôles par les directions est souvent de nature économique, mais il appartient au corps médical d'en défendre la logique soignante, qui est clairement inscrite dans le Code de la Santé Publique.

En effet, l'organisation interne des établissements (la définition des pôles) repose sur le projet médical : « **Les pôles d'activité clinique et médico- technique sont définis conformément au projet médical de l'établissement.** » (Article L6146- 1 du Code de la Santé Publique)

Il est d'ailleurs de la compétence de la CME de préparer ce projet médical avec le Conseil exécutif (« Art. R. 714- 16. du CSP), qui est seulement chargé de proposer au Conseil d'administration l'organisation interne qui en découle. Il serait difficilement concevable que le conseil exécutif puisse proposer autre chose que l'organisation voulue par la CME à travers le projet médical car quelle serait la légitimité d'une proposition alternative ?

En psychiatrie, le concept de « **1 pôle = 1 secteur** » a plusieurs avantages :

- **organisation sur une base médicale** (le secteur, son projet, son médecin- chef et son équipe)
- **il multiplie les pôles, donc les responsables de pôles...** donc les membres de droit de la **CME** (et par la même occasion son nombre de membres)., ainsi que le nombre de candidats possibles au **CE** (pas de limitation de ce mandat, qui serait réservé à un carré restreint de spécialistes de « l'administration médicale ».. ?)
- en l'absence provisoire de liste d'**habilitation** nationale aux fonctions de chefs de pôle, il permettra probablement à un maximum de chefs de service actuels d'y être inscrits d'office lors de sa mise en place

2°) Médicalisation des responsabilités

A l'intérieur de chaque pôle, il faut envisager le **maximum de structures internes**, c'est- à- dire notamment les unités fonctionnelles (ou les secteurs si on n'a pas pu faire autrement). Chacune de ces structures doit avoir un **médecin responsable**, qui est par ailleurs membre de droit du conseil de pôle.

Une **délégation** la plus forte possible du responsable de pôle doit s'effectuer au profit des médecins responsables des structures internes afin de :

- renforcer la **collégialité** en responsabilisant le maximum de médecins
- multiplier le nombre de médecins impliqués dans le processus de contractualisation interne et son évaluation
- renforcer la **médicalisation du conseil de pôle** par rapport aux autres catégories de membres
- accroître le nombre de médecins susceptibles de figurer sur les futures listes d'habilitation aux fonctions de chef de service ou de responsable de pôle

3°) Médicalisation des modes de décisions

- Le Conseil exécutif devrait bénéficier d'un **règlement intérieur** pour définir son fonctionnement interne et garantir l'équilibre médico- administratif. En effet, même si le Directeur le préside et a voix prépondérante, l'esprit d'une nouvelle gouvernance repose sur une vraie **parité** médico- administrative.

En pratique, on peut prévoir de formuler dans ce règlement intérieur :

- Une périodicité de réunion chaque quinzaine.
- Des ordres du jour proposés conjointement par le Directeur et le Président de la CME, comportant obligatoirement le **suivi des décisions** antérieures. Sauf extrême urgence, refus de traiter tout sujet non prévu à l'ordre du jour et renvoi à une réunion ultérieure, afin de permettre la consultation des instances médicales.
- L'ordre du jour, et les documents adressés une semaine à l'avance pour que l'instance médicale ad hoc (collège médical, bureau de la CME) les étudie et donne un **mandat** clair aux représentants de la CME au CE.

Un **maximum de médecins** devrait être désigné pour siéger au **CE**. L'ordre du jour des CE et les documents de travail doivent être diffusés avant le CE au moins à tout le bureau de la CME, voire à toute la CME. Chaque CE doit donner lieu à un **relevé de conclusions** sur chaque point de l'ordre du jour, **largement diffusé** dans les 48 heures qui suivent la réunion (à la CME, CTE, CHSCT, commission de soins, CA), seul le compte-rendu éventuel des débats du CE étant réservé à ses membres.

4°) Médicalisation de l'information partagée

La création du CE peut amener à des filtrages ou des hiérarchisations de l'accès à l'information (le président de la CME en sachant plus que les membres du CE, qui sont privilégiés par rapport aux membres du bureau de la CME, lui-même se passant de plus en plus de la CME plénière, tandis que les PH sans mandat électif sont quasiment sans information). Pour développer des stratégies cohérentes sur une base médicale, pour garantir une certaine collégialité, il faut assurer le partage d'une information loyale et transparente.

Les DIM doivent être clairement affirmés comme appartenant au champ médical et soumis à sa déontologie. Il convient donc qu'ils se constituent en pôle ou que l'organisation interne décide de les intégrer dans un pôle d'activité clinique ou médico-technique lorsque le responsable est un médecin, en tant que structure interne de celui-ci. La CME doit définir ou valider les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales, et notamment le droit au retour d'information (*article R6113-9 du CSP, et arrêté du 29 juin 2006 sur le RIMP*)

5°) Médicalisation de la contractualisation

La contractualisation interne ne peut être une simple délégation de gestion, mais doit être animée par une **logique de projet médical de pôle mis en œuvre collégalement**. **Le partage et la rotation des responsabilités devraient être la règle**.

La contractualisation interne pourrait se fonder sur un certain nombre de principes :

- processus progressif et prudent, expérimenté dans la plus grande concertation
- fondé sur une logique de projet médical : projet médical de pôle mettant en œuvre le projet d'établissement fondé sur le projet médical
- responsabilité fonctionnelle et organisationnelle du chef de pôle clairement affirmée en matière de stratégie du pôle
- délégation de responsabilité en matière de gestion des ressources humaines (définition quantitative et qualitative des effectifs de personnels du pôle, stratégie en matière de remplacements)
- délégation de gestion limitée, pour commencer, aux crédits directement maîtrisables en matière de soins (activités thérapeutiques et de réhabilitation)
- mise en place d'outils de pilotage des pôles construits en concertation avec le corps médical, et en particulier information régulière sur l'activité et les consommations de ressources du pôle par des tableaux de bord trimestriels

- information régulière sur l'activité et les consommations de ressources des autres pôles, d'activité clinique, médico- technique, mais aussi administratifs, par des tableaux de bord trimestriels.
- Premiers contrats de pôles conclus pour une durée initiale limitée, avec informations transparentes sur l'ensemble des contrats de tous les pôles, cliniques ou administratifs, y compris en matière de critères d'évaluation et d'intéressement.
- Les premiers projets de contrat devraient faire l'objet d'un examen déontologique via le Conseil de l'Ordre et éventuellement d'un conseil juridique.

Toutes ces règles pourraient trouver leur place dans le **règlement intérieur de l'établissement** qu'il faudrait que le CA valide avant le 31/01/2007. A défaut, il ne faut pas hésiter à les inscrire dans le **règlement intérieur de la CME**. Celui-ci pourra par ailleurs préciser la fréquence de ses réunions et leur articulation avec celles des autres instances, ainsi que la définition et les compétences de son bureau (a priori : ses représentants au CE et ses représentants au CA, éventuellement le DIM s'il n'appartient pas à ces catégories).

III - LA DELEGATION DANS LA GOUVERNANCE HOSPITALIERE

Dans la réorganisation institutionnelle, la gouvernance hospitalière introduit, entre direction et praticiens, deux nouvelles modalités relationnelles : la contractualisation interne et la délégation de gestion.

Extraites du site HOSPIDROIT (<http://www.hospidroit.org>), quelques considérations d'ordre juridique sur ces notions.

A – Contractualisation interne

• Rappel :

Instrument de structuration des pôles, le contrat interne est défini par l'article L 6145- 16 du CSP. Le contrat est négocié puis cosigné entre directeur et président de CME d'une part, et responsable de pôle d'autre part.

Son contenu comporte les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi, les modalités d'intéressement et les conséquences en cas d'inexécution du contrat.

Le responsable de pôle n'intervient pas seul dans la procédure de contractualisation : le conseil de pôle participe à l'élaboration du projet de contrat interne, du projet de pôle et du rapport d'activité du pôle (R 6146- 10 CSP).

Une évaluation annuelle des conditions d'exécution du contrat est prévue selon des modalités et des critères définis par le CA après avis du conseil de pôle, de la CME et du CE.

• Observations :

Le contrat interne constitue bien une illustration de « la privatisation du droit public » de la gouvernance (BJPH, juin 2006, n°89, p. 10).

Il n'y aurait cependant pas de contradiction entre le contrat interne supposé synallagmatique (c'est-à-dire qui comporte des obligations réciproques) et un rapport de force déséquilibré entre les parties contractantes (direction + président de CME / responsable de pôle) : selon le juriste, l'engagement à des obligations réciproques et interdépendantes n'implique pas une égalité entre les parties ; c'est le cas du contrat entre le voyageur qui s'engage à se munir d'un titre de transport valable et le cocontractant SNCF qui s'engage à assurer le transport en toute sécurité, cas de contrat avec un rapport de forces déséquilibré puisque le voyageur conclut un contrat d'adhésion et non un contrat de gré à gré (pas d'autre choix que celui d'utiliser un autre moyen de transport).

Toujours selon le juriste, même sans être sur un pied d'égalité, les cocontractants du contrat de pôle disposent donc d'une marge de manœuvre dans la négociation.

En pratique, le contrat doit faire clairement apparaître pour son exécution les obligations de la direction vis-à-vis du responsable de pôle.

B – Délégation de gestion

• Rappel :

Les établissements publics de santé mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activité, qui bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur (L6145-16 CSP).

La délégation de gestion fait l'objet d'une décision du directeur qui, en l'absence de précision complémentaire, décide du contenu et des modalités.

• Aspects juridiques :

En droit public, il existe 2 formes de délégation de compétences : délégation de pouvoir et délégation de signature.

Les délégations de compétence doivent, pour être légales, remplir 3 conditions : être autorisées par un texte (décret, arrêté, etc.), être accordées par décision explicite, expresse (identité du délégataire, étendue de la délégation) et publiée (recueil des actes administratifs par ex) et ne porter que sur une partie des compétences du délégant.

La délégation de pouvoir est attachée à la fonction et non à la personne : elle reste valable si le délégant ou le délégataire change.

La délégation de signature, accordée à une autorité nommément désignée, s'attache à la personne : elle est caduque si le délégant ou le délégataire change. Le délégataire exerce certaines des attributions du délégant.

Dans le cas du contrat de pôle, l'article D 6143- 33 CSP dispose que le directeur peut déléguer sa signature dans les conditions prévues par l'article L 6145- 16 ; les délégataires sont alors *placés sous l'autorité hiérarchique du directeur*.

Devant la contradiction entre le fait pour le responsable de pôle, délégataire, d'être à la fois placé au même rang que le directeur, délégant, par la délégation de certaines attributions, et sous son autorité hiérarchique, le juriste distingue, en s'appuyant sur le guide DHOS, les délégations de gestion avec et sans délégations de signature.

- Sans délégation de signature :

Il appartient au directeur d'établissement d'attribuer au responsable de pôle les marges de manœuvre nécessaire au fonctionnement du pôle ; en pratique, définit les droits pour le responsable de pôle de tirer sur l'enveloppe budgétaire du pôle avec une administration qui s'engage à honorer toutes les demandes sans en discuter l'opportunité.

- Avec délégation de signature :

Devraient être exclues des attributions du pôle, les décisions requérant la consultation d'une instance d'établissement (CME, CTE, etc.), les décisions relatives à la politique générale des ressources humaines (recrutement, affectation, organisation), les décisions relatives aux marchés publics.

Le directeur peut déléguer ses compétences aux responsables de pôles dans le champ de gestion des pôles : par exemple pour le recrutement du personnel de remplacement des pôles, le changement d'affectation des agents entre les structures internes du pôle (à l'exception des chefs de service nommés dans les conditions de l'article L 6146- 4 CSP).

IV- PREMIERES RECOMMANDATION DE BONNES PRATIQUES

Principes	Règles de relations entre praticiens, chefs de service et responsable de pôle	Conseil exécutif	Commission Médicale d'Établissement
<p>L'objectif de l'hôpital public est de garantir des soins de qualité accessibles à tous, sans discrimination sur l'ensemble du territoire national.</p> <p>L'activité de soin est la fonction première des personnels médicaux. Leurs autres tâches ne peuvent pas constituer un obstacle pour la réalisation de cette mission.</p> <p>L'indépendance professionnelle des praticiens est un fondement essentiel de la qualité des soins et la meilleure garantie pour le patient.</p> <p>Les réorganisations et restructurations des établissements hospitaliers publics doivent être définies par leur projet médical, s'inscrire dans des objectifs d'amélioration du service rendu aux usagers, et préférentiellement dans un partenariat public/public.</p>	<p>La première règle est la dissociation du grade et de la fonction et l'absence de lien hiérarchique entre PH.</p> <p>La rotation régulière des fonctions de responsable est souhaitable et doit être favorisée.</p> <p>Le chef de pôle doit s'entourer de l'avis des responsables d'UF et des chefs de services.</p> <p>Le chef de pôle fait partager l'information et en assure la diffusion auprès de l'ensemble des PH.</p> <p>La collégialité de la prise de décision doit être recherchée avec mise en place d'un collège médical de pôle.</p> <p>La déontologie des relations entre praticiens implique le respect de l'indépendance professionnelle de chacun.</p> <p>Pour pouvoir diriger une organisation des soins efficiente au plus près du patient, le PH responsable d'UF et le chef de service doivent recevoir délégation du praticien responsable de pôle.</p>	<p>La prise de décision en Conseil exécutif devrait toujours être précédée de l'avis du collège médical et accompagnée chaque fois que possible d'un avis de la CME.</p> <p>L'expression des PH en conseil exécutif est conforme aux avis du collège médical et de la CME.</p> <p>La capacité des PH à se faire entendre et à orienter la décision du CE n'existera que s'ils sont solidaires, unanimes et représentatifs de l'ensemble des praticiens.</p> <p>Le pilotage médical de l'hôpital n'est pertinent et garanti que s'il rassemble les orientations des différentes disciplines et de la majorité du corps des PH.</p> <p>Le devenir de la démographie médicale à l'hôpital sera inversement proportionnel aux dérives caporalistes de la gouvernance et du statut de praticien.</p>	<p>La place et l'influence des PH à l'hôpital dépendent directement de leur capacité à s'entendre collégialement.</p> <p>Le Président de la CME est un parmi ses pairs.</p> <p>S'il cosigne avec le directeur les nominations des responsables de pôles ce n'est pas au titre d'un nouveau pouvoir hiérarchique mais comme porte parole de la communauté médicale.</p> <p>Une prise de décision du Président de la CME devrait toujours correspondre à un avis de la CME.</p> <p>Des réunions régulières du Collège Médical et mensuelles de la CME permettent la mise en forme des orientations médicales.</p> <p>Les avis de la CME s'imposent aux PH qui siègent au CA comme dans toutes les instances où ils la représentent.</p>